



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2009

THESE N° 56

LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE EXPERIENCE DU CHU MOHAMMED VI

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... / ... / 2009

PAR

Mme. Siham FAROUKHI

Née le 03 Mai 1981 à Kasba Tadla

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Violence contre la femme – violence conjugale

JURY

Mme. I. TAZI

Professeur de Psychiatrie

Mr. A. ABOUSSAD

Professeur de Pédiatrie

Mr. M. LATIFI

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Mme. F. ASRI

PRESIDENT

RAPPORTEUR

} JUGES

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said
: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD
VICE DOYEN AUX AFFAIRES
PEDAGOGIQUES

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique B
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BEN ELKHAÏAT BEN OMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ARSALANE	Lamia	Microbiologie- Virologie
Pr. ATMANE	El Mehdi	Radiologie
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophthalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAIB	ALI	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. Drissi	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. TASSI	Nora	Maladies Infectieuses
Pr. ZOUGAGHI	Leila	Parasitologie –Mycologie



DEDICACES

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.....
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le
respect, la reconnaissance.
Aussi, c'est tout simplement que :*



Je dédie cette thèse à ... ✍

A mes très chers parents,

Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes les plus chères à mon cœur ! Si mes expressions pourraient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureuse. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblés tout au long de mon existence. Que cette thèse soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisse dieu tout puissant vous procurer santé, bonheur et prospérité.

A mon cher mari ABDELBASSET MAROUA

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de ce travail. Merci pour votre patience, votre affection et votre amour. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A mes chers frères ZAKARIA et KARIM

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A ma très chères amies MRAMO

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur et toute la réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A mes très chères amies ZINEB, IMAN, HANAN, FATIMA

A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A la famille FAROUKHI

A la famille CHAFIK

A la famille ELAZZOUI

A la famille MAROUA

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.



REMERCIEMENTS

A notre rapporteur de thèse : Pr. A. Aboussaad chef de service de néonatalogie CHU MOHAMED VI

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de notre passage au service ainsi que lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et président de thèse : Pr. I. TAZI chef de service de psychiatrie hôpital Ibn Nafis

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissant de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements

A notre maître et juge Pr. M. LATIFI chef de service de traumatologie hôpital Ibn Tofaïl

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge Pr. L. Essaadouni chef de service de médecine interne hôpital Ibn Tofaïl

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse Pr. F. ASRI Professeur de psychiatrie hôpital Ibn Nafis

Vous avez spontanément accepté de faire partie de notre jury. Nous apprécions vos qualités professionnelle et humaines. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.



ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

- CCDH** : Conseil consultatif des droits de l'homme
- CEDAW** : Convention on the elimination of all forms of discrimination against women
- CIPD** : Conférence internationale sur la population et le développement
- CNUED** : Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement
- ECOSOC** : Conseil économique et social
- FSV** : Femme survivante à la violence
- FVV** : Femme victime de violence
- GAM** : Groupement des Annonceurs Marocains
- INDH** : Initiative National pour le Développement Humain
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- ITT** : Incapacité temporaire totale
- LCVF** : Lutte contre la violence contre les femmes
- NP** : Non précisé
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- ONU** : Organisation des nations unies
- PS** : Professionnel de santé
- SEFEPH** : Secrétariat d'Etat charge de la Famille, de l'Enfance et des personnes handicapées
- SNLVF** : Stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes
- SNPM** : Syndicat National de la Presse Marocaine
- UACC** : Union des Agences Conseils en Communication
- UNIFEM** : United Nations Development Fund for Women (Fonds de développement des Nations Unies pour la femme).
- UNFPA** : Fonds des nations unies pour la population
- VFG** : Violence fondée sur le genre



PLAN

INTRODUCTION	01
OBJECTIFS	04
MATERIEL ET METHODES	06
RESULTATS	08
DISCUSSION	16
I- Définitions	17
1- Définition de la violence contre la femme.....	17
2- Les catégories de la violence contre la femme.....	18
3- La violence fondée sur le genre.....	18
II- La violence conjugale	21
1- Les différentes théories sur la violence.....	21
1-1- La société patriarcale.....	21
1-2- L'apprentissage sexuel.....	21
1-3- L'apprentissage social.....	21
1-4- Théorie biologique.....	22
2- Les formes de violence conjugale.....	22
3- Les causes de la violence conjugale.....	24
4- Les femmes victimes de violence conjugale.....	25
5- Les conjoints violents.....	25
6- Les enfants exposés à la violence conjugale.....	27
7- Le cycle de la violence conjugale.....	27
8- Les raisons pour les quelles les victimes restent -elles avec l'agresseur.....	29
9- Comment les victimes arrivent-elles à quitter l'agresseur.....	31
10- Les conséquences de la violence conjugale.....	32
III - Epidémiologie	33
1- Le contexte international.....	34
1-1- Violence au sein de la famille.....	34
1-2- Violence sexuelle.....	35
1-3- Pratiques traditionnelles délétères.....	36
1-4- Traite des femmes et des filles.....	39
1-5- Le VIH/SIDA et la violence.....	40
1- 6- Crimes contre les femmes durant les conflits armés.....	41
2- Le contexte marocain : état des lieux.....	43
IV - Les aspects cliniques de la prise en charge des femmes victimes de violence	46
1- Les principaux objectifs de la prise en charge d'une victime de violence..	46
2- Accueil de la victime.....	47

3- Les étapes de l'examen clinique.....	49
4- Le traitement médical.....	53
5- Suivi des femmes survivantes à la violence.....	55
V- Les aspects médico-légaux de la prise en charge.....	57
1- Collecte des preuves médico-légales.....	57
2- Documentation de la consultation.....	57
3- Les échantillons qui peuvent être prélevés à titre de preuve.....	58
4- Maintien de la chaîne des preuves.....	60
VI- Les effets juridiques au certificat médical pour coups et blessures.....	61
1- Savoir évaluer l'incapacité de travail personnel.....	61
2- Savoir évaluer les circonstances aggravantes.....	61
3- L'accueil des victimes et les dérogations au secret médical.....	62
4- Le secret médical.....	62
5- La rédaction du certificat médical pour coups et blessures.....	64
VII- Violence contre la femme et droits humains.....	68
1- Principes fondamentaux des droits humains.....	68
2- Droits humains et législation en matière de protection des droits de la femme.....	69
2-1- Initiatives de la communauté internationale	69
2-2- Initiatives du Maroc en matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes.....	70
2-3- Législation nationale.....	73
VIII- Stratégie nationale de prévention contre la violence à l'égard des femmes	75
1- La vision	76
2- Objectif général	76
3- Objectifs spécifiques.....	76
4- Domaines d'intervention.....	77
5- Les mesures à prendre.....	78
6- Les perspectives futures.....	78
IX- Modèle de stratégie internationale de prévention des violences contre la femme	79
1- Obstacles à l'élaboration de stratégies d'intervention spécifiques	79
2- Modèle de l'UNIFEM.....	80
2-1- Législation de protection et actions au niveau national.....	80
2-2- Mesurer le problème.....	81
2-3- Prévention.....	81
2-4- L'appui aux organisations féminines.....	81
2-5- Soutien aux actions visant à éliminer la violence à l'égard des femmes...	81
2-6- Programmes dans le monde entier	82
CONCLUSION	84

ANNEXES..... 86

RESUMES

REFERENCES



INTRODUCTION

Mariage forcé, intimidation au travail, exploitation, crime d'honneur, mutilations génitales, violence conjugale, harcèlement sexuel, trafic, prostitution, inégalité salariale, discrimination, esclavage, viol, atteintes systématiques aux droits et à la dignité des femmes dans les conflits armés, la liste n'est pas limitative de toutes les formes de violence dont les femmes sont victimes dans le monde. Quelle que soit la violence subie, physique, sexuelle, ou psychologique, c'est toujours sur le même fondement que s'appuie celui qui en est l'auteur : celui d'une prétendue inégalité entre les hommes et les femmes (1).

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine. A tout moment de leur vie, que ce soit dans l'espace public ou « à l'abri » ou sein de l'espace familiale, les femmes sont exposées à des violences physiques, sexuelles et psychologiques. Trop souvent subies dans le silence comme une fatalité voire même déniées par les victime elle-même (2).

La prise en charge des victimes de violence a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire. Le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence.

Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les personnels de santé. Le champ des études est large et les enjeux très importants concernent :

- L'épidémiologie et la connaissance scientifique du problème par la constitution de banques de données représentatives.
- L'approche sociologique du phénomène.
- La prévention qui passe par la communication l'information, la sensibilisation du public et des médecins et la formation des professionnels de santé.
- Le dépistage et la prise en charge thérapeutique qui doivent s'inscrire dans une démarche de qualité.
- L'organisation des soins et de réseaux multidisciplinaire coordonnée pour supprimer les clivages qui séparent le sanitaire du social.

- La participation des usagers représentés par des associations particulièrement actives.
- La recherche et l'évaluation indispensable qui doivent être développées, enfin la défense des droits de l'homme qui est à la base des missions de la santé publique (2).



OBJECTIFS

Objectifs :

Ce travail concerne l'étude des caractéristiques épidémiologiques de la violence à l'égard des femmes à partir d'une série colligée à la cellule d'accueil et d'orientation des enfants et femmes victimes de violence :

- Concernant la victime.
- Concernant l'agresseur.
- Classification des lésions.



*MATÉRIEL
&
MÉTHODES*

I- Matériel :

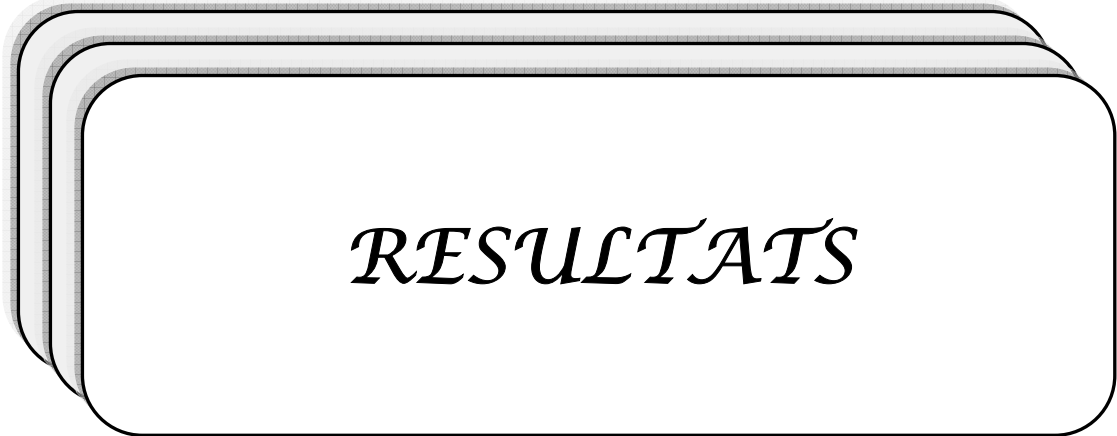
Il s'agit d'une étude rétrospective.

- La population est composée de 371 femmes ayant consulté à la cellule d'accueil des enfants et femmes victimes de violence de Marrakech des urgences du CHU Mohamed VI. Cette cellule a été créée par circulaire ministériel en 2001. Elle est gérée par un enseignant pédiatre et y est affectée deux assistantes sociales. Cette cellule fonctionne de 8h à 20h, 5 jours sur 7. Un protocole de collaboration a été signé entre la direction de l'hôpital Ibn Tofail et l'association Ennakhil, afin de coordonner la prise en charge des femmes victimes de maltraitance.
- La période de l'étude est de 1 an s'étalant du 01-01-2005 au 31-12-2005

II- Méthodes :

Pour réaliser cette étude rétrospective, il a été procédé à la consultation des:

- Registres des cas.
- Certificats médicaux.
- Fiches de liaison avec le centre Hawae, de l'association Ennakhil pour la femme et l'enfant.
- La fiche d'exploitation des données figure aux annexes.



RESULTATS

I. L'âge des victimes:

L'âge des victimes s'échelonnait entre 18 et 66 ans avec une moyenne d'âge de 32,68 ans. La tranche d'âges de 31-40 ans représentait 43.5% de notre échantillon.

La répartition selon l'âge est représentée dans le tableau n°1

Tableau n° 1 : L'âge des victimes

Age des victimes	Nombre	%
18-20	22	5,92
21-30	143	38,5
31-40	118	31,8
41-50	61	16,44
51-60	10	2,69
>61	1	0,26
NP	16	4,31

II. Milieu d'habitat:

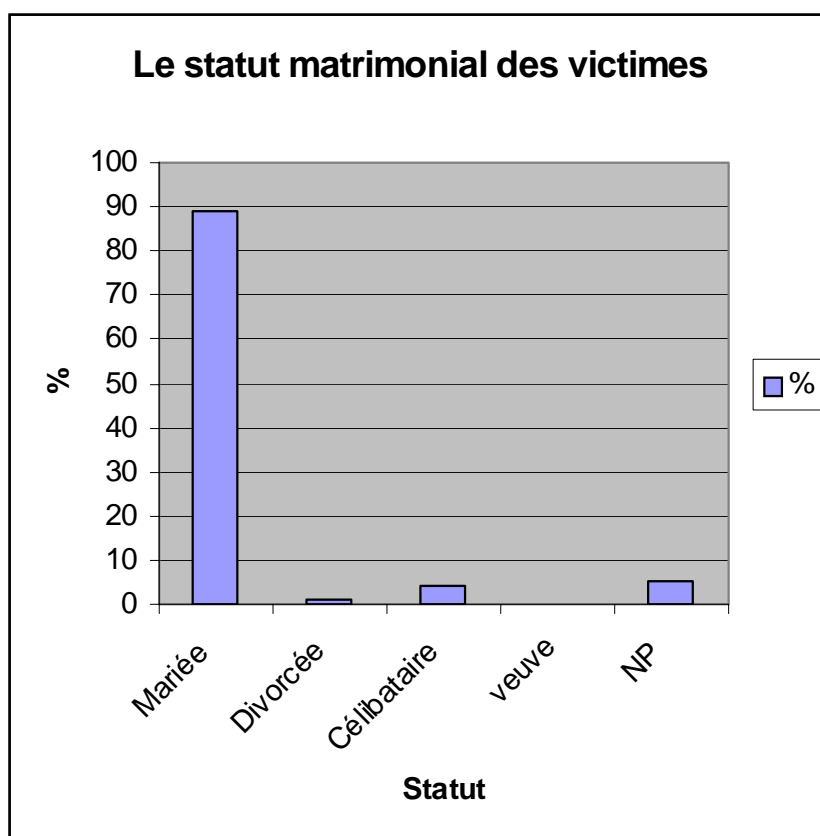
Parmi les 371 victimes, 80,86% habitaient en milieu urbain. La répartition des victimes selon le milieu d'habitat est représentée dans le tableau 2.

Tableau n° 2 : L'origine urbaine ou rurale des victimes.

Origine	Nombre	%
Rurale	59	15,90
Urbaine	300	80,86
NP	12	3,23

III. Le statut matrimonial :

La majorité des victimes était mariée 89.21%. La répartition de notre échantillon selon le statut matrimonial est représentée dans le graphique 1.



Graphique n° 1: Le statut matrimonial des victimes

IV. Le statut professionnel :

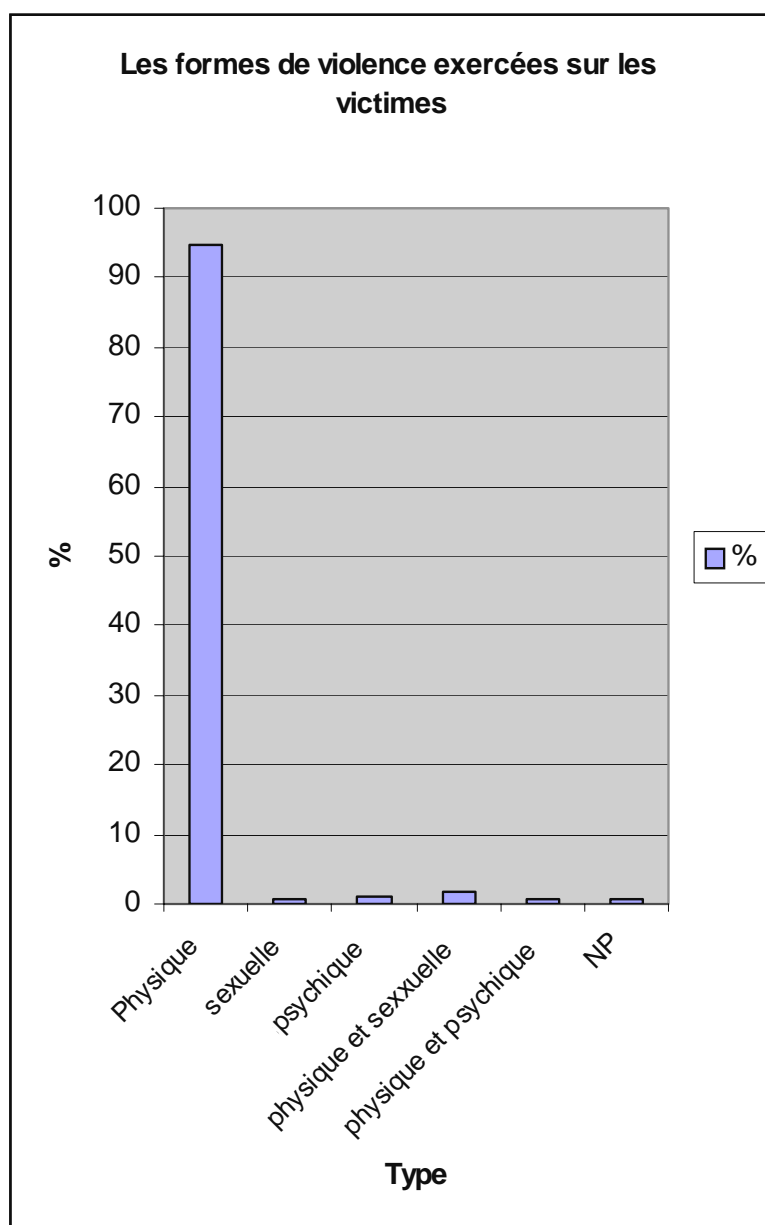
Dans cette série, 17,78 % des femmes sont fonctionnaires, 20,48% sont des femmes au foyer, et dans 61,72% des cas, la profession était non précisée.

V. la prise en charge par une association :

27,22% des victimes était pris en charge par une association.

VI. Les formes de violence :

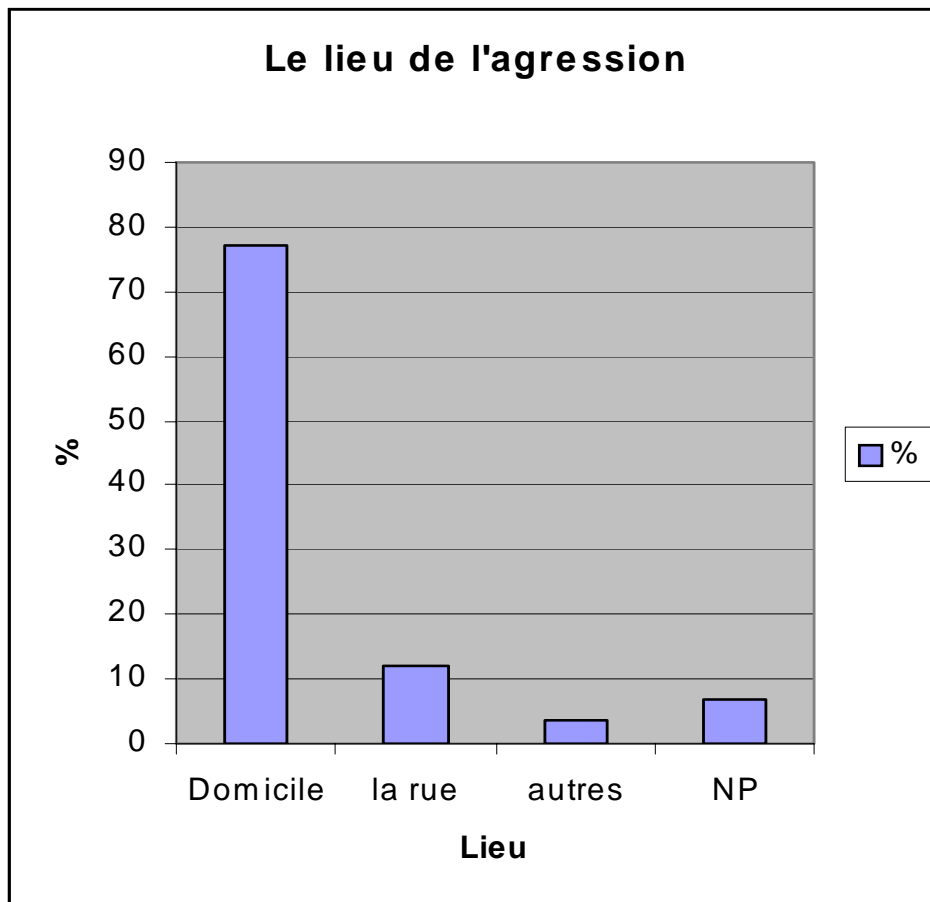
La violence physique a représenté 94.87 %, la violence sexuelle, 0,80%, la violence psychique, 1,07%, la violence physique et sexuelle, 1,88%, la violence physique et psychique 0,80%.



Graphique n° 2: Les formes de violence exercées sur les victimes

VII. Le lieu de l'agression :

Dans notre échantillon, le lieu où a survenue la violence est représenté par le foyer (77.08%), la rue (12,12%), autres (3,77%).



Graphique n° 3 : Le lieu de l'agression

VIII. L'agresseur:

L'agresseur est représenté dans la majorité des cas par le mari (81.13%).

Tableau n° 3: L'agresseur.

L'agresseur	Nombre	%
Mari	301	81,13
Autres		
Fiancé	2	0,53
Inconnu	14	3,77
Voisin	15	4,04
Copain	4	1,07
Ex mari	1	0,26
Etudiant de classe	2	0,53
Patron	1	0,26
Fils	2	0,53
Frère	4	1,07
Cousin	2	0,53
Beau père	1	0,26
Beau frère	6	1,61
Beau fils	4	1,07
Belle mère	3	0,80
Belle sœur	2	0,53
Oncle du mari	1	0,26
Chauffeur du bus	1	0,26
Maîtresse	4	1,07

IX. L'âge de l'agresseur:

L'âge des agresseurs s'échelonnait entre 19 et 80 ans, avec une moyenne d'âge de 37,13 ans. La tranche d'âge de 31-40 ans représentait 38.81%.

Tableau n° 4: L'âge de l'agresseur

Age	Nombre	%
19-30	76	20,48
31-40	144	38,81
41-50	82	22,10
51-60	128	7,54
>61	5	0,13
NP	36	9,70

X. Classification des violences selon le siège du traumatisme:

Les traumatismes craniofaciaux sont les plus fréquents, soit 47,70%, suivis des traumatismes des membres, soit 26,41%.

Tableau n°5: Siège du traumatisme engendré par l'acte de violence.

Traumatisme	Nombre	Pourcentage
Cranio-facial	177	47.70%
Cou	19	5.12%
Thoracique	29	7.81%
Abdominal	20	5.39%
Bassin	5	1.34%
Dos	25	6.73%
Membres	98	26.41%
Polytraumatisme	29	7.81%
Non précisé	99	26.68%

XI. Classification selon la nature des lésions engendrées:

Les lésions des parties molles sont les plus fréquentes, soit 23,98% pour les contusions, 17,78% pour les échymoses, et 17,78% pour les plaies. Les lésions osseuses sont moins fréquentes, soit 3,50%.

Tableau n° 6: La classification selon la nature des lésions

Lésion	Nombre	Pourcentage
- Os	13	3.50%
- Partis molles :		
*Ecchymose	66	17.78%
*Plaie	66	17.78%
*Contusion	39	23.98%
*Ecorchure	34	9.16%
- Phanère:		
*Arrachement de cheveux	10	2.69%
- Brulure	5	1.34%
- Np	88	23.71%

XII. L'incapacité totale temporaire:

Les coups et blessures ayant entraîné une ITT entre 11 et 20 jours sont les plus fréquents, soit 53,36% de l'échantillon, suivie par les violences qui ont engendré une ITT entre 21 et 30 jours, (23,18%).

Tableau n° 7: Répartition en fonction de l'incapacité temporaire totale

Jour	Nombre	%
5-10	18	4,85
11-20	198	53,36
21-30	86	23,18
>30	10	2,69
NP	59	15,90



DISCUSSION

I- Définitions

1- Définitions de la violence contre la femme

La violence est synonyme d'agressivité à outrance. Elle a la même étymologie que « violer » ou « enfreindre les limites ».

La violence consiste à agir sur quelqu'un ou le forcer contre sa volonté, en utilisant la force physique ou psychique (3-4). Elle peut se définir aussi comme un usage de la force physique ou de la violence psychologique pour tenter de dominer ou d'isoler une autre personne ou encore, comme « un abus de force » une force brutale étant utilisée pour soumettre quelqu'un. C'est une contrainte exercée par la force.

La contrainte peut être physique ou morale. L'usage de la force peut se faire en frappant ou en intimidant la personne, ceci peut entraîner des blessures physiques et morales (5).

La violence est un moyen pour obtenir quelque chose qui autrement nous échapperait ou nécessiterait une plus grande énergie. C'est un moyen d'arriver à nos fins en nous servant de la faiblesse ou de la vulnérabilité de l'interlocuteur (6). Les comportements de violence et d'agression (vis-à-vis d'autrui ou de soi même) doivent être considérés comme un moyen d'action ou une stratégie comportementale qui permet de s'approprier « quelque chose » (plaisir) ou au contraire de finir, « quelque chose » pour mettre un terme à une expérience affective déplaisante. Selon les espèces et selon les situations, ce « quelque chose » peut être très variés allant d'un besoin biologique élémentaire à une interaction sociale voire à une activité de l'inconscient (7).

D'après la déclaration de l'Organisation des Nations Unies, on entend par violence dirigée contre le sexe féminin: " 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" (8).

La violence à l'égard des femmes, sous ses diverses formes est endémique dans toutes les communautés et tous les pays, sans distinction de classe, de race, d'âge, de religion ou de nationalité (5,8).

2- Les catégories de la violence contre la femme

Les auteurs de la violence contre les femmes, et les milieux où celle-ci survient, sont très divers, mais peuvent être regroupés en 3 principales catégories, selon la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (Décembre 1979). La famille constitue la 1ère catégorie ou l'on recense les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence nom conjugale et la violence liée à l'exploitation.

La 2ème catégorie est la collectivité ; espace dans lequel les femmes sont victimes de viol, de sévices sexuels, d'harcèlement sexuel et d'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, de proxénétisme et de prostitution forcée. Enfin, la 3ème catégorie, c'est l'état, responsable de violence qu'il a directement perpétré ou qu'il a toléré; cette catégorie englobe la violence engendrée par la législation d'un état. Aucune région du monde n'est un havre de paix pour les femmes et si chaque région a des particularités, partout, on retrouve ces trois catégories avec, comme dénominateur commun, l'insuffisance des politiques développées par les autorités publiques pour prévenir ces violences et punir leurs auteur (1).

3- La violence fondée sur le genre (VFG)

La violence fondée sur le genre est essentiellement consacrée par l'usage dans les sociétés et de par sa nature profondément ancrée dans la vie des femmes et des filles qu'elle envahit à toutes les étapes de leur vie. C'est une forme de violence que les femmes et les filles subissent d'abord et avant tout à cause de leur sexe et de leur identité Genre dans la société.

En tant que femmes, elles font face à une discrimination systématique de la part d'un système retransmis dans ses croyances et qui a rationalisé des relations de pouvoir fondé sur le Genre, perpétuant un modèle universel de soumission / subordination qui place les femmes et les filles à un niveau très élevé de vulnérabilité vis-à-vis des actes et/ou menaces physiques, sexuelles et psychologiques pratiquées par les hommes, membres de leurs familles ou de leur communauté qui comprennent l'époux, les frères, le père, les « Petits copains » ou amoureux, les professeurs et les employeurs (9).

La définition de l'UNFPA (10) reflète d'une façon satisfaisante les aspects essentiels de la question :

« La violence fondée sur le Genre est la violence qui implique les hommes et les femmes et dans laquelle la victime est habituellement la femme et cette violence tient son origine des relations de pouvoir, inégales entre les hommes et les femmes. La violence est dirigée d'une façon spécifique contre la femme et l'affecte d'une façon disproportionnée, parce qu'elle est une femme. Elle inclut, mais n'est pas limitée uniquement à cela, les pratiques et les torts physiques, sexuels et psychologiques (y- compris l'intimidation, la souffrance, la coercition, et/ou la privation de la liberté au sein de la famille ou de la communauté en général. La violence perpétrée ou pardonnée par l'Etat).

Trois critères à retenir pour identifier /définir la VFG :

- ✓ Discrimination sexuelle.
- ✓ Relation de pouvoir homme- femme déséquilibrée : autorité- soumission.
- ✓ Tolérance / acceptation sociale.

Cette définition implique clairement les dimensions sociales de la violence fondée sur le Genre, bien plus elle comporte en elle-même le cadre qui aidera à focaliser les efforts de politique, de programmation et de services qui soient attentifs et sensibles à la complexité associée à la violence fondée sur le Genre.

Il existe six étapes essentielles dans les vies des femmes ou des filles où elles vont très probablement expérimenter et subir des formes spécifiques de violence

Il s'agit des périodes:

1. Avant la naissance
2. Petite enfance (ou première enfance)
3. Enfance
4. Adolescence
5. Age reproductif
6. Age avancé (vieillesse) (11).

Tableau 8 : La violence sexiste au long d'une vie de femme

Phase	Type de violence
Avant la naissance	Avortement en fonction du sexe du fœtus, coups violents portés durant la grossesse, grossesse forcée (viol en temps de guerre)
Petite enfance	Infanticide des filles, violence psychique et physique, accès moindre que les garçons à la nourriture et aux soins médicaux
Enfance	Mutilation génitale; inceste et sévices sexuels; accès moindre que les garçons à la nourriture, aux soins médicaux et à l'éducation; prostitution des enfants
Adolescence	Violences exercées par les jeunes gens au cours de rencontres à deux, rapports sexuels imposés par la situation économique, sévices sexuels au lieu de travail, viol, harcèlement sexuel, prostitution forcée
Âge procréateur	Violence à l'égard des femmes exercée par le partenaire, viol conjugal, sévices et meurtres liés à la dot, assassinat par le partenaire, cruauté mentale, sévices sexuels au lieu de travail, harcèlement sexuel, viol, mauvais traitements à l'égard des femmes handicapées
Vieillesse	Mauvais traitements à l'égard des veuves, et aussi des personnes âgées (dans ce dernier cas, ce sont surtout des femmes)

Source : L. Heise, 1994. Violence Against Women: The Hidden Health Burden, document de travail de la Banque mondiale, Washington, DC : Banque mondiale.

II- La violence conjugale

Dans le monde, la forme la plus courante de violence à l'égard des femmes est la violence au foyer. Dans la majorité des couples, la violence s'aggrave avec le temps.

1- Les différentes théories sur la violence

Plusieurs théories explicatives de la violence contre les femmes ont été rapportées (12) nous citerons quelques unes d'entre elles.

1-1 La société patriarcale:

La société prépare les hommes à occuper un rôle dominant ils apprennent à exercer ce privilège par la force et si nécessaire, par la violence

Exemple de Saint Augustin " Homme tu es le maître, la femme est ton esclave. C'est Dieu qui l'a voulu " (12).

1-2 L'apprentissage sexuel :

L'éducation des garçons et des filles pourrait être une explication de ce type de violence. En effet les garçons sont orientés, dès la petite enfance, vers des comportements d'affirmation de soi et d'agressivité.

Les jeunes filles quant à elles sont préparées dans la petite enfance à la souplesse de caractère, à la conciliation et à éviter les conflits.

1-3 L'apprentissage social:

L'enfant qui naît dans une famille où règne la violence conjugale et un environnement où sévit la violence contre les femmes ; va finir par être imprégné par ces relations malsaines et pourra apprendre le même comportement où, au minimum, trouvera ce comportement tout à fait normal.

1-4 Théorie biologique:

Le système limbique est impliqué dans la violence. Il est en effet le siège des émotions et d'un dysfonctionnement de la neurotransmission, notamment serotoninergique. La violence serait provoquée par une décharge électrique incontrôlée dans le lobe temporal.

2- Les formes de violence conjugale

La violence conjugale peut revêtir plusieurs formes : violence physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique et spirituelle (13, 14,15).

Une femme peut être victime de plus d'une forme de violence.

Les formes de violence utilisées par un conjoint violent peuvent se modifier dans le temps.

Plus un homme est violent et judiciarisé, plus il utilisera un large éventail de formes de violence contre sa conjointe. Il cherchera à la dominer et à contrôler ses paroles et ses actes, essayant même de s'immiscer dans ses pensées.

- Les formes de violence conjugale (13, 14, 15)

Tableau 9 : Les formes de violence conjugale

FORMES	PARTICULARITÉS	MANIFESTATIONS
Violence psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - La plus subtile. - La plus difficile à détecter par l'entourage et par la victime. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dévalorisation de l'autre. - Attitudes et propos méprisants. - Humiliation, dénigrement. - Chantage. - Négligence. - Isolement social, contrôle des sorties et des fréquentations (contrôle relationnel). - Violence sur les objets et les animaux (accentue la peur).
Violence verbale	<ul style="list-style-type: none"> - La plus banalisée. - Découle la plupart du temps de la violence psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sarcasmes, insultes. - Hurlements. - Propos dégradants et humiliants. - Chantage et menaces. - Ordres intimés brutalement.
Violence physique	<ul style="list-style-type: none"> - La plus connue, la plus médiatisée. - Blessures souvent déguisées en accidents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coups et bousculades. - Brûlures et morsures. - Immobilisation. - Homicide.
Violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> - La plus taboue. - La plus cachée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agressions sexuelles. - Imposition d'actes dégradants. - Harcèlement, intimidation, manipulation ou brutalité en vue d'une relation sexuelle non consentie. - Viol conjugal (reconnu depuis 1983 comme un acte criminel).
Violence économique	<ul style="list-style-type: none"> - Répandue, mais méconnue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Privation ou contrôle des ressources financières et matérielles. - Contrôle et surveillance des activités économiques. - Création d'une dépendance financière.
Violence spirituelle		<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des pratiques spirituelles ou religieuses. - Dénigrement des croyances. - Adhésion forcée à des pratiques religieuses, voire à des rituels extrêmes.

3- Les causes de la violence conjugale

La violence conjugale a des racines sociales et historiques profondes (13).

Elle est la manifestation de rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes (Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, Assemblée générale des Nations Unies, 1993).

Elle est une construction sociale : la société et ses institutions véhiculent des valeurs qui favorisent son émergence. Si la violence conjugale est construite socialement, elle est néanmoins choisie individuellement.

Elle se perpétue par l'entremise de la socialisation sexiste. Les garçons apprennent à être forts et autonomes, à recevoir les privilèges, à ne pas tolérer les frustrations, à préserver leur ego, etc. Les filles apprennent à prendre soin des autres, à se dévouer, à se sentir responsables du bonheur d'autrui, à être compréhensives, à donner sans rien demander en retour, etc.

Sur le plan individuel, la violence conjugale naît du désir de contrôler une personne que l'on refuse de voir comme son égale. La violence est rentable pour l'agresseur : quand il y recourt, il a habituellement gain de cause, ce qui provoque un renforcement quasi immédiat de son utilisation.

L'alcool, la drogue et le stress peuvent favoriser l'expression de la violence, mais ce ne sont en rien des causes de la violence (13). Il n'existe pas de substances ou de situations stressantes qui possèdent le pouvoir de rendre quelqu'un violent contre sa volonté (16).

Certains événements peuvent déclencher une agression : la conjointe réplique, refuse d'avoir des relations sexuelles, ne s'occupe pas bien du foyer, va quelque part sans autorisation, questionne la fidélité du conjoint, etc. (17) Ces événements ne sont toutefois pas à l'origine de la violence, ce sont des « prétextes » invoqués par l'agresseur pour justifier la violence.

4- Les femmes victimes de violence conjugale

Il n'existe pas de profil type de femmes victimes de violence conjugale, toutes les femmes peuvent en être victimes.

Certains groupes de femmes présentent néanmoins des taux de victimisation plus élevés (20, 18,19). C'est notamment le cas :

- Des femmes dont le conjoint a été témoin de violence entre ses parents durant l'enfance
- Des femmes qui ont été exposées à la violence conjugale durant leur enfance
- Des jeunes femmes, de celles ayant de jeunes enfants, des femmes séparées, des femmes autochtones, des femmes handicapées, des femmes enceintes et des femmes vivant des difficultés socioéconomiques
- D'autres groupes de femmes marginalisées : alcooliques, toxicomanes, immigrantes, itinérantes, femmes souffrant de problèmes de santé mentale

Ces taux de victimisation s'expliquent surtout par la plus grande vulnérabilité de ces femmes (manque d'indépendance sur le plan financier, isolement social, stigmatisation, etc.)

Les femmes vulnérables sont plus faciles à contrôler. Une femme marginalisée, isolée socialement et dépendante financièrement est moins susceptible de quitter ou de dénoncer son conjoint. Comme le conjoint violent profite de cette vulnérabilité, il cherchera par tous les moyens à la susciter ou à la renforcer.

5- Les conjoints violents

Bien qu'il n'existe pas de profil type des hommes violents envers leur conjointe, ils partagent souvent plusieurs des caractéristiques suivantes :

Ils ont des traits de personnalité difficiles à généraliser. Plusieurs auteurs tentent d'associer certains traits de personnalité aux conjoints violents : faible estime de soi, manipulation, agressivité, impulsivité, etc. Bien que répandus, ces traits ne se retrouvent

toutefois pas chez tous les conjoints violents. La violence a des racines sociales profondes, qui vont bien au-delà des traits de personnalité. Il en est de même pour les caractéristiques sociodémographiques des conjoints violents. Ils proviennent de toutes les couches de la société, indépendamment de l'âge, de l'origine ethnique, du revenu, de la scolarité, etc.

Ce sont souvent des hommes rigides, parfois dans toutes les sphères de la vie familiale, parfois dans des sphères spécifiques de la vie conjugale (ex. : sorties, entretien de la maison).

Ils adhèrent à des valeurs « traditionnelles », estiment avoir des droits sur leur conjointe et considèrent que les rôles, les responsabilités, les droits, etc. des hommes et des femmes sont fondamentalement différents.

Ils ont des comportements violents de façon répétitive. Cette répétitivité est une caractéristique des individus aux prises avec un problème de violence conjugale. Tout le monde a déjà eu des comportements violents, mais tous n'y ont pas recours de façon régulière. Par ailleurs, cette répétitivité fait en sorte que les agresseurs en viennent à percevoir leurs comportements violents comme étant normaux.

Ils se sentent légitimés d'utiliser la violence. Comme leurs comportements violents découlent de leurs valeurs et de leurs conceptions profondes, et comme ils sont « corrects » à leurs yeux, les conjoints violents se sentent légitimés d'utiliser la violence « pour le bien de l'autre, du couple ou de la famille ».

Ce sentiment de légitimité est alimenté par un contexte social qui place les hommes en position de pouvoir face aux femmes (patriarcat), une socialisation privilégiée en tant que garçon et des expériences personnelles de renforcement.

Ils se perçoivent comme des victimes. Cette perception déformée de la réalité est construite et renforcée durant la période précédant l'agression. Par leur discours intérieur, les conjoints violents se créent un scénario dans lequel ils sont les « victimes » de leur conjointe ou du contexte. Ils croient fermement à ce scénario, ce qui explique pourquoi ils sont si convaincants lorsque vient le temps de justifier leur violence.

Ils ne sont généralement pas violents dans toutes les sphères de leur vie, ni dans toutes les situations, ni 24 heures sur 24. Les conjoints violents optent régulièrement pour des

solutions non violentes, même lorsque confrontés à des événements émotionnellement intenses. Leur violence ne relève donc pas de ce qu'ils sont comme individus, mais de ce qu'ils choisissent de faire.

6- Les enfants exposés à la violence conjugale

Les enfants exposés à la violence conjugale sont ceux qui vivent dans un milieu imprégné de cette violence (16).

Ils peuvent être des témoins directs ou indirects des actes de violence. Ils peuvent voir ou entendre les incidents violents, ou encore constater les conséquences de la violence et percevoir la détresse du parent.

Plusieurs enfants exposés à la violence conjugale sont eux-mêmes victimes de mauvais traitements.

Les enfants exposés à la violence conjugale sont des victimes de cette violence, même lorsque celle-ci n'est pas dirigée directement contre eux.

Les enfants peuvent être exposés à la violence conjugale à tous les stades de leur vie. L'exposition peut commencer dès la phase fœtale, puis se poursuivre tout au long de l'enfance, jusqu'à l'adolescence.

7- Le cycle de la violence conjugale

Les agressions conjugales surviennent à l'intérieur du « cycle de la violence conjugale ». Ce cycle, qui est mis en place et orchestré par l'agresseur, permet à celui-ci de maintenir sa domination sur sa conjointe.

Le cycle de la violence conjugale est un cercle vicieux qui comporte quatre phases : le climat de tension, la crise, la justification et la lune de miel.

Dans une relation conjugale marquée par la violence, ce cycle se répète plusieurs fois et de façon de plus en plus accélérée.

Plus le cycle se répète, plus la phase de la « lune de miel » raccourcit, jusqu'à disparaître.

7-1 Les quatre phases du cycle (14)

Le cycle de la violence traduit les quatre phases par lesquelles se perpétuent les gestes de violence.

Ces phases permettent de comprendre le cercle vicieux de la violence conjugale et d'identifier les comportements du conjoint à chaque étape du cycle ainsi que les conséquences pour les victimes.

Bien que le cycle de la violence demeure plus facilement identifiable lorsqu'il y a de la violence physique dans la relation, il s'applique également aux autres formes de violence, soit verbale, psychologique, sexuelle et économique.

Le cycle de la violence est en fait une dynamique relationnelle qui peut être complexe et subtile. L'intensité du cycle varie durant la vie d'un couple et d'un couple à l'autre.

a- La première phase: l'escalade de la tension

Dans la première phase, la tension du conjoint monte, ce qui crée un climat de peur et d'anxiété pour la victime. Dans cette phase, le conjoint utilise souvent de la violence verbale et psychologique. Ces attaques sont parfois considérées comme mineures par la conjointe qui croit faussement qu'elle pourra contrôler la situation.

b- La deuxième phase: l'explosion

La deuxième phase, généralement courte mais dévastatrice, se traduit par l'explosion du conjoint, c'est-à-dire par une agression, souvent physique.

Pendant cette période, la victime est en état de choc. Traumatisée, ses idées et ses sentiments sont confus: elle peut ressentir aussi bien de l'outrance et de la colère que de la honte.

c- La troisième phase: l'accalmie

À la troisième phase du cycle, l'agresseur tente de se justifier en expliquant les raisons de son acte. De son côté, la victime, souvent de façon inconsciente, cherche des réponses aux gestes violents de son partenaire. Suite aux justifications de son conjoint, le doute et la culpabilité l'envahissent peu à peu.

d- La quatrième phase: la lune de miel ou la rémission

À la dernière phase, le conjoint agresseur s'excuse en promettant qu'il ne recommencera plus. Il peut alors redevenir gentil et charmant. À ce moment, l'espoir d'une relation saine renaît chez la femme. Puis dans un autre moment imprévisible, la tension du conjoint remontrera, explosera, il se justifiera et demandera encore pardon à sa conjointe et ainsi de suite.

Il est à noter que la dernière phase est de durée variable et elle peut même être absente chez certains conjoints, qui ne semblent pas remarquer ou regretter leurs gestes violents.

Au fil du temps, la violence psychologique s'intensifie et la phase de tension augmente. Les agressions physiques deviennent de plus en plus graves et la phase de rémission de plus en plus courte.

8- Les raisons pour les quelles les victimes restent-elles avec l'agresseur

Les femmes victimes de violence conjugale sont prisonnières du « cycle de la violence conjugale ».

Elles ont l'espoir que les choses vont changer... Elles croient aux promesses de changement de leur conjoint, espèrent que leur amour pour lui arrivera à le changer, croient qu'il changera si elles modifient leur propre comportement...

Le cycle de la violence conjugale insinue et inspire chez les victimes la peur, la honte, la culpabilité, le doute et l'impuissance.

Les victimes en viennent à se sentir coupables et responsables de la violence du partenaire. Elles croient que les agressions sont justifiées et inévitables.

Dans une attitude défensive, elles en viennent à se centrer strictement sur l'agresseur. Elles pensent peu à leur propre bien-être et aux moyens de s'en sortir.

Les femmes victimes de violence conjugale ont peur des menaces proférées par leur conjoint. Certaines craignent même pour leur vie et pour celle de leurs enfants.

Elles sont effrayées à l'idée d'entreprendre des démarches judiciaires, que ce soit pour dénoncer leur conjoint ou pour s'en séparer. Elles ont peur que la violence augmente.

Plusieurs victimes considèrent que les lois ne pourront pas, à la suite d'une éventuelle séparation, leur offrir une protection adéquate contre l'agresseur.

Elles se disent aussi que leur conjoint ne cessera pas de les harceler, même si elles partent.

Convaincues qu'elles seules peuvent maîtriser la situation, les femmes victimes de violence conjugale craignent que les interventions de l'extérieur empirent les choses.

Elles redoutent le jugement de la famille, des amis et des intervenants. Elles ont l'impression qu'on ne les croira pas. Elles ne se sentent pas la force d'affronter les commentaires.

Elles considèrent que le problème de la violence conjugale doit rester « privé ». Elles n'ont pas les ressources sociales et économiques pour s'en sortir seule. Elles ne se sentent pas la force de faire le deuil d'une maison, de certains amis, d'un statut socioéconomique, ni d'élever seules leurs enfants.

Elles ne connaissent pas les ressources d'aide aux victimes pouvant les aider et aider leurs enfants.

Elles se sentent coupables de briser leur foyer et de séparer leurs enfants de leur père.

Leurs convictions religieuses, leurs valeurs personnelles ou culturelles les empêchent de quitter leur conjoint.

9- Comment les victimes arrivent-elles à quitter l'agresseur?

C'est souvent au terme d'un long cheminement, marqué par l'ambivalence, que les victimes parviennent à briser le cycle de la violence conjugale.

Avant le départ définitif, les victimes hésitent entre partir et rester : elles partent pour voir si elles peuvent survivre en dehors de la relation et reviennent pour voir si cette relation peut changer, si leur conjoint tient ses promesses de changement.

Une femme victime de violence conjugale peut quitter son conjoint sept ou huit fois en moyenne avant de le quitter définitivement (21).

La majorité des femmes victimes de violence conjugale ont besoin d'aide pour parvenir à quitter leur conjoint violent.

Voici les principales raisons qui motivent les femmes à quitter définitivement leur conjoint violent (21) :

Savoir qu'il existe de l'aide pour elles et leurs enfants,

Reconnaître l'impact de la violence conjugale sur les enfants et

Atteindre un niveau de violence qui dépasse leur seuil critique de tolérance (seuil qui diffère d'une femme à l'autre).

10- Les conséquences de la violence conjugale

Tableau 10 : Les conséquences de la violence conjugale

CONSÉQUENCES...	MANIFESTATIONS, SIGNES ET SYMPTÔMES
... sur les victimes (19)	<ul style="list-style-type: none"> - Blessures : ecchymoses, coupures, brûlures, commotions, fractures, fausses couches, etc. - Problèmes de santé chroniques : troubles du sommeil, problèmes gastro-intestinaux, perte d'appétit, maux de tête, maux de dos, etc. - Mortalité. - Troubles psychologiques : perte de l'estime de soi, dépression, stress, anxiété, attaques de panique, désespoir, tentatives de suicide. - Symptômes du syndrome de stress post-traumatique : sentiment de peur ou d'impuissance, cauchemars, évitement des gens et endroits associés au traumatisme, irritabilité, hypervigilance, etc. - Fuite dans l'alcool, les drogues ou les médicaments. - Isolement social.
... sur les enfants et adolescents exposés (22)	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de blessures et d'agressions sexuelles. - Problèmes affectifs et comportementaux analogues à ceux des enfants victimes de mauvais traitements physiques. - Symptômes du syndrome de stress post-traumatique : crainte, irritabilité, cauchemars, explosions de colère, évitement des situations rappelant les actes de violence vécus, etc. - Agressivité, hyperactivité, difficultés à se concentrer. - Troubles d'apprentissage, décrochage scolaire. - Fugues, délinquance, grossesses à l'adolescence. - Isolement, dépression, idées suicidaires. - Risque de reproduire, à l'âge adulte, les comportements des victimes ou des agresseurs, selon le cas.
... sur la société et l'économie (13)	<ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme au travail, baisse de la productivité, congédiements. - Coûts associés à l'intervention policière, aux services juridiques et correctionnels, aux services de santé, aux services de consultation, aux maisons de transition, etc.

III. Epidémiologie

Les statistiques réalisées à travers le monde soulignent la gravité et l'ampleur du problème de la violence contre les femmes. Toutefois, ces chiffres ne reflètent pas l'étendue de cette atteinte aux droits humains. Ils ne peuvent tout englober et ne sont pas exhaustifs ; ils sont donc à interpréter avec précaution (23).

La violence contre les femmes et les filles est un problème de dimension universelle. Au moins 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 vie — l'auteur de cette violence étant généralement une personne connue de la victime (24). Les statistiques décrivent une situation effrayante en termes de conséquences sociales et sanitaires de la violence contre les femmes. Pour les femmes âgées de 15 à 44 ans, la violence est la principale cause de décès et d'incapacités (25). Dans une étude faite en 1994 à partir de données de la Banque mondiale et concernant dix facteurs de risque auxquels les femmes dans cette tranche d'âge sont exposées, le viol et la violence familiale arrivent avant le cancer, les accidents de véhicule motorisé, la guerre et le paludisme (26). Les femmes qui ont été victimes de violence ont un risque plus élevé d'être infectées par le VIH : une enquête parmi 1 366 femmes sud-africaines a montré que celles qui avaient été battues par leur partenaire avaient 48 % davantage de chances d'être contaminées par le VIH que celles qui ne l'avaient pas été (27).

Le coût économique de la violence contre les femmes est considérable. Un rapport de 2003 établi par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis estime le coût annuel de la violence perpétrée par un intime, uniquement pour les États-Unis, à plus de 5,8 milliards de dollars : 4,1 milliards pour les services de soins et les services médicaux immédiats, et près de 1,8 milliard de dollars en perte de productivité (28). La violence contre les femmes appauvrit les individus, les familles et les communautés, et elle diminue le développement économique de chaque pays (29).

1 – Le contexte international

1- 1 Violence au sein de la famille

La violence familiale ou commise par un intime inclut les agressions physiques et sexuelles contre les femmes chez elles, au sein de la famille ou commises par une relation intime. C'est dans le cadre d'une relation intime que les femmes courent le plus grand risque d'être victimes de violence. Les femmes ne sont à l'abri de ce type de violence dans aucun pays du monde. Parmi les dix pays sur lesquels porte une étude de 2005 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 50 % des femmes du Bangladesh, d'Éthiopie, du Pérou et de Tanzanie déclarent avoir été victimes de violence physique ou sexuelle commise par leur partenaire intime, et le chiffre atteint le niveau ahurissant de 71 % dans les zones rurales d'Éthiopie. Dans un seul pays (le Japon), moins de 20 % des femmes déclarent des actes de violence familiale (30).

D'après une étude antérieure de l'OMS, la proportion de femmes victimes de sévices physiques commis par leur partenaire ou ex-partenaire est de 30 % au Royaume-Uni et de 22 % aux États-Unis (31). Dans une enquête récente de l'American Institute on Domestic Violence, 60 % des cadres supérieurs affirment que la violence familiale, parce qu'elle limite la participation des femmes sur le lieu de travail, est contre-productive pour l'entreprise. L'enquête a établi que les victimes de violence familiale perdent près de 8 millions de journées de travail rémunérées chaque année — l'équivalent de 32 000 emplois à temps complet (32). Selon plusieurs enquêtes effectuées dans le monde, la moitié des cas d'homicides de femmes ont pour auteur le mari ou le partenaire, actuel ou passé. Les femmes sont tuées par des personnes qu'elles connaissent et la mort est causée par les armes à feu, les coups et les brûlures, entre autres nombreuses formes de sévices (33). Une étude menée à São Paulo (Brésil), indique que 13 % des décès de femmes en âge de procréer sont des homicides, dont 60% sont commis par le partenaire de la victime (34).

D'après un rapport d'UNIFEM sur la violence contre les femmes en Afghanistan, sur 1 327 actes de violence commis contre les femmes entre janvier 2003 et juin 2005, 36 femmes ont été tuées, dont 16 (44,4 %) par leur partenaire intime (35).

Notre étude a montré que les femmes fréquemment exposées à la violence sont mariées (89,21 %) et que l'agresseur est souvent le mari (81,13%).

Selon le rapport du Secrétaire général, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes, publié en 2006, 89 pays disposaient d'une forme de législation pour interdire la violence familiale; pour 60 d'entre eux, il s'agit de lois expresses sur la violence familiale, et de plus en plus de pays ont établi des plans d'action nationaux pour mettre un terme à la violence contre les femmes. Il y a là un net progrès par rapport à 2003, quand UNIFEM a examiné la législation antiviolence et établi que seuls 45 pays avaient des lois expressément contre la violence familiale. Pourtant, le niveau de violence contre les femmes reste élevé. Il faut de toute évidence axer les efforts sur la mise en œuvre et l'application effective des lois, et mettre fin aux lois qui font passer la réunification des familles avant les droits des femmes et des filles.

L'accès limité aux services, la réprobation et la peur empêchent les femmes de chercher de l'aide et de demander réparation. Cela a été confirmé par une étude publiée par l'OMS en 2005 : en se basant sur des données recueillies auprès de 24 000 femmes dans 10 pays, il a été établi qu'entre 55 % et 95 % des femmes qui avaient subi des sévices de la part de leur partenaire n'avaient jamais demandé d'aide à une ONG, à un foyer d'accueil ou à la police (30).

1-2 Violence sexuelle

Les femmes courent le risque d'être victimes de violence commise davantage par leur partenaire intime que par une autre personne, mais dans de nombreux contextes, la violence sexuelle commise par de non-partenaires est courante. Selon l'étude approfondie du Secrétaire général de 2006 : "La violence sexuelle d'un non-partenaire peut être le fait d'un parent, d'un ami, d'une relation, d'un voisin, d'un collègue ou d'un étranger. Il est difficile d'évaluer la prévalence de la violence sexuelle des non-partenaires car la violence sexuelle demeure taboue pour les femmes et souvent pour leur famille dans de nombreuses sociétés. Il est bien connu que les statistiques relatives aux viols provenant des fichiers de police, par exemple, ne sont pas

fiables car le nombre de viols dénoncés est très en-dessous de la réalité” (36). On estime qu’une femme sur cinq dans le monde sera victime de viol ou de tentative de viol dans sa vie (37).

Dans une étude portant sur près de 1 200 élèves de classe de troisième à Genève (Suisse), 20 % des filles ont déclaré avoir été victimes au moins une fois d’un acte d’abus sexuel (38). Selon l’étude multipays menée par l’OMS en 2006 et portant sur la violence familiale, entre 10 et 12 % des femmes au Pérou, au Samoa et en Tanzanie ont été victimes de violence sexuelle après l’âge de 15 ans, commise par des non-partenaires. D’autres études sur la population indiquent que 11,6 % des Canadiennes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle de la part de non-partenaires au cours de leur vie, et qu’entre 10 et 20 % des Néo-Zélandaises et des Australiennes ont été victimes de diverses formes de violence sexuelle de la part de non-partenaires, notamment des attouchements sexuels non souhaités, des tentatives de viol et des viols (39). Dans de nombreuses sociétés, le système juridique et l’attitude de la communauté ajoutent au traumatisme dont sont victimes les femmes ayant subi un viol. Les femmes sont souvent considérées comme responsables de la violence dont elles ont été victimes, et dans de nombreux pays, les lois comportent des lacunes qui permettent aux auteurs d’actes de violence sexuelle d’agir en toute impunité. Dans certains pays, le code pénal permet à un violeur de rester libre s’il propose à la victime de l’épouser (40).

1-3 Pratiques traditionnelles délétères

Les pratiques traditionnelles délétères sont des formes de violence qui sont commises contre les femmes dans certaines communautés et sociétés depuis si longtemps, qu’elles font partie d’une pratique culturelle acceptée. Ces violations sont notamment les mutilations ou les ablations génitales féminines, les meurtres liés à la dot, les prétendus “crimes d’honneur”, et les mariages précoces. Chaque année, ils causent la mort, des incapacités, des souffrances physiques ou psychologiques à des millions de femmes.

- **Mutilations génitales féminines**

Il s’agit de plusieurs types de mutilations dont la tradition est profondément enracinée, qu’on pratique sur les femmes et les filles. Elles font souvent partie d’un rite de fécondité ou de

passage à l'âge adulte, et elles sont parfois considérées comme une manière de veiller à la chasteté et à la "pureté" génitale des jeunes femmes. On estime à plus de 130 millions le nombre de filles et de femmes aujourd'hui vivantes ayant subi une mutilation génitale, principalement en Afrique et dans certains pays du Moyen-Orient (41), et à deux millions chaque année celles qui courent le risque de subir une mutilation. Des cas de mutilations génitales féminines ont été rapportés dans des pays d'Asie comme l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie et Sri Lanka, et il en existe probablement aussi parmi certains groupes autochtones d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud (42). Ces pratiques sont également répandues au sein des communautés d'immigrants en Europe, en Amérique du Nord et en Australie (41). Depuis la fin des années 80, l'opposition aux mutilations génitales féminines et les actions de lutte contre cette pratique ont augmenté. D'après l'Étude approfondie du Secrétaire général, depuis avril 2006, 15 des 28 pays africains où des mutilations génitales féminines ont lieu ont fait de cette pratique un crime qui relève du droit pénal. Sur les neuf pays d'Asie et de la péninsule Arabe où la pratique de la mutilation ou l'ablation génitale féminine existe dans certains groupes, deux ont pris des mesures juridiques pour l'interdire. En outre, dix États dans d'autres régions du monde ont adopté des lois qui criminalisent cette pratique (43).

- **Le meurtre lié à la dot**

Le meurtre lié à la dot est une pratique violente où une femme est tuée par son mari ou sa belle-famille en raison de l'incapacité de sa famille de satisfaire aux exigences relatives à la dot — une somme d'argent payée à la belle-famille d'une femme lors de ses fiançailles ou de son mariage en guise de cadeau à sa nouvelle famille. Il n'est pas rare que la dot dépasse le revenu annuel d'une famille. On trouve des cultures qui pratiquent la dot ou d'autres paiements du même genre dans le monde entier, mais le meurtre lié à la dot se pratique principalement en Asie du Sud. Selon les statistiques officielles de la criminalité en Inde, 6 822 femmes sont mortes des suites de cette violence en 2002. Par ailleurs, des études communautaires restreintes ont fortement mis en cause les exigences liées au paiement de la dot dans le meurtre de femmes brûlées vives ou prétendument suicidées (44). Au Bangladesh, de nombreuses attaques à l'acide

ont eu lieu à cause de désaccords liés au paiement de la dot (45). Ces attaques ont souvent rendu les femmes aveugles, les ont défigurées ou tuées. En 2002, 315 femmes et filles du Bangladesh ont subi de telles attaques (46); en 2005, il y en eu 267 (47).

- **Les “crimes d’honneur”**

Dans de nombreuses sociétés, des victimes de viol, des femmes suspectées d’avoir des relations sexuelles avant le mariage, et des femmes accusées d’adultère sont tuées par des membres de leur famille parce que le non-respect de la chasteté d’une femme est considéré comme un affront à l’honneur de la famille. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a estimé à 5 000 le nombre de femmes victimes de “crimes d’honneur” chaque année dans le monde (48). Selon un rapport de l’ONU sur la violence contre les femmes datant de 2002, des “crimes d’honneur” ont lieu au Pakistan, en Turquie, en Jordanie, en Syrie, en Égypte, au Liban, en Iran, au Yémen, au Maroc et dans d’autres pays méditerranéens et du Golf. Ils sont aussi pratiqués dans des pays tels que l’Allemagne, la France et le Royaume-Uni au sein des communautés d’immigrants. Cet acte de violence n’est pas pratiqué uniquement dans les pays ou les communautés islamiques. Le Brésil en est un exemple typique, car dans ce pays, il est considéré comme normal d’assassiner une femme coupable d’adultère pour défendre l’honneur de son mari (49). D’après un rapport du Gouvernement, 4 000 femmes et hommes ont été tués au Pakistan au nom de l’honneur entre 1998 et 2003, dans une proportion de plus de deux femmes pour un homme (50). Une étude sur les décès de femmes à Alexandrie (Égypte) a établi que 47 % des femmes tuées par un membre de leur famille, l’ont été parce qu’elles avaient été violées (51).

- **Le mariage précoce**

Le mariage précoce est pratiqué dans le monde entier, mais il est plus répandu en Afrique et en Asie du Sud. Il constitue une forme de violence sexuelle car les jeunes filles se voient souvent imposer le mariage et des relations sexuelles, ce qui met leur santé en danger, accroît le risque d’infection par le HIV/sida et restreint leurs chances d’aller à l’école. Pour justifier les mariages d’enfants, les parents et les familles prétendent souvent que cela assure à

leurs filles un meilleur avenir. Marier leurs très jeunes filles est un moyen d'acquérir une sécurité économique et un statut, pour eux-mêmes autant que pour leurs filles. L'insécurité, les conflits et les crises sociétales favorisent aussi le mariage précoce. Dans de nombreux pays africains en guerre, où les jeunes filles courent de très grands risques d'être enlevées, les marier lorsqu'elles sont encore très jeunes est considéré comme un moyen d'assurer leur protection (52).

Le rapport de 2006 de l'ONU sur la violence contre les femmes en Afghanistan, estime à 57 % la proportion d'Afghanes qui sont mariées avant l'âge de 16 ans. Il semble que les raisons économiques jouent un rôle déterminant dans de tels mariages. À cause de la pratique répandue de la "mariée monnayable", la petite fille devient un bien échangeable contre de l'argent ou des marchandises. Pour les familles, confier leur jeune fille (ou leur sœur) à une famille qui a les moyens de payer un prix élevé pour l'épouse est une solution viable à leur pauvreté et à leur endettement. La coutume de la mariée monnayable peut pousser les familles endettées, victimes de la crise économique, à "tirer profit" du "bien" dès que la fille atteint l'âge de 6 ou 7 ans, étant entendu que le mariage effectif est différé jusqu'à la puberté de l'enfant. Cependant, selon certains rapports, cet arrangement est rarement respecté, et les filles sont parfois victimes d'abus sexuels non seulement par le marié, mais aussi par des hommes plus âgés de la famille, surtout quand le marié est lui aussi un enfant (53).

1-4 Traite des femmes et des filles

La traite désigne le recrutement et le déplacement de personnes en recourant à la tromperie, aux moyens coercitifs et à la menace dans le but de les placer et de les maintenir dans une situation de travail forcé, d'esclavage ou d'asservissement. Les personnes victimes de la traite sont contraintes de travailler dans divers secteurs de l'économie non structuré, notamment la prostitution, la domesticité, l'agriculture, l'industrie textile ou la mendicité. Il est difficile de mesurer l'ampleur exacte de la traite des personnes, mais on estime le nombre de victimes chaque année à environ 500 000 à 2 millions de personnes, et certaines organisations ont fait des estimations allant jusqu'à 4 millions de victimes par an (54). La traite peut toucher

des femmes, des hommes, des filles et des garçons, mais dans la plupart des cas, ce sont les femmes qui en sont victimes.

Diverses formes de discrimination sexiste rendent les femmes et les filles plus vulnérables à la pauvreté, ce qui les fait ensuite courir davantage le risque d'être la cible de trafiquants, qui recrutent leurs victimes en leur faisant de fausses promesses d'emploi et en leur faisant croire qu'elles pourront faire des études. La traite de personnes est souvent liée au crime organisé et est devenue une activité extrêmement rentable qui génère environ 7 à 12 milliards de dollars É.-U. Chaque année (55). Dans la plupart des cas, la traite est un crime transfrontalier et affecte toutes les régions du monde. Comme le montre un rapport mondial sur la traite, publié par les Nations Unies en 2006, 127 pays sont répertoriés comme pays d'origine et 137 comme pays de destination. Les principaux pays d'origine répertoriés se situent en Europe centrale et en Europe du Sud-Est, dans la Communauté d'États indépendants (CEI) et en Asie, suivis de l'Afrique de l'Ouest, de l'Amérique latine et des Caraïbes. Les pays de destination le plus souvent cités se situent en Europe de l'Ouest, en Asie et en Amérique du Nord (56). En 2006, 93 pays avaient fait passer une loi interdisant la traite (57).

1-5- Le VIH/SIDA et la violence

Le fait que les femmes ne parviennent pas à obtenir que les rapports sexuels soient protégés ni à refuser des rapports sexuels non désirés est étroitement lié à la forte prévalence du VIH/sida. Les rapports sexuels non désirés — cela va de l'incapacité de dire "non!" à un partenaire qui obtempérerait, jusqu'à l'agression sexuelle comme le viol — ont pour conséquence d'augmenter les risques de blessure et de saignement, ce qui crée un terrain propice à la transmission du virus. Une étude effectuée en Tanzanie en 2001 a révélé que les femmes séropositives ont 2,5 fois plus de chances d'avoir été victimes de violence de la part de leur partenaire actuel que les autres femmes (58).

Les jeunes femmes en savent généralement beaucoup moins sur le VIH/sida que les jeunes hommes. Seule une femme mariée sur cinq au Bangladesh a déjà entendu parler du sida; au Soudan, 5 % des femmes seulement savent que l'utilisation des préservatifs peut prévenir

l'infection à VIH (59). Ces deux réalités — l'absence d'informations et le manque de pouvoir — enlèvent aux femmes la possibilité de se protéger de l'infection. La violence est aussi une conséquence du VIH/sida : pour de nombreuses femmes, la peur de la violence les dissuade de dévoiler leur statut sérologique et de se faire aider et soigner. Un dispensaire en Zambie rapporte que 60 % des femmes concernées choisissent de ne pas se soigner parce qu'elles craignent d'être victimes de violence et d'être abandonnées si leur statut sérologique est révélé (60). Des femmes dans ce cas ont été jetées à la porte de chez elles, laissées sans ressources, victimes de l'ostracisme de leur famille et de leur communauté, et elles ont subi de terribles sévices physiques et affectifs. Les femmes jeunes sont particulièrement vulnérables aux relations sexuelles non désirées, et les cas d'infection au VIH parmi elles sont en augmentation.

Plus de la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde concernent des jeunes âgés de 15 à 24 ans, et plus de 60 % des séropositifs appartenant à cette tranche d'âge sont de sexe féminin. Un rapport de 2002 parrainé par UNIFEM et portant sur l'impact des conflits armés sur les femmes souligne le fait que les situations de chaos et de violence lors des conflits armés exacerbent tous les facteurs qui alimentent la crise du sida. De manière tragique et extrêmement cruelle, l'infection des femmes par le VIH, planifiée et intentionnelle, a été utilisée comme un arme de guerre dans de nombreux conflits, dressant les groupes ethniques les uns contre les autres, comme cela s'est passé lors du génocide au Rwanda en 1994 (61).

1- 6 Crimes contre les femmes durant les conflits armés

Dans les conflits armés actuels, les civils courent beaucoup plus de risque d'être victimes que les soldats. Environ 70 % des victimes des conflits récents étaient des non-combattants, des femmes et des enfants pour la plupart. Le corps des femmes est devenu l'un des champs de bataille de ceux qui se servent de la terreur comme arme de guerre : les femmes sont violées, enlevées, humiliées et forcées à subir des grossesses, des sévices sexuels et l'esclavage sexuel.

Le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (CPI) de 1998 a été le premier traité à reconnaître explicitement cet éventail de violence sexuelle et sexiste comme l'une des plus graves infractions du droit international. Aujourd'hui, près de la moitié des personnes inculpées

par la CPI et par d'autres tribunaux internationaux — comme le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le Tribunal pénal international pour le Rwanda, et le Tribunal spécial pour la Sierra Leone — sont accusées de viol ou d'agression sexuelle, soit pour les avoir commis, soit pour avoir supervisé ceux qui les ont commis. La violence à l'égard des femmes a été signalée dans des situations de conflit ou d'après-conflit de toutes les zones de guerre, internationales ou non, notamment l'Afghanistan, le Burundi, la Colombie, la Côte d'Ivoire, le Libéria, le Pérou, le Rwanda, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone, le Tchad; la Tchétchénie (Fédération de Russie), la région du Darfour (Soudan), le nord de l'Ouganda et l'ex-Yougoslavie (62).

Au Rwanda, près d'un demi-million de femmes ont été violées durant le génocide de 1994. Ce chiffre atteint 60 000 pour la guerre en Croatie et en Bosnie-Herzégovine. De même, en Sierra Leone, le nombre d'actes de violence sexuelle liés à la guerre, dont ont été victimes des femmes déplacées entre 1991 et 2001, atteint 64 000 (63). Lorsque la Rapporteuse spéciale de l'ONU sur la violence contre les femmes a visité la région du Darfour (Soudan) en 2004, elle a recueilli des témoignages de femmes et de filles qui avaient été victimes de multiples formes de violence commises par des milices soutenues par le gouvernement et par les forces de sécurité qui avaient notamment violé, tué, incendié des maisons et pillé le bétail. Des femmes et des filles déplacées vivant dans des camps de réfugiés ont raconté les viols, les coups et les enlèvements qui se produisent lorsqu'elles sont obligées de sortir du camp.

Les victimes de viol ont dû affronter de multiples difficultés pour avoir accès à la justice et aux services de soins, car on les accusait par exemple d'avoir fait de fausses accusations, d'avoir eu des rapports sexuels consentis avant d'être mariées, ou d'avoir commis l'adultère, en violation du Code pénal (64). Un rapport de 2002 sur ce sujet, parrainé par UNIFEM, cite les déclarations d'un représentant des Nations Unies à Goma (République démocratique du Congo – RDC), à propos de la terreur quotidienne que subissent les habitants de la région : “La zone qui descend de Pweto jusqu'à la frontière de la Zambie, et qui remonte vers Aru à la frontière du Soudan et de l'Ouganda est un trou noir où personne n'est en sécurité et où aucun étranger ne se rend. Les femmes prennent un risque quand elles se rendent dans les champs où lorsqu'elles

marchent sur une route pour se rendre au marché. À tout moment, elles peuvent se retrouver nues, humiliées et violées en public. De très nombreuses personnes ne dorment plus chez elles, même si dormir dans les fourrées est tout aussi dangereux. Chaque nuit, un nouveau village est attaqué. Cela peut être le fait de n'importe quel groupe, personne ne le sait, mais ils emmènent toujours les femmes et les filles" (61). Récemment, le Coordonnateur des secours d'urgence de l'ONU, John Holmes, a évoqué la situation des victimes de viol d'un hôpital de la province du Sud-Kivu (République démocratique du Congo); il a affirmé avoir vu les preuves et entendu les témoignages des victimes décrivant une "violence sexuelle si brutale que cela dépasse l'imagination". Il a déclaré que plus de 32 000 cas de viol et de violence sexuelle ont été enregistrés pour la seule province du Sud-Kivu depuis 2005 — et que cela ne représente qu'une fraction du nombre total de femmes victimes de souffrances aussi extrêmes (65).

La protection et l'aide fournies aux femmes victimes de violence dans les zones de conflit et d'après-conflit sont très loin d'être suffisantes. L'accès aux services sociaux, à la protection, aux recours juridiques, aux ressources médicales, et aux places dans les foyers d'accueil est limité malgré les efforts courageux de nombreuses ONG locales pour apporter leur aide. Un climat d'impunité aggrave encore davantage la situation et encourage la violence actuelle.

2- Le contexte marocain : état des lieux

Il n'existe pas encore dans notre pays de données précises à l'échelle national, mais un certain nombre d'investigations entreprises dans ce domaine permettent de cerner les contours et la nature du problème (66).

La situation est appréhendée à travers un certain nombre d'enquêtes dont les données ont été obtenues à partir des plaintes recueillies aussi bien au niveau des centres d'écoute/ ONGs qu'auprès des institutions publiques, tels les tribunaux, les hôpitaux et la gendarmerie royale. Les principales sont :

***enquête portant sur la violence sexuelle faite aux femmes, ses formes, ses cases, ses protagonistes ainsi que les espaces où elle a eu lieu (66)**

Cette enquête a été menée au niveau des deux cours de Rabat et de Kenitra à travers les affaires traitées au cours de l'année 1995. Le résumé des résultats de cette enquête présente ainsi :

Sur les 1405 dossiers traitant de diverses affaires, 456 dossiers concernent les délits de violences sexuelles représentés par le viol et les attentats à la pudeur, soit 32% de l'ensemble de dossiers.

De l'ensemble des inculpations pour viols et attentats à la pudeur, le taux des poursuites pour violences sexuelles accompagnées de défloration est de 28%.

Les attentats à la pudeur avec violence constituent 84% du nombre total de ces inculpations

Si la violence est multiple, elle est souvent collective également. De nombreuses femmes sont victimes de viol collectif. Le pourcentage des dossiers où viols et attentats à la pudeur sont le fait d'un groupe atteint 27,13% du total des mises en accusation pour viol et attentat à la pudeur.

-Les femmes violées appartiennent à toutes les professions, sont de niveau scolaire et de milieu familial différent et sont aussi bien mariées, célibataires, divorcées que veuves ou femmes âgées.

-Concernant le moment de l'agression sexuelle contre les femmes, les dossiers indiquent qu'elle peut avoir lieu à toute heure du jour et de nuit.

***Etude réalisée sur l'autonomie de la femme marocaine dans la prise de décision en matière de santé de la reproduction (66)**

Cette étude a permis de donner quelques éclairages sur la question de la violence à l'égard des femmes au sein de la famille et en tenant compte des rapports entre les conjoints :

Le tiers des femmes interrogées reconnaissent être victimes de violence de la part de leur conjoint (Marrakech) ; de même que deux femmes sur dix (Chefchaouen). Cette violence survient souvent lors d'ivresse, de malentendus, de divergence d'opinions et de dispute entre les conjoints (surtout en cas de cohabitation avec les familles) ; la totalité des femmes interrogées désapprouve que la femme soit battue.

Les hommes, dans leur majorité, ont exprimé leur rejet de la violence envers les épouses, préférant, en cas de mésentente, répudier la femme au lieu de la frapper.

Les femmes victimes de violence sont plus nombreuses en milieu rural (6 femmes sur 10 sont mariées à des conjoints analphabètes); les femmes urbaines (dans 60% des cas alphabétisées) décrivent la violence à l'encontre des femmes comme un acte sauvage qui est défendu par la loi et la religion et qui brise la vie du couple. Par contre une proportion minime de femmes analphabètes pense que la femme doit accepter d'être battue pour garder ses enfants et ne pas multiplier les mariages voués à l'échec.

Un rapport d'ANARUZ, réseau de centres d'écoute sur les violences fondées sur le genre au Maroc

Le rapport relève que près de 91,7% des femmes violentées affirment l'avoir été par leur mari ou autres personnes avec lesquelles elles entretiennent des relations intimes.

Se référant aux témoignages de femmes victimes de la violence et aux cas de violences enregistrées (1er septembre 2005 au 15 février 2006), le rapport fait état d'une prédominance des violences juridiques (43,9 % des cas), suivies des violences physiques (26,2%) et psychologiques (18,7%).

Il en ressort aussi que ces violences ont eu des répercussions sur la santé de 88% des personnes sondées.

Données du numéro vert 0 8000 8888

Les principales données fournies par le numéro vert national pour les femmes et filles victimes de violence entre la période du 26 Décembre 2005 au 13 Octobre 2006 fait de 15.015 déclarations de violence. Les formes de violence déclarées se répartissent en violence juridique (41,2%), physique/corporelle (30%), psychologique (18%), sexuelle (9,2%) et économique (0,2%) (66).

Données du ministère de la justice

Selon les dernières statistiques présentées par le ministère de la Justice 15.777 cas de femmes violentées ont été enregistrés au cours de l'année 2006, soit 4,2% de l'ensemble des

crimes enregistrés durant la même année. Les statistiques établies par le numéro vert au terme de l'année 2007 sont alarmantes. 10.053 appels proviennent de femmes violentées.

Les chiffres indiquent que plus de 17.511 cas de violence ont été enregistrés au Maroc depuis la date d'ouverture de la ligne jusqu'à 2007. Selon les appels téléphoniques adressés au numéro vert, la violence est présente sur tout le territoire marocain, avec toutefois une hausse de fréquence et d'acuité dans les grandes villes. Il est important de souligner que la violence revêt différentes formes : psychique, physique, économique, sexuelle et juridique. Notons que la violence conjugale occupe la première place avec un pourcentage de 82,1%. Les statistiques indiquent que 77,5% des femmes violentées par leurs maris sont des femmes au foyer. Après la violence conjugale, vient la violence sexuelle avec un pourcentage de 33,7%. La violence familiale occupe enfin la dernière place avec 31,4% (67).

IV- Les aspects cliniques de la prise en charge des femmes victimes de violence

Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, peut être appelé à accueillir une personne victime de violences. Son rôle est essentiel pour prendre en charge physiquement et psychologiquement cette personne, l'informer et l'orienter le cas échéant.

Le médecin est bien souvent la première personne à qui la victime pourra se confier : après une telle négation de son identité, reconnaître sa parole, c'est reconnaître son existence, c'est déjà participer au soin (68).

1-Les principaux objectifs de la prise en charge d'une victime de violences

L'objectif essentiel est d'optimiser l'Accueil Psycho-Médico-Social, de permettre un examen initial parfait avec le recueil d'éléments contribuant à l'obtention de preuves médico-

légales pour permettre à la justice une meilleure efficacité, sans nuire physiquement ni psychologiquement à la victime.

- Assurer auprès de la victime et de sa famille une prise en charge pluri-disciplinaire psycho-médico-sociale pour ACCUEILLIR et INFORMER la victime. Equipe pluri disciplinaire réunissant psychologues, médecins, assistantes sociales et autres professionnels de santé. Présence d'un centre d'accueil ouvert 24h/24
- Assurer une prise en charge médicale de compétence optimale. Examiner avec soin. Recueillir sur un dossier structuré tous les éléments d'information et recueillir les éléments médico-légaux pouvant contribuer à établir la preuve de l'agression (prélèvements pour cytologie et biologie moléculaire).
- Prélever afin d'identifier l'agresseur
- Prévenir les complications
- Les risques infectieux et la grossesse.
- Les risques de séquelles psychologiques.
- Rédiger un certificat médical (69).

2-Accueil de la victime

2-1 Ecouter la victime

L'accueil est une urgence. La victime doit être reçue rapidement et dans le calme pour qu'elle puisse parler et être écoutée. La personne doit se sentir rassurée, en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec le médecin ou, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne.

Le but de cet accueil est d'évaluer le degré d'urgence de l'examen et la nécessité ou non de transférer la personne vers un centre spécialisé.

La qualité de cet accueil est capitale pour la victime dans le sens d'une restauration ultérieure et pour les suites judiciaires.

2-2 Informer la victime

Si la victime est adressée sur réquisition, il faut lui expliquer le but de la réquisition, son importance et ses obligations légales, puis résumer la mission qui est confiée au médecin.

Si la victime se présente spontanément, on doit lui donner, dès le stade de l'accueil, les informations nécessaires pour un éventuel dépôt de plainte, voire l'orienter vers une structure spécialisée. Elle peut être aidée dans ses démarches par un proche, l'assistante sociale du secteur ou une association d'aide aux victimes.

Toute victime doit être informée de ses droits. Idéalement, tout centre d'accueil de victimes de violences devrait disposer d'une documentation informant les victimes de leurs droits.

2-3 Conditions d'accueil

L'attente doit être la plus courte possible, dans un cadre respectant son intimité.

On utilise au mieux, une salle d'examen adaptée avec un bon éclairage. Dans ce même lieu tous les gestes pourront être réalisés : entretien, examen médical, photos éventuellement, prélèvements bactériologiques et médico-légaux, soins, conseils et recommandations sur le suivi ultérieur...

Les conditions optimales permettent à la personne de se laver à l'issue de l'examen et de s'habiller de linge propre.

L'agression a été vécue dans l'effroi, avec un fort sentiment d'impuissance, sans capacité de réagir sous peine de mettre sa vie en danger. Elle est ressentie ensuite comme une expérience impensable, intransmissible et irréparable. La plupart des personnes agressées se taisent, incapables d'en parler.

Aussi, il faut beaucoup de courage à la victime pour surmonter ses sentiments de terreur, de culpabilité, d'incompréhension, de honte et d'isolement et oser faire ses démarches de plainte ou de demande de soins.

L'accueil des victimes de violences est primordial, car il permet de reconforter, de rassurer des victimes choquées, traumatisées, de les informer et de les préparer à la prise en

charge médicale en facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique, mais il permet également de préparer la victime aux éventuelles suites tant sur un plan judiciaire et médical que psychologique et social (68).

3- Les étapes de l'examen clinique

Deux situations cliniques peuvent amener à modifier la prise en charge :

La victime peut être adressée sur réquisition : l'examen gynécologique et les prélèvements doivent théoriquement être effectués rapidement voire en Urgence,

La victime peut se présenter spontanément, seul, ou accompagnée d'une autre personne. L'évaluation psycho-sociale est alors fondamentale et doit être réalisée sauf cas évident avant l'examen clinique et gynécologique.

La consultation médicale avec examen génito-anal doit être réalisée avec le maximum de compétence.

Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée.

L'exhaustivité du matériel nécessaire pour la consultation doit être contrôlée avant la consultation.

3-1- L'entretien médical :

A l'interrogatoire, on cherche des informations générales, la date, l'heure et les personnes présentes, l'évaluation psychologique de la victime qui concerne les antécédents psychiatriques, la notion de traitements psychotropes, la présentation de la victime (faciès triste, ralentissement psychomoteur), l'existence de signes de stress post-traumatique récent (réactions de sursaut, anxiété, labilité thymique, obnubilation, anesthésie affective), ou secondaires (troubles du sommeil avec cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, troubles de la thymie, troubles somatoformes, conduites phobiques, rituels obsessionnels), l'existence de conduites délirantes, de confusion ou perplexité, de conduites

addictives. Le comportement de la victime sera également rapporté : agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, auto-accusation, calme anormal.

Il est important de décrire la présentation de la victime et son état psychologique au moment de l'examen (68).

Pour expliquer la démarche et le pourquoi de l'examen clinique, l'entretien médical doit aussi préciser les antécédents médicochirurgicaux et gynéco-obstétricaux, le développement staturo-pondéral, une activité sexuelle antérieure, la contraception, l'utilisation des tampons, la date des dernières règles, l'agression, le type de sévices, et un rappel des faits.

Ces détails sont parfois fournis par la demande des autorités judiciaires avec la réquisition. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de rappeler les circonstances douloureuses de l'agression.

On cherche aussi la symptomatologie, les signes fonctionnels au moment de l'agression, les signes fonctionnels actuels : douleur, saignement ..., et on précise si une toilette a été effectuée et si les vêtements ont été changés (69).

3-2- Examen clinique

L'examen clinique est toujours réalisé avec des gants. Il faut noter la date et l'heure de l'examen, le délai écoulé depuis l'agression, la taille et le poids de la victime.

L'examen général de la victime permet d'établir une relation de confiance avec la victime et de la rassurer. Cet examen général comporte un examen cutanéomuqueux rigoureux, à la recherche des traces de violence sur l'ensemble du corps et surtout au niveau de la face interne des cuisses et de la poitrine, ainsi que des zones d'appui et de contention (cou, poignets, chevilles). Les lésions éventuelles devront être décrites de manière très précise en mentionnant leur taille, leur aspect, leur localisation et leur ancienneté estimée. Il ne faut pas omettre l'examen de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses, ainsi que celui du frein de la langue.

Un examen sous anesthésie générale, avec prélèvements, pourra être envisagé dans certaines circonstances exceptionnelles en fonction des soins à réaliser.

L'examen de l'anus est indispensable : il doit être systématique. Les signes recueillis sont décrits en les répertoriant par rapport à un cadran horaire (il faut préciser la position dans laquelle est réalisé l'examen : gynécologique ou genupectorale).

L'examen débute par l'inspection simple et se poursuit par le déplissement de la marge anale (leur disposition sera notée) pour étudier l'état du revêtement cutanéomuqueux et rechercher des marques de violence, une pathologie de la muqueuse, une béance anale ou toute autre anomalie (hémorroïdes, condylome, eczéma, fissures...).

Le toucher rectal peut compléter l'examen et apprécie la tonicité du sphincter anal. Il faut préciser s'il ramène du sang, s'il est douloureux. La béance et l'hypotonicité anale peuvent évoquer un abus sexuel. Elles sont cependant insuffisantes pour affirmer une pénétration. Au moindre doute, une anoscopie avec rectoscopie pourra être réalisée en milieu spécialisé.

Des schémas récapitulatifs pourront être réalisés, permettant ainsi de repérer l'ensemble des lésions en un même temps.

Un examen normal ne permet pas d'éliminer une agression à caractère sexuel, d'autant plus que l'impossibilité de résistance à l'agresseur est fréquente.

Il est également important de préciser que les différents prélèvements seront effectués dans le même temps que l'examen, afin de ne pas avoir à répéter les investigations.

L'examen gynécologique vient après l'examen général, une fois que la victime est en confiance. Il est réalisé par une personne compétente, qui explique au fur et à mesure à la victime tous ses gestes, afin de la rassurer en permanence. L'examen débute par l'inspection de la vulve, des grandes et des petites lèvres, du clitoris et de la fourchette vulvaire à la recherche de traces de violence.

L'examen de l'hymen, classique "frontière médico-légale du viol" est essentiel : il suffit d'une traction douce des lèvres vers l'extérieur et vers le bas pour le visualiser ou d'un bombement de la cloison recto-vaginale, provoqué par un toucher rectal. La mise en place d'une sonde à ballonnet peut être envisagée, mais elle devra être réalisée par un médecin expérimenté. L'hymen devra être décrit avec précision, les lésions devant être localisées suivant un cadran horaire et relevées sur un schéma récapitulatif. En cas de défloration récente, les déchirures

incomplètes ou complètes siègent le plus souvent à 5 heures et à 7 heures en position de décubitus dorsal, leur cicatrisation s'effectuant entre 5 à 8 jours

La mesure du diamètre vaginal de l'orifice hyménéal doit être notée.

Un toucher vaginal à un ou deux doigts peut enfin compléter cet examen, en notant la douleur provoquée, orificielle ou profonde (cul-de-sac vaginal, mobilisation de l'utérus) (68).

Les preuves médico-légales doivent être prélevées pendant l'examen médical. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir l'accord de la victime.

3-3- Les échantillons qui peuvent être prélevés à titre de preuve

- Preuve des blessures: le traumatisme physique et/ou génital témoigne de l'emploi de la force et doit être documenté.
- Vêtements: les vêtements déchirés ou tachés sont utiles pour prouver qu'il y a eu coercition.
- La présence de corps étrangers (terre, feuilles, herbe) sur les vêtements, le corps ou dans les cheveux peut confirmer le récit de la victime.
- Cheveux: des cheveux étrangers peuvent être trouvés sur les vêtements ou le corps de la victime. Il est possible de prélever des poils pubiens et des cheveux de la victime pour une comparaison.
- Sperme et liquide séminal: des échantillons peuvent être prélevés dans le vagin, l'anus ou la cavité orale (si l'éjaculation a eu lieu dans ces endroits), afin de vérifier la présence de sperme et effectuer l'analyse de la phosphatase acide prostatique.
- L'analyse ADN peut être effectuée sur les substances repérées sur le corps de la victime ou sur le lieu de l'agression, qui garde parfois des traces de sang, sperme, salive ou un autre matériel biologique de l'agresseur (par exemple, vêtements, serviettes hygiéniques, mouchoirs, préservatifs), ainsi que sur des tampons à prélèvements provenant de morsures, de taches de sperme, des orifices concernés, ou encore sur les ongles coupés et

grattés. Dans ce cas, un échantillon de sang de la victime doit être prélevé afin de distinguer son ADN de celui de son agresseur.

– Sang ou urine pour les tests toxicologiques (si la victime a été droguée) (70).

4- Le traitement médical

Dans les suites d'une agression, le médecin peut prescrire un traitement, dans un but curatif mais aussi et surtout préventif.

4-1- Traitement curatif

Ce traitement peut être curatif en cas de lésions anatomiques (désinfections de plaies, sutures).

Il ne faut pas hésiter à recourir aux antalgiques, ceux de 1er niveau sont habituellement suffisants.

Les savons locaux spécifiques à visée antiseptique, aux propriétés adoucissantes et calmantes peuvent être prescrits.

Un traitement anxiolytique d'action brève, en cure courte pourra être utile les premiers jours.

En cas d'intoxication, le traitement médical symptomatique sera adapté à l'état de la victime.

Et de même, en cas de maladies sexuellement transmissibles, un traitement adapté sera prescrit.

4-2-Traitement prophylactique

Le traitement reste essentiellement prophylactique et adapté aux circonstances de l'agression.

□ Prévention du Tétanos:

En cas de plaies souillées de terre ou de débris végétaux et si la victime n'est pas correctement vaccinée, on réalise une sérovaccination antitétanique.

▮ Prévention d'une grossesse:

En cas de rapport vaginal, mais aussi anal ou vulvaire (migration possible des spermatozoïdes) chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale, sans contraception efficace, il convient de prévenir la survenue d'une éventuelle grossesse.

On fait préciser la date des dernières règles, le délai écoulé depuis l'agression.

En cas de délai de moins de 72 heures, il faut prescrire une contraception d'urgence (pilule du lendemain) :

soit oestroprogestative : Tétragynon® (2 comprimés à renouveler 12 heures après).

Contre indiqué en cas d'antécédents thromboemboliques.

Prévenir la patiente de possibles nausées ou vomissements fréquents.

soit progestative pure : Norlevo® (1 comprimé à renouveler 12 à 24 heures après).

Ces deux méthodes sont rendues inefficaces en cas de traitement par anticonvulsivants, inducteurs enzymatiques, Ritonavir® (Norvir®) (68).

Enfin, en cas de délai supérieur à 3 jours mais inférieur à 5 jours, la mise en place d'un stérilet est possible chez la femme adulte, multipare. En raison du contexte infectieux potentiel, une antibioprophylaxie est recommandée. La femme est orientée vers une consultation spécialisée de gynécologie pour la mise en place du dispositif intra-utérin.

▮ Prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) bactériennes:

En prévention des MST bactériennes, le traitement antibiotique vise principalement le Chlamydia Trachomatis mais aussi le gonocoque et la syphilis. Ce traitement est indiqué en cas de pénétration vaginale ou anale, mais aussi buccale.

Différents schémas thérapeutiques sont proposés :

Doxycycline cp à 100 mg : 2 comprimés par jour pendant 7 jours

Azithromycine cp à 250 mg : 4 comprimés en prise unique

▮ Prévention des MST virales:

Pour le VIH :

En cas d'agression sexuelle avec pénétration, quel que soit l'âge de la victime, un avis est sollicité en urgence auprès du Service référent pour le VIH.

Pour l'Hépatite B :

En cas d'agression de moins de 8 jours, en l'absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse ou incomplète : faire une injection de vaccin contre l'hépatite B.

La poursuite ou non de la vaccination sera discutée selon le résultat de la sérologie initiale (antigène HbS, anticorps anti HbC, anticorps anti HbS).

En cas de vaccination antérieure, on recommande tout de même une injection de rappel du vaccin, sauf s'il est possible de vérifier le carnet de santé ou de vaccination de la victime.

En effet, il est fréquent de constater une méconnaissance de l'état vaccinal de la victime sont constatées. C'est pour cette raison que nous recommandons une injection de vaccin systématique.

En cas de circonstances particulières chez une victime non vaccinée, le médecin référent sollicité pourra discuter une éventuelle injection de gammaglobulines spécifiques VHB.

Pour l'Hépatite C :

Absence de traitement prophylactique (68).

5- Suivi des femmes survivantes à la violence

Des consultations de suivi pour toutes les femmes victimes de violence et en particulier quand il s'agit de violence sexuelle. Dans ce cas, elles sont recommandées à 2 semaines, 3 mois et 6 mois après l'agression.

- La consultation à 2 semaines doit permettre de :

- Suivre la cicatrisation des blessures.
- Vérifier que la survivante a bien suivi, le cas échéant, le traitement prophylactique des ISTs.
- Réalisez éventuellement des prélèvements locaux et sérologiques pour le dépistage des ISTs surtout si aucune prophylaxie des ISTs n'a été donnée lors de la première consultation.
- Dépister une éventuelle grossesse si indiquée.

- Rappeler éventuellement à la survivante son calendrier de vaccination contre l'hépatite B et le tétanos (à 1 et à 6 mois).
- Evaluer l'état psychologique et émotionnel.

- La consultation à 3 mois doit permettre de :

- Refaire les sérologies du VIH, TPHA-VDRL et du virus de l'hépatite B.
- Dépister une éventuelle grossesse.
- Evaluer l'état psychologique et émotionnel.

- La consultation à 6 mois doit permettre de :

- Refaire les sérologies du VIH et du virus de l'hépatite B.
- Administrer la 3ème dose de vaccin contre l'hépatite B.
- Evaluer l'état psychologique et émotionnel.
- Une prise en charge du conjoint/partenaire responsable de violence peut être proposée dans certains cas s'il le désire.

Le médecin qui accueille une femme survivante à la violence, s'il en a l'occasion, peut procéder à l'interrogatoire du conjoint violent, l'écouter, lui permettre de parler, d'exprimer ses problèmes, ses raisons, le responsabiliser (66).

*Détecter les comportements violents qui risquent de se répéter ;

*Dans certains cas une prise en charge psychologique est indiquée. La thérapie de groupe est l'approche habituellement préconisée dans le traitement des conjoints violents ;

* Prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection de la femme et des enfants (66).

V- Les aspects médico-légaux de la prise en charge

1- Collecte des preuves médico-légales

Le principal objectif de l'examen est de déterminer le traitement médical à administrer. Toutefois, il est également possible de collecter des preuves médico-légales qui aideront la victime à se pourvoir en justice.

La victime peut refuser à ce que des preuves médico-légales soient prélevées. Dans ce cas, il faut respecter son choix

Les preuves médico-légales peuvent permettre du nécessaire:

- Pour confirmer un contact sexuel récent.
- Pour démontrer qu'il a eu un emploi de la force ou de moyens de coercition.
- Pour confirmer le récit de la victime.
- Si possible, pour identifier l'agresseur.

Collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après la violence (dans les 72 heures)

Le fait de documenter les blessures et de prélever les échantillons (sang, cheveux, salive et sperme) dans les 72 heures qui suivent l'agression, peut contribuer à confirmer le récit de la victime et à identifier son/ses agresseur(s). Si la victime se présente 72 heures après l'agression, la quantité et le type de preuves collectées dépendront de chaque situation spécifique (70).

2- Documentation de la consultation

Il faut veiller à:

- Documenter l'entretien et les résultats de l'examen de manière claire, complète, objective et sans porter aucun jugement.
- Evaluer et documenter de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la victime.

- Documenter avec précision les déclarations importantes faites par la victime, par exemple les menaces proférées par son agresseur. Ne pas avoir peur de noter le nom de l'agresseur, mais utiliser des tournures du type "la patiente affirme" ou "la patiente raconte".
- Eviter d'utiliser le mot "présumé", car il pourrait faire penser que la victime a exagéré ou menti.
- Noter exactement quels échantillons ont-ils été prélevés

3- Les échantillons qui peuvent être prélevés à titre de preuve (69)

Les prélèvements à effectuer en cas d'agression récente sont réalisés, le plus tôt possible après l'agression, sans toilette préalable, avec un spéculum non lubrifié, sur écouillons de coton sec, type écouillon pour bactériologie. Le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°. Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre expertises (4 prélèvements par site est le nombre recommandé)

Le nombre sera précisé sur le dossier et sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés, dans l'ordre de prélèvements.

3-1 La recherche de spermatozoïdes :

Un prélèvement est fait sur pipette ou sur écouillon, avec un étalement sur lame pour examen par un biologiste dans les 24 heures.

3-2 Les analyses génétiques :

Elles seront prélevées avec des gants, saisies et scellées par les enquêteurs.

L'identification se fait sur spermatozoïdes ou cellules laissées par l'agresseur :

- Tache de sperme sur la peau : récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique,
- Vulve et périnée,
- Vagin, endocol, exocol, cul de sac et paroi vaginale,

– Prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique.

Le séchage est indispensable 30 à 60 mn à l'air avant la réintroduction dans le sac plastique.

3-3 Prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur :

Si possible avec le bulbe, à conserver dans une enveloppe en papier Kraft à température ambiante.

3-4 Si la victime a griffé l'agresseur :

On fait des prélèvements en raclant sous les ongles de la victime

On prélève sous chaque ongle des doigts en précisant le côté de la main.

Si les ongles sont longs, il faut proposer à la victime de couper les ongles pour augmenter les chances d'obtenir des tissus de l'agresseur.

La conservation se fait à sec.

3-5 Si l'agresseur a mordu la victime : écouvillonnage pour prélever la salive :

On utilise des écouvillons humides puis secs.

Si les vêtements sont tachés (sang, salive, sperme) : faire sécher à l'air si besoin, conserver à température ambiante dans une enveloppe en papier Kraft.

3-6 Identification de l' ADN de la victime :

On réalise un prélèvement de sang sur tube EDTA, conservé à 4°,

Si le prélèvement sanguin pose problème, discuter : microprélèvement (goutte de sang) sur papier buvard, cytobrosse à la face interne des joues (indispensable en cas de refus de prise de sang, ou de transfusion sanguine récente).

4- Maintien de la chaîne des preuves

Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves, pour faire en sorte à ce que celles-ci soient admissibles au tribunal. Pour ce faire, les preuves doivent être correctement prélevées, étiquetées, stockées et transportées. La documentation doit inclure la signature de tous ceux qui ont été en possession des preuves à un moment ou à un autre (de la personne qui les a prélevées à celle qui les transporte au tribunal), afin d'éviter tout risque de manipulation frauduleuse.

Dans l'impossibilité de transporter immédiatement les échantillons dans un laboratoire, il est nécessaire d'adopter un certain nombre de mesures:

- Tous les vêtements, les tissus, les tampons, les compresses et les autres objets à analyser doivent sécher parfaitement à température ambiante et être mis dans des sachets en papier (pas de plastique). Les échantillons peuvent être soumis à l'analyse ADN plusieurs années après l'agression, à condition que le matériel soit parfaitement sec.

- Les échantillons de sang et d'urine peuvent être conservés au réfrigérateur durant 5 jours. Pour pouvoir les conserver plus longtemps, ils doivent être rangés dans un congélateur. Suivre les instructions du laboratoire local.

- Tous les échantillons doivent être clairement étiquetés avec un code d'identification confidentiel (pas le nom ni les initiales de la victime), la date, l'heure et la typologie d'échantillon (sa nature et l'endroit où ils ont été prélevés), puis mis dans un conteneur.

- Fermer le sachet ou le conteneur à l'aide de ruban adhésif. Ecrire le code d'identification, la date et ses propres initiales sur le ruban.

Dans le protocole adapté, écrire clairement les instructions du laboratoire en matière de collecte, stockage et transport des échantillons. Les preuves ne doivent être remises aux autorités que si la victime décide de porter plainte (70).

VI- Les effets juridiques au certificat médical pour coups et blessures

Le certificat médical pour coups et blessures constitue le plus souvent l'élément déterminant au prolongement judiciaire que souhaite faire une victime d'agression. Il permet au magistrat de choisir le tribunal qui devra juger le responsable des faits et les peines applicables. En effet, le législateur a consacré la gravité du dommage résultant de l'infraction comme principal critère pour la gradation des peines.

1- Savoir évaluer l'incapacité de travail personnel

Ainsi, lorsque l'incapacité de travail personnel (ITP) n'excède pas vingt jours, la peine prévue est d'un mois à un an d'emprisonnement et/ou amende (art. 400 du code pénal).

Lorsque l'ITP est supérieure à vingt jours, la peine devient un emprisonnement d'un à trois ans (art.401 code pénal).

Lorsque les blessures ont été à l'origine d'une infirmité permanente, la qualification pénale de l'infraction change en crime dont les peines prévues sont la réclusion de cinq à dix ans (art.402 code pénal).

De même, lorsque les blessures ont entraîné la mort sans l'intention de la donner, la peine édictée est la réclusion de vingt à trente ans (art. 403 code pénal)

Lorsque l'agresseur a eu recours à la torture ou à des actes de barbarie pour exécuter un fait qualifié crime (viol par exemple), il y a application de la peine capitale (71).

2- Savoir évaluer les circonstances aggravantes

Cependant, il existe des circonstances aggravantes tenants soit à la qualité des personnes auteurs ou victimes de l'agression (coups portés à un descendant ou à un enfant de

moins de quinze ans), soit aux circonstances de son déroulement, notamment en cas de préméditation, guet-apens ou emploi d'une arme.

L'existence de ces circonstances aggravantes fait pratiquement doubler les peines encourues précédemment citées (71).

Le certificat médical va orienter largement ces différentes qualifications pénales. Il va d'abord attester la réalité des blessures et en les décrivant, servir de base à la discussion de leur mécanisme de survenue.

Ensuite, en sauvegardant une bonne imputabilité de ces blessures au fait qui les a générées, il permettra une correcte évaluation du dommage subi en vue d'une compensation financière ultérieure.

3- L'accueil des victimes et les dérogations au secret médical.

Le secret médical est volontiers présenté comme une question de déontologie, un devoir professionnel dans les prescriptions hippocratiques. La consécration de ce principe dans le code de déontologie médical marocain est illustré par l'article 4 qui stipule: "le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordé (72).

4- Le secret médical

La violation du secret médical, considérée comme un trouble à l'ordre social commis par le débiteur d'une obligation de silence, constitue aussi un délit prévu et puni par la loi dans l'article 446 du code pénal marocain (71).

Ainsi, le secret médical est inviolable sauf s'il y a autorisation ou obligation de la loi.

C'est le cas pour la dénonciation aux autorités judiciaires des faits délictueux et les actes de mauvais traitement ou de privations perpétrés contre les mineurs de moins de 18 ans ou par l'un des époux contre l'autre ou contre une femme (art. 446 alinéas 2, loi n°11 – 99)

Dans ces cas, il s'agit en fait d'une simple permission de la loi et non d'une obligation de parler. Mais pour autant, le médecin n'est pas invité à l'indifférence car son inaction peut être constitutive du délit de non assistance à personne en danger.

Quelle devra être alors son attitude vis-à-vis d'une victime de violences ? autrement dit, à côté de l'obligation de se taire existe-t-il une obligation de dénoncer ?

La situation se complique par l'existence d'une obligation de dénonciation d'un crime déjà tenté ou consommé qui pèse sur tout citoyen et dont la violation constitue un délit sanctionné par l'article 299 du code pénal (71).

De même l'article 42 du code de procédure pénale impose à toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire ayant en connaissance lors de l'exercice de sa profession d'un crime ou d'un délit commis, de le déclarer immédiatement au procureur du Roi (73). Cependant, ces textes ont une portée générale, or le médecin n'exerce pas une profession ordinaire, celle-ci étant régie par un texte spécial, imposant la discrétion.

Aussi, la simple admission d'une victime d'agression ne justifie pas sa déclaration aux autorités judiciaires. Même si le médecin reçoit du patient l'aveu d'un crime ou le déduit de son examen.

Par contre, s'il acquiert la conviction, voire la certitude que la malade se prépare à commettre un crime, il est fondé d'en avertir les autorités compétentes. En effet, sa connaissance du danger encouru par autrui constitue un fait justificatif au délit de violation du secret professionnel.

Si la blessée est mineure ou n'est pas en état de se défendre, le médecin doit également procéder au signalement, car il s'érige, de fait, en protecteur des intérêts de ces victimes vulnérables.

Mais assez souvent, la blessée est majeure et son état n'est pas critique et il n'existe pas d'indice formel faisant craindre la commission d'un nouveau crime. Dans ce cas, le secret professionnel reprend tous ses droits. Il est la propriété du malade. Lui seul peut en disposer. Le médecin est tenu toutefois de remettre à sa patiente, sur sa demande, un certificat exposant les

constatations des blessures faites sur sa personne afin qu'il puisse en faire l'usage qui est de droit ; c'est-à-dire le produire éventuellement en justice (74).

Quelles sont alors les règles qui président à la rédaction du certificat médical en cette matière ?

5- La rédaction du certificat médical pour coups et blessures

Ce certificat peut être établi soit à la demande de l'intéressée. Il lui est alors remis en mains propres, sauf s'il s'agit d'un mineur ou le certificat est remis au titulaire de l'autorité parentale.

Le certificat est parfois établi sur réquisition policière ou judiciaire. Il est alors adressé à l'autorité requérante.

Dans tous les cas, il s'agit d'un acte médical, ce qui signifie qu'un examen de la patiente est toujours nécessaire et que la responsabilité du signataire est engagée.

Il est établi sur un document pré imprimé ou sur papier libre, et doit comporter comme tout certificat, deux mentions indispensables sous peine de nullité : l'identité du médecin et celle de l'intéressée.

Une authentification par signature manuscrite est nécessaire. La date doit être celle du jour de la rédaction et de la signature. Accepter d'anti-ou de post-dater un tel document constituerait un faux en écritures, passibles de poursuites pénales (75).

Le contenu proprement dit du certificat doit comprendre trois rubriques de base :

- Les dires et les doléances de la victime

Il importe de distinguer ce paragraphe, de façon à ce qu'il apparaisse clairement que ce qui figure sur le certificat est la retranscription de ce que dit le patient et non les constatations du médecin.

Il s'agit de recueillir ici uniquement les éléments susceptibles d'éclairer ou d'orienter l'examen clinique et la compréhension des blessures ; lieu des faits, nombre des protagonistes, impact des coups, armes utilisées ainsi que les signes fonctionnels subjectifs ressentis (75).

- L'examen cliniques et les examens complémentaires

Les blessures sont les traces actuelles d'un fait traumatique passé. Leur description doit être suffisamment exacte pour rendre possible la discussion de leur mécanisme.

Il faut notamment préciser le type des blessures en utilisant un lexique adapté et les localiser par rapport aux repères anatomiques les plus proches.

Pour chaque plaie, il faut mentionner la forme (arrondie, étoilée, linéaire...), l'aspect des berges (nettes, déchiquetées, contuses parfois surinfectées), les dimensions en hauteur, largeur et profondeur en précisant le cas échéant les lésions sous jacentes.

Pour les ecchymoses, il faut préciser l'aspect et la coloration.

Ces informations sont capitales car elles permettront de donner des indications sur :

- l'agent utilisé

Ainsi, les instruments piquants reproduisent leur forme au niveau de l'orifice d'entrée cutané.

Les plaies par instrument tranchant ressemble à une fente dont un angle est aigu correspondant à la partie aiguisée de la lame ou fil, et l'autre plus arrondi correspond au dos de la lame ou talon. Ses bords sont nets et symétriques.

Les plaies par instruments coupants sont plus allongées avec une terminaison en pente douce (classique queue de rat), souvent prolongée par une érosion épidermique linéaire voire des estafilades.

Quant aux ecchymoses, elles reproduisent volontairement la forme de l'agent contondant qui les a provoquées.

- les circonstances de survenus des blessures

Les plaies liées aux auto-agressions sont multiples, superficielles, touchant des zones accessibles mais évitant les zones réputées dangereuses telles que le cou ou les poignets (76), alors que les traumatismes par hétéro-agression n'épargnent aucune zone corporelle.

Les ecchymoses renseignent par leur coloration sur la date de leur production. En effet, cette coloration évolue en fonction de la dégradation de l'hémoglobine qui infiltre les tissus :

Rouge, lie-de-vin puis noire (2 jours), violet bleu (3jours), verdâtre (6 à7 jours), jaune (12 jours). La coloration disparaît entre 17 et 25 jours.

Les griffures indiquent parfois par leur siège l'existence de signes de lutte. C'est le cas des éraflures en coups d'ongle au pourtour de la bouche et des narines provoquées par l'agresseur en tentant d'étouffer les cris de ça victime.

L'examen général est indispensable précisant de possibles atteintes viscérales ou lésions d'éléments vasculo-nerveux ou des fractures osseuses. Dans ces cas, un avis spécialisé est fortement recommandé pour un bilan lésionnel plus complets.

On précise aussi le terrain sur lequel est survenu le traumatisme et donc, ses conséquences. On n'omettra pas de signaler les lésions correspondantes à des séquelles antérieures et ceci dans un souci de faciliter ultérieurement une imputabilité correcte des différentes séquelles.

Les examens complémentaires pratiqués et leurs résultats doivent être mentionnés. Les traitements instaurés ainsi que les journées d'hospitalisation éventuellement nécessaires doivent être précisés.

La conclusion médico-légale

- Détermination de l'incapacité de travail personnel

- Savoir respecter la terminologie légale

C'est ici que réside la raison d'être du certificat et ce qui fait sa valeur juridique. On doit faire remarquer tout de suite que le sigle fourre tout 'ITT' prête à confusion en raison des multiples interprétations et significations dont il est l'objet. Tantôt, il est traduit comme une incapacité temporaire totale, tantôt il est assimilé à une incapacité totale du travail.

Ici, nous nous situons sur le terrain pénal, et il est nécessaire de respecter la terminologie légale, le code pénal étant d'interprétation restrictive.

L'incapacité de travail personnel dont il est question dans l'article 400 et suivant le code pénal ne doit pas s'entendre comme une incapacité absolue et nul n'exige que la victime soit grabataire ou comateuse (75).

Elle n'implique pas nécessairement l'impossibilité pour la victime de se livrer à un effort physique afin d'accomplir elle-même certaines tâches de la vie quotidienne.

Par ailleurs, l'incapacité évaluée est fondamentalement différente de l'arrêt de travail professionnel. Le cas contraire aurait privé les personnes qui ne travaillent pas- ou qui ne travaillent plus- de leurs droits (enfants, chômeurs, retraites.)

De plus, il est illogique que la gravité de la sanction soit liée à la nature du travail de la victime (77).

Par contre, l'état antérieur et l'état général du blessé doivent être pris en compte et ce, en vertu d'un principe du droit de la responsabilité selon lequel l'auteur d'un dommage est tenu de prendre sa victime comme elle est. Tans pis donc pour l'agresseur si sa victime est une personne physiquement et/ou psychiquement vulnérable ou dont l'état antérieur est susceptible d'être décompensé par un traumatisme bénin, la durée de l'incapacité n'en sera que plus allongée (80).

-Les réserves quant aux séquelles ultérieures

Il est important, chaque fois que les blessures risquent de laisser persister des séquelles, de le mentionner dans le certificat initial ou d'émettre des réserves pour l'avenir.

Ces séquelles peuvent en effet répondre à l'un des éléments constitutifs de l'infraction prévue par l'article 402 du code pénal incriminant les coups et blessures volontaires entraînant une mutilation ou une infirmité permanente.

La qualification pénale des faits en crime se passe alors de l'existence ou non d'une incapacité de travail.

La notion d'infirmité permanente, alors requise, suppose la mise hors service de l'organe considéré ou son ablation. Ainsi, l'on ne saurait assimiler toute incapacité permanente à une infirmité permanente.

En tout état de cause, il revient au seul juge, bien éclairé par le médecin sur la nature et la gravité des séquelles, de retenir ou d'écarter la notion de l'infirmité permanente dans chaque cas.

Si la victime décède des suites plus ou moins immédiates de ses blessures, le médecin amené à établir le certificat de décès doit déclarer l'obstacle médico-légale à l'inhumation en cochant la case 'mort naturelle' dans le certificats de décès, ce qui aura pour effet de faire saisir le parquet pour l'ouverture d'une enquête.

Par ailleurs, le médecin ne doit pas oublier la dimension psychologique et sociale de la prise en charge médicale des victimes d'agression les plus vulnérables.

Une psychothérapie de soutien doit être en cas de retentissement psychologique important et persistant.

Il est souhaitable aussi que le médecin puisse disposer d'un carnet d'adresses d'associations d'écoute et d'orientation juridique des victimes et celles proposant un hébergement provisoire pour les victimes susceptibles d'être objet de récidence de la violence à leur égard.

VII – Violence contre la femme et droits humains

1 – Principes fondamentaux des droits humains

Parmi ces principes relatifs aux droits de l'homme, on détachera ceux-ci :

Universalité et inaliénabilité; indivisibilité; interdépendance et corrélation; non-discrimination et égalité; participation et inclusion. Ces principes sont exposés ci-après.

Universalité et inaliénabilité : Les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Tout être humain partout dans le monde peut s'en prévaloir. Ils sont inhérents à la personne humaine qui ne peut les céder volontairement. Nul ne peut non plus priver quelqu'un de ces droits. Comme indiqué à l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme, "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits".

Indivisibilité : Les droits de l'homme sont indivisibles. Qu'ils soient de nature civile, culturelle, économique, politique ou sociale, ils font partie intégrante de la dignité de chaque

personne. En conséquence, ils sont placés sur un pied d'égalité et ne se prêtent pas, a priori, à un classement hiérarchique.

Interdépendance et corrélation : La réalisation d'un droit dépend souvent, en tout ou en partie, de la réalisation d'autres droits. Par exemple, la réalisation du droit à la santé peut dépendre, dans certaines circonstances, de la réalisation du droit à l'éducation ou du droit à l'information.

Égalité et non-discrimination : Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et en vertu de la dignité inhérente à chaque personne. Tous les êtres humains doivent jouir des droits de l'homme, sans discrimination d'aucune nature, comme la race, la couleur, le sexe, l'appartenance ethnique, l'âge, la langue, la religion, les convictions politiques ou autres opinions, l'origine nationale ou sociale, le handicap, la fortune, la naissance ou une autre condition, comme l'expliquent les organes créés par les traités relatifs aux droits de l'homme.

Participation et inclusion : Chaque personne et chaque peuple a droit à une participation active, libre et significative, à un développement civil, économique, social, culturel et politique dans lequel les droits de l'homme et les libertés fondamentales peuvent se réaliser, tout comme ils ont le droit de contribuer à un tel développement et d'en bénéficier (66).

2- Droits humains et législation en matière de protection des droits de la femme

2-1- Initiatives de la communauté internationale

La violence à caractère "sexué" ou la violence dite aujourd'hui "VFG" est internationalement dénoncée pour la première fois lors de la Conférence de Mexico City en 1975. Le phénomène est désormais considéré comme un fait socioculturel "préjudiciable à l'égalité, au développement et à la paix".

La violence faite aux femmes dans la famille, est soulignée aux côtés d'autres formes de violence (viol, excision, rapt, enlèvement, travail forcé des enfants, prostitution,...) comme

préoccupation devant faire appel à une prise de conscience du public, dans une série de résolutions adoptées par le Conseil Economique et Social des nations unies (ECOSOC, 1982).

La convention relative aux droits de l'enfant (1989) : protège le droit à l'égalité quel que soit le sexe, celui de ne pas être exposé à toute forme de violence ou de brutalité physique ou mentale, celui de jouir du meilleur état de santé possible et celui de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains et dégradants (79).

La violence à l'égard des femmes fait l'objet d'une déclaration adoptée lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1993. Cette déclaration consolidera l'appel antérieur de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, 1979). Cette déclaration interpelle tous les Etats membres à éliminer ce fléau de violence à l'égard des femmes. Cette déclaration reconnaît par ailleurs que la violence à l'égard des femmes est "une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre l'homme et la femme".

La Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes se verra soutenue par un Protocole facultatif, approuvé par l'Assemblée Générale des Nations Unies (1999). Ce protocole reconnaît au Comité de cette Convention, la compétence d'examiner et de traiter les plaintes des femmes violentées après épuisement de tous les recours internes possibles.

Un(e) Rapporteur(e) Spéciale sur la violence est désignée en 1994 auprès de la Commission des Droits de l'Homme afin de recueillir les plaintes des FVV et d'établir des recommandations aux Etats concernés par ces violations.

Le Programme d'Action adopté par la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) a reconnu que la violence entre les sexes constitue un obstacle aux droits des femmes en matière de santé reproductive et sexuelle.

2-2-Initiatives du Maroc en matière de LCVF

Ces initiatives peuvent être considérées selon trois principales approches : institutionnelle, juridique, et de plaidoyer :

• **Approche institutionnelle**

La création d'un mécanisme national compétent en matière des questions "genre", qu'est le Secrétariat d'Etat chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de le l'Enfance en 1998 (appellation actuelle : Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées). Cette institution intègre dès sa création l'outil et l'approche genre dans son traitement des questions relatives à l'égalité genre, dont celle de la VFG.

L'instauration d'un fonds d'appui par le SEFEPH aux associations et aux centres d'écoute, de soutien psychologique et d'orientation juridique qui oeuvrent auprès des femmes victimes de violence. Le SEFEPH a fourni un appui financier au profit de 58 ONG féminines en 2003. Il a notamment appuyé des projets de 175 ONG intervenant dans le domaine de la famille en 2004 (79).

L'élaboration de la Stratégie Nationale de Lutte Contre la Violence à l'égard des Femmes (2002) est certainement le pas initial le plus direct en matière d'action gouvernementale de lutte contre la VFG. Cette stratégie inscrit 7 domaines comme prioritaires : "Réforme juridique et législative; Prise en charge et suivi des femmes victimes de violence; Infrastructure et développement matériel et financier; Education, conscientisation et communication sociale; Recherche et développement partenarial; Formation et développement des ressources humaines; Politique générale de lutte contre la violence envers les femmes."

La prise en compte de la transversalité de la question "Genre" est entamée à travers plusieurs initiatives, notamment à partir de 2000 par l'intégration de projets de partenariat et de coopération dans le plan d'action du département en charge de la question relative à la promotion de la femme.

Ces programmes et projets de coopération sont également une opportunité de consolidation de l'intervention coordonnée multisectorielle et des ONG dans le cadre de la lutte contre la violence fondée sur le genre, notamment par le renforcement des capacités institutionnelles et l'appui aux actions de plaidoyer sensibles au genre.

• **Approche Droit**

La ratification par le Maroc de la Convention sur les droits de l'enfant en juin 1993.

La ratification de la CEDAW (14 juin 1993) et sa publication au Bulletin officiel n° 4866 du 18 janvier 2001 est un autre acte gouvernemental national dans les sens de l'égalité hommes-femmes (certes avec quelques réserves : article 2, le paragraphe 2 de l'article 9, le paragraphe 4 de l'article 15 et les articles 16 et 29). Projets "Genres et Développement" (SEFSAS/UNFPA/PNUD/UNIFEM-2000-2003) ; « Promotion de l'Egalité de Genre et de la Lutte contre la violence à l'égard des femmes (SEFEPH/UNFPA, 2002-2006) ; « Intégration de la dimension et de la vision "genre" dans la planification des politiques et des programmes nationaux et régionaux de développement économique et social (SEFPH/GTZ, 2002-2006) ; Appui au développement humain et à l'intégration sociale » SEFEPH/MEDA (2003-2005).

Les réformes juridiques du code Pénal (2003), du Code du Travail (2003), du Code de la Famille (2004) confortent les projections sur le plan des retombées positives directes et indirectes sur les efforts en cours de la lutte contre la violence fondée sur le genre. Le nouveau Code de la Famille instaure le principe de l'équité et de l'égalité dans les responsabilités familiales, améliore les principales procédures qui régissent les liens conjugaux et d'alliance et leur dissolution et reconnaît enfin la pleine citoyenneté des femmes en leur conférant un statut juridique par l'élimination de la tutelle. Elles peuvent désormais se porter comme partie civile, entre autres dans le cas d'atteinte à leur intégrité physique, sexuelle et morale.

• **Approche de Plaidoyer et sensibilisation (79)**

La réalisation de la première campagne de sensibilisation à la lutte contre la violence à l'encontre des femmes en 1998 "non à la violence contre les femmes" initiée par L'Etat, sous la direction du Secrétariat d'Etat chargé de la Protection Sociale, de la Famille et de l'Enfance, a eu le mérite de « briser le silence ». Cette campagne se fera à grande diffusion nationale (médias, dont audio-visuel, spots...).

La société civile reste pionnière en matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes, un ensemble d'associations féminines s'est impliqué dans la lutte contre la violence à

l'égard des femmes par la mise en place à partir de 1995 de centres dits d'écoute, de soutien psychologique et d'orientation juridique. Dans ce cadre, le travail collectif et de partenariat avec le SEFEPH se construit et se consolide, autour de la question de la LCVF avec l'élaboration de la SNLCVF (2002) et notamment à travers son Plan Opérationnel (P.O, 2005) qui a identifié cinq domaines d'intervention prioritaires :

- Trois domaines prioritaires d'action structurelles qui s'articulent autour de : l'offre de service pour les femmes victimes de violence fondée sur le genre, la recherche -action, la formation, et,

- Deux domaines prioritaires d'action d'accompagnement qui concernent la sensibilisation conscientisation et le plaidoyer

2-3 Législation nationale

a- L'égalité dans les affaires pénales et civiles

- En matière civil :

la consécration de l'égalité tend à devenir la règle .attestent à cet égard , la refonte globale du code de la famille , la nouvelle législation régissant l'état civil , les dispositions du code pénal et du travail réprimant la discrimination , quelles que soient ses origines

- En matière pénale:

Des réformes ont été entreprises pour abroger les dispositions discriminatoires à l'égard des femmes. le code pénal (loi n° 24 -03 promulguée par dahir n°1-03-207 du 11 novembre 2003, parue au B.O du 5 janvier 2004), incluant les dernières modifications introduites ; garantit:

L'égalité entre les époux pour bénéficier des circonstances atténuantes en cas de meurtre commis par l'un des époux sur la personne de l'autre, sil est surpris en flagrant délit d'adultère

L'égalité de poursuite par le ministère public de l'un des époux qui entretient de notoriété publique des relations adultères, si l'autre époux se trouve à l'étranger.

La levée du secret médical quand il s'agit de violences entre époux ou à l'égard des femmes ainsi qu'à l'égard des enfants ages de moins de 18 ans.

L'aggravation des sanctions en cas de coups et blessures infligés volontairement par l'un des époux à l'autre .En cas de récidive, les sanctions sont aggravées.

L'incrimination du harcèlement sexuel, défini dorénavant comme étant un abus d'autorité.

L'incrimination de la torture conformément aux articles 1 et 4 de la convention de lutte contre la torture, les traitements cruels inhumains ou dégradants et aux dispositions du Pacte international sur les droits civils et politiques.

Par ailleurs, le nouveau code de procédure pénale (loi n° 22-01 promulguée par dahir n° 1-02-255 du 3 octobre 2002, B.O. n° 5078 du 30 janvier 2003, entré en vigueur le 1er octobre 2003) a abrogé la disposition obligeant l'épouse qui déclare vouloir se constituer partie civile contre son mari à y être autorisée par le tribunal (66).

b- L'égalité des droits politiques, économiques et sociaux

Elle est assurée à travers un certain nombre de mesures légales et références institutionnels.

-l'égalité des droits politiques:

Elle est garantie par la constitution dans son article 8 et des mesures qui ont été prises pour renforcer la représentation politique de la femme.

-L'égalité des droits économiques

L'égalité entre l'homme et la femme en matière de droit au travail et de liberté d'entreprendre et de participer à la vie économique est garantie par les articles 13 et 15 de la constitution ainsi que par le Dahir de 1958 portant statut de la fonction publique, le code du travail et les autres textes réglementant les statuts des différents emplois et fonction, l'accès au crédit, la création d'entreprise, etc.

- L'égalité des droits sociaux

En matière des droits sociaux, il n'existe aucune discrimination de droit pour accéder à la santé, adhérer et faire partie des représentations collectives des travailleurs et du patronat et bénéficier de la protection sociale à condition de satisfaire les conditions requises.

La protection de la maternité a été renforcée par l'adoption de plusieurs dispositions, dont notamment le rallongement du congé de maternité qui est passé de 12 à 14 semaines, conformément aux dispositions de l'OIT en ce domaine, sauf stipulations plus favorables dans le contrat de travail, la convention collective ou le règlement intérieur.

Les femmes et les hommes ont des droits égaux pour décider des questions liées à la planification familiale et d'avoir accès aux informations et moyens disponibles en ce domaine.

La nouvelle législation régissant la kafala, autorise la femme célibataire à recueillir un enfant, alors que cette possibilité n'était reconnue qu'aux personnes mariées.

Les droits sociaux et économiques relatifs aux droits des femmes se traduisent de manière explicite dans les différents codes d'obligation et de droit (66).

VII- Stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes

Devant les préoccupations, liées à la violence dirigée contre des catégories vulnérables telles que les femmes, les enfants et les personnes handicapées, le Ministère délégué Chargé de la Famille et de la Condition Féminine, s'est attelé à élaborer une stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes dans le cadre d'un accord pour la réalisation d'un projet portant essentiellement sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes à travers l'approche cycle de vie, entre le ministre délégué, chargé de la Famille et de la Condition Féminine et le Système des Nations Unies (UNIFEM, UNFPA et UNICEF) signé au mois de septembre 2005 (80).

En effet, la stratégie nationale s'appuie sur le cadre référentiel suivant:

- ✓ L'Islam, qui incite à la Justice, l'équité et l'égalité,
- ✓ Constitution, qui reconnaît l'égalité entre les citoyens et les citoyennes
- ✓ Un certain nombre de principes et de programmes tels que le programme du Gouvernement, les programmes de développement (2004-2009), et enfin la déclaration du millénaire et ses objectifs (2000-2005.)

- ✓ La capitalisation des expériences précédentes et initiatives nationales (80).

1- La vision

La stratégie nationale adopte une vision spécifique articulée autour de trois critères pour définir la VFG et la différencier des autres formes de violence :

- ✓ Il s'agit de la violence exercée contre la femme parce qu'elle est femme (discrimination sexuelle),
- ✓ Elle est le résultat d'une relation déséquilibrée de pouvoir (homme/autorité-femme /soumission.) C'est le résultat de la répartition des rôles et des statuts entre les hommes et les femmes,
- ✓ A cause de cette répartition du pouvoir, la société s'explique de la violence et parfois la justifie : c'est la tolérance sociale.

2- Objectif général

Le but essentiel d'élaboration et de mise en œuvre de cette stratégie est de contribuer au développement humain durable et à la réalisation des droits de la personne, de l'égalité et de l'équité entre les citoyennes et les citoyens par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence contre les femmes, à travers le cycle de vie (80).

3- Objectifs spécifiques

Les objectifs et résultats peuvent être résumés comme suit :

- La mise en place de systèmes et de moyens pour une prise en charge physique, psychique, sociale et juridique de la violence fondée sur le genre, à toutes les étapes de la vie de la femme,
- La conscientisation et la sensibilisation de la société et ses institutions dont la famille, l'école et les médias,

- L'habilitation familiale et communautaire et l'insertion et réinsertion sociale et économique des femmes survivantes à la violence,
- La création de coalitions en vue d'appuyer les changements nécessaires pour lutter contre les différentes formes de discrimination et de violence et d'assurer l'égalité des droits au niveau de la conception et de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des lois, La participation de l'homme dans le développement durable, la concrétisation des droits de l'individu et l'égalité entre les citoyennes et les citoyens (80).

4- Domaines d'intervention

Domaine I : Rencontres interpersonnelles et services appropriés et diversifiés

- Garantir la sécurité et la protection des FVVs
- Assurer une prise en charge appropriée par le personnel de santé
- Garantir une protection légale et une assistance juridique;

Domaine II : Mobilisation Communautaire

- Mobilisation et Sensibilisation communautaire :
- Organisation de la solidarité nationale et communautaire
- L'auto- habilitation des femmes et des filles et leur réinsertion économique et sociale
- Protection de la petite fille et l'adolescente contre la violence fondée sur le genre, la sensibilisation de la société et de ses institutions dont la famille, l'école et les médias; développer des programmes qui puissent assurer la protection et l'autonomisation de ces femmes.

Domaine III : Actions des coalitions politiques

- Mise en œuvre de mesures, procédures et réformes sur les plans Juridique- légal, institutionnel et des politiques.
- Créer des coalitions/alliances et conduire un Plaidoyer pour le changement (80).

5- Les mesures à prendre

o Les mesures préliminaires

- Mettre en place un réseau national pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes/VFG

- Installer la Commission Nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (CNLCVF),

- Présenter la stratégie et la faire approuver par la Commission Nationale de LVCF

- Présenter la stratégie et la valider par les secteurs concernés et par la société civile : au niveau national, régional et local.

o Les mesures d'appui

- Inscrire la stratégie comme programme d'action intersectoriel à prendre en charge dans le cadre de la Loi de Finances

- Renforcer les capacités pour la mobilisation des fonds auprès des institutions nationales et internationales.

o Les mesures de mise en œuvre

- Elaborer un plan d'action sectoriel par domaine et sous-domaine d'intervention,

- Finaliser le budget de la stratégie nationale et pour chaque secteur,

- Mettre en place un système de suivi et évaluation : mécanismes et indicateurs (80).

6- Les perspectives futures

Concernent l'opérationnalisation de la stratégie au niveau national, régional et sectoriel grâce à un plan Quinquennal de Travail (2007-2011) intégrant des interventions prioritaires ayant pour objectif:

- Le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des différents partenaires;

- Une meilleure prise en charge des femmes victimes de la violence (FVVs).

Les résultats escomptés:

- Le développement et la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre la VFG Consolidés en plan opérationnel national:
- Élaboration / mise en œuvre d'une stratégie de communication / sensibilisation et de plaidoyer et de mobilisation sociale pour la prévention et la lutte contre la VFG;
- Elaboration/ mise en œuvre d'une stratégie pour la mobilisation des ressources au niveau national et international.
- La réussite de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale et les plans d'actions reste tributaire des de l'engagement des acteurs et des intervenants dans ce long processus de changement et de développement, et bien évidemment de la mobilisation des moyens mis à la disposition de la mise en œuvre de cette stratégie (80).

IX- Modèle de stratégie internationale de prévention des violences contre la femme

Pour relever le défi que constitue l'élimination de toute violence à l'égard des femmes au sein de la famille, de la communauté et de l'état, il est nécessaire et possible de mettre au point une approche globale et multidisciplinaire. Le principe de l'égalité et du partenariat entre hommes et femmes et le respect de la dignité humaine doivent prévaloir dans tous les aspects de la vie en société. Il faudrait que les systèmes éducatifs favorisent le respect de soi, ainsi que le respect mutuel et l'esprit de coopération entre les femmes et les hommes.

1- Obstacles à l'élaboration de stratégies d'intervention spécifiques

Faute de données et de statistiques fiables, ventilées par sexe, sur l'incidence de la violence, il est difficile d'élaborer des programmes et de suivre l'évolution de la situation. La pénurie, voire l'absence totale de documents et d'études sur la violence au sein de la famille, le harcèlement sexuel et la violence dont les femmes et les petites filles sont victimes dans la vie

privée et publique, notamment sur le lieu de travail, fait obstacle à l'élaboration de stratégies d'intervention spécifiques. L'expérience acquise dans un certain nombre de pays montre que les hommes et les femmes peuvent être mobilisés pour lutter contre la violence sous toutes ses formes, et qu'il est possible de prendre des mesures d'ordre public efficaces pour s'attaquer tant aux conséquences qu'aux causes de la violence. Pour changer les choses, il est indispensable d'obtenir l'appui d'associations masculines déterminées à lutter contre les violences qui s'exercent en fonction du sexe.

2- Modèle de l'UNIFEM

La lutte contre la violence est l'une des principales préoccupations de l'UNIFEM, étant donné que la violence à l'égard des femmes est un problème universel et l'une des violations les plus courantes des droits humains. Une femme sur trois subira une forme quelconque de violence dans sa vie, ce qui constitue une épidémie qui détruit des vies, divise les communautés et freine le développement. Des progrès ont été réalisés, bien sûr, au cours de ces dix dernières années dans la lutte contre ce fléau, mais l'ampleur de son horreur est généralement méconnue. La traite mondiale des femmes et des jeunes filles en est une nouvelle dimension.

L'UNIFEM s'efforce sur plusieurs fronts de briser le cycle de la violence à l'égard des femmes, en cherchant à relier la violence à la source qui l'alimente : l'inégalité entre les sexes.

L'UNIFEM accentue le poids de ses stratégies novatrices par des campagnes de sensibilisation et des partenariats avec les gouvernements, les associations féminines et d'autres éléments du système des Nations Unies (81).

2-1- Législation de protection et actions au niveau national :

L'UNIFEM travaille, avec des partenaires dans plusieurs pays, à la mise en place de structures juridiques pour lutter contre la violence. Toutefois, aussi complètes qu'elles soient, les lois doivent se concrétiser par des actions précises au niveau national, ce qui explique que l'UNIFEM mène également des activités dans ce domaine.

2-2- Mesure du problème :

L'UNIFEM est à l'avant-garde de l'appui à la collecte de données et de la recherche relative à la violence contre les femmes. Sans l'UNIFEM, une bonne partie de cette information n'existerait pas, de sorte qu'il serait impossible de saisir l'ampleur du problème ou de concevoir les moyens de l'enrayer.

2-3- Prévention :

Des stratégies visant à arrêter la violence avant qu'elle ne se manifeste sont indispensables, mais les ressources nécessaires font défaut et les stratégies ne sont pas suffisamment en évidence. L'UNIFEM soutient les initiatives de prévention, au niveau local et international, notamment dans les situations de conflit et de post conflit, lorsque la violence à l'égard des femmes est généralisée et est à son point culminant.

2-4- Appui aux organisations féminines :

Les organisations féminines ont mis au point certaines des réponses les plus novatrices et les plus efficaces face à la violence, bien souvent dans des sociétés où le problème serait sans cela largement passé sous silence. L'UNIFEM aide à attirer l'attention et à mobiliser les ressources concernant ces actions, et fait entendre collectivement les voix des militantes à travers les pays et sur la scène internationale.

2-5- Soutien aux actions visant à éliminer la violence à l'égard des femmes:

L'UNIFEM abrite le Fonds d'affectation spéciale, qui subventionne des projets novateurs de lutte contre la violence; ces projets sont exécutés par des organisations communautaires, nationales et régionales. Grâce à des apports relativement modestes, les bénéficiaires ont promulgué de nouvelles lois, formé des membres de la police et amené la population masculine à mettre un terme à la violence.

Le Fonds d'affectation spéciale réunit et diffuse par ailleurs des informations au sujet de stratégies efficaces pouvant être reproduites ou appliquées à une plus grande échelle.

2-6- Programmes dans le monde entier

L'UNIFEM favorise l'autonomisation des femmes, leurs droits et l'égalité des sexes au niveau mondial à travers ses 15 bureaux sous-régionaux et deux bureaux nationaux qui appuient des programmes nationaux et multinationaux.

L'Afrique

En Somalie, après que l'UNIFEM ait distribué des documents de sensibilisation et tenu une session de formation intensive du système judiciaire pendant trois mois, l'Assemblée des chefs traditionnels est allée à l'encontre de la coutume en condamnant le mariage forcé des victimes de viol. En Ouganda, une initiative financée par le Fonds d'affectation spéciale a collaboré avec la police pour mettre sur pied des unités spéciales d'enquête sur les cas de violence, en établissant une coordination avec les dirigeants communautaires et en sensibilisant les communautés. Au niveau régional, l'aide du Fonds d'affectation spéciale à FEMNET a abouti à la création d'un réseau masculin visant à combattre la violence à l'égard des femmes et à encourager l'égalité des sexes.

Les États arabes

L'UNIFEM s'est allié au Programme des Nations Unies pour le développement et au Fonds des Nations Unies pour la population pour apporter son appui à une stratégie nationale de lutte contre la violence sexuelle au Maroc. Cette action a abouti à des modifications du Code pénal, qui est désormais plus sévère en matière de violence familiale et de viol. L'ONU et les donateurs bilatéraux recourent également à cette stratégie pour coordonner leurs actions de lutte contre la violence dans le pays.

L'Asie et le Pacifique

L'UNIFEM a contribué à la création de centres de consultations post-traumatiques sur les réseaux de la traite des femmes au Bangladesh, en Inde et au Népal, ainsi qu'à la création de comités de lutte dans les villages et qui informent les victimes des possibilités d'assistance. En République populaire démocratique du Laos, le Fonds d'affectation spéciale a aidé le syndicat des femmes à réunir des preuves irréfutables de l'ampleur de la violence sexuelle, et le

gouvernement a demandé au syndicat de rédiger une proposition de loi sur la violence familiale et elle a été adoptée. En Chine, des subventions du Fonds d'affectation spéciale ont permis de reproduire des centres et foyers d'accueil pilotes dans plusieurs provinces, et ont encouragé les pouvoirs publics à mettre sur pied un groupe national afin de coordonner les actions de défense des femmes et des enfants

L'Europe centrale et orientale et la Communauté des États Indépendants

Dans la Communauté des États Indépendants, une campagne de sensibilisation à la violence a touché des millions de personnes et a permis de réunir pour la première fois des données comparables, au niveau régional, sur la violence dans neuf pays. En Lettonie et en Russie, l'UNIFEM a formé des spécialistes de la lutte contre la traite des personnes et a élaboré un manuel pour la prévention de la traite des jeunes.

L'Amérique latine et les Caraïbes

L'UNIFEM, l'Organisation panaméricaine de la santé et d'autres partenaires ont collaboré à un projet régional dont les principaux éléments formeront la base des réformes juridiques visant à lutter contre la violence sexuelle. Au Pérou, l'UNIFEM a fourni une aide aux victimes de viols commis durant le conflit interne, notamment en amenant les hommes des communautés touchées à aider les victimes à surmonter leurs traumatismes psychologiques.

Au niveau mondial

Un rapport d'UNIFEM intitulé "Not a Minute More: Ending Violence Against Women" (Pas une minute de plus : mettre un terme à la violence à l'égard des femmes) présente un aperçu de l'action que mènent les femmes dans le monde entier pour enrayer la violence familiale. Lancé à l'ONU et distribué dans le monde entier, ce rapport souligne la gravité du problème et démontre la nécessité de mobiliser davantage de ressources et de continuer la lutte (81).



CONCLUSION

Des millions de femmes à travers le monde, quels que soient leur condition socio-économique et leur niveau d'instruction, la culture et la religion à laquelle elles appartiennent, sont victimes d'actes de violence qui les empêchent de participer pleinement à la vie de la société. La violence à l'égard des femmes prend de multiples formes, mauvais traitements dans la famille, viol, excision, mariage d'enfants, pour n'en citer que quelques-uns qui constituent autant de violation des droits les plus élémentaires de la personne humaine.

La violence à l'égard des femmes et des filles est un problème à dimension universelle. En effet, au moins 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 vie. Généralement, l'auteur de cette violence est une personne connue de la victime. Les statistiques décrivent une situation effrayante en termes de conséquences sociales et sanitaires de la violence contre les femmes. Selon les appels téléphoniques adressés au numéro vert, la violence est présente sur tout le territoire marocain, avec toutefois une hausse de fréquence et d'acuité dans les grandes villes. Il est important de souligner que la violence revêt différentes formes : psychique, physique, économique, sexuelle et juridique. Notons que la violence conjugale occupe la première place avec un pourcentage de 82,1%. Les statistiques indiquent que 77,5% des femmes violentées par leurs maris sont des femmes au foyer. Après la violence conjugale, vient la violence sexuelle avec un pourcentage de 33,7%. La violence familiale occupe enfin la dernière place avec 31,4%.

Notre étude a montré que les femmes fréquemment exposées à la violence sont mariées (89,21 %) et que l'agresseur est souvent le mari (81,13%).

Le gouvernement marocain conscient de l'impératif de lutter contre toute formes de discrimination, a mis en œuvre les reformes nécessaires, y compris législatives en vue de consacrer les droits humains et les libertés fondamentales de la femme. Plusieurs actions ont été initiées et ont abouti à l'adoption de politiques, stratégies et programmes pour accompagner et appuyer le processus de changement avec un partenariat dynamique comprenant les institutions et organisations de la société civile et les partenaires internationaux.



ANNEXES

Fiche d'exploitation des données :

Femmes victimes de violence

Questionnaire :

1-Age:-----ans.

2-Milieu : Rural Urbain Bidon villes SDF

3-Statut matrimonial: Mariée Divorcée Veuve

4-Ancienneté du mariage :

5-Nombre d'enfants:-----.

6-Le travail : Oui ----- Non

7-Niveaud'instruction : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire

8-Accompagnant. -----

9-PEC par une association : Oui ----- Non

10-Type d'agression : Physique Sexuelle Psychique

11-Usage d'arme blanche Oui ----- Non

12-Lieu d'agression -----

13-chronicité de l'agression -----

14-Agrésseur-----

15-Äge de l'agresseur-----

16-Cause de l'agression-----

17-Incapacité totale temporaire (ITT).

18-Classification des lésions.

- parties molles-----

- os-----

- viscères -----

Modèle de certificat médical pour violence physique

Je soussigné (e)..... docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour.....

Madame.....

Née le.....domiciliée à.....

Elle déclare avoir été victime de.....

le....., à.....

se plaint de

Elle présente à l'examen somatique :

Les examens complémentaires pratiqués :

Sur le plan psychologique, elle présente :

En conclusion, Madame.....présente des traces de violences et une réaction psychique compatible avec l'agression qu'elle dit avoir subi. L'incapacité de travail personnel (ITP) pourrait être de.....

.....jours, sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Signature:

Modèle de certificat médical pour violence sexuelle

Je soussigné(e)....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour.....

Madame.....

Née le , domiciliée à.....

Elle déclare avoir été victime d'une agression sexuelle le (heure, jour, mois, année).....

à (lieu)..... par (inconnu ou personne inconnue).....
se plaint de.....

.....Elle présente à
l'examen somatique : (donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymose, érosions cutanées, traces de griffure, morsures, strangulation, tuméfaction, brûlures.....indiquer leur siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité).....

.....
L'examen génital : (signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques).

L'examen anal : (lésions traumatiques décelables)

Les examens complémentaires pratiqués : (nature, siège et nombre d'écouvillons).....

Evaluer le risque de grossesse:

Sur le plan psychologique, elle présente:.....

.....
En conclusion, Madame.....présent des traces de violence et une réaction psychique compatible avec l'agression qu'elle dit avoir subie.

L'incapacité de travail personnel (TTP) pour les violences physiques pourrait être de.....jours, sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Signature



RESUMES

Résumé

Au Maroc, malgré les efforts déployés par le gouvernement, et malgré l'émergence d'un mouvement associatif qui lutte contre le phénomène de violence à l'égard des femmes, la situation reste alarmante.

Pour Etudier les caractéristiques épidémiologiques de la violence à l'égard des femmes dans la région de Marrakech, nous avons mené une étude rétrospective de 371 cas, au niveau de la cellule d'accueil des enfants et femmes victimes de violence aux urgences du CHU Med VI. L'étude s'est étalée sur une période d'un an, du 1er Janvier au 31 Décembre 2005

Notre étude a montré que l'age des victimes s'échelonnait entre 18 et 66 avec une moyenne d'age de 32,68 %. Ainsi, la tranche d'age de 31-40 ans représentait 43.5% de notre échantillon. Sur les 371 victimes, 80,86% habitaient en milieu urbain.

La majorité des victimes était mariée, soit 89.21% des cas.

Les femmes qui travaillent représentent 17,78 %, alors que 20,48% sont des femmes au foyer.

27,22% des victimes étaient pris en charge par une association.

La violence physique était retrouvée dans 94.87 %des cas.

Notre étude a montré que la violence à domicile est la plus fréquente, soit 77.08%de notre série. Sur les 371 victimes de notre échantillon 307 étaient agressée par leur mari soit 81.13% des victimes. Les traumatismes craniofaciaux sont les plus fréquents, soit 47,70%, suivis des traumatismes des membres, soit 26,41%.

Les lésions des parties molles sont les plus fréquentes, soit 23,98% pour les contusions, 17,78%pour les ecchymoses, et 17,78%pour les plaies. Les lésions osseuses sont moins fréquentes, soit 3,50%.

Les coups et blessures ayant entraîné une ITT entre 11-20j sont les plus nombreux dans notre échantillon, Soit 53,36% de l'échantillon, puis les violences qui ont engendré une ITT entre 21 et30j avec un pourcentage non négligeable soit, 23,18% de l'échantillon.

Summary

Despite the efforts done by the government, In spite of an up - to -date emergence of an associative movement which has as main purpose the struggle against women abuse in Morocco , the situation still remains alarming.

To study the epidemiologic characteristics of women abuse in the region of Marrakech , a 371 - case- retrospective research was undertaken at the level of the cell of the accommodation of the children and women victims of abuse in the emergency of Mohamed VI university clinic hospital the study stretched out over a whole - year period , namely from January 1st till December 31st 2005.

The outcome showed that the average rate of the victims aged between 18 and 66 was 32.68%.whereas , the percentage of those aged between 31 and 40 was a little higher as it represented 43.5% .

Among the 371 victims 80.86% lived in urban areas , and 89.81% of them were married working women represented 17.78 % however , 20.48% were housewives . Only 27.22% of the victims were taken care of by an association.

Physical violence was mostly prevailing as 94.87% of the cases under study signaled that they were subject to different types of physical mutilations henceforth ,77.08% of them suffered from domestic abuse , and 307 cases 81.13% declared that they endured spousal abuse as they were aggressively beaten by their husbands .

Most frequent were the craniofacial traumatisms which attained 47.70% followed by the traumatisms of other elements of the body with a proportion of 26.41% the damages and lesions of the vulnerable parts of the body were also vividly perceived , as contusions marked 23.98% bruises and wounds recorded were 17.78% for each s for broken bone damages they were negligible with only 3.5 % .

The blows and injuries having caused a serious temporary or total work incapacity (TWI) period between 11 and 20 days were numerous in the study and surpassed 53.36%

of the sample however ,those provoking a longer TWI period , from 21 up to 30 days recorded a substantial percentage of 23.18% .

. 2005	31			
32.68		66	18	
% 80.86		% 43.5	40	31 %
		% 89.81		
	%27.22		%20.48	%17.78
				. %94.87
%77.08				
		307		371
				. % 81,13
%47.70				
			%26.41	
%17.78		%17.78		%23.98
			. %3.50	
%56.36			20	11
	%23.18			30 21



REFERENCES

- 1- **Fédération internationale des droits de l'homme.**
La violence contre les femmes dans la région euroméditerranéenne depuis Novembre 1995. Magreb & moyen -orient 15 Novembre 2000. www.fidh.org

- 2- **Roger. Hernion et al.**
Rapport au ministère chargé de la santé français, Février 2001. www.santé.gov.fr.

- 3- **Gilliose. I, De Puy. J, Ducret. V.**
Domination et violence envers la femme dans le couple.
Lausanne : Payot.1997:32.

- 4- **Litke. R.**
Violence et pouvoir.
Revue Internationale des Sciences Sociales 1992;132 :173.

- 5- **OMS.**
Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002.

- 6- **Larivey. M.**
La puissance des émotions : comment distinguer les vraies des fausses.
Montréal (Québec): Les éditions de l'hommes.2002.

- 7- **khoubila. A.**
La violence.
Espérance médicale. 2006 ;13(130) :444- 445.

8- Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.
A/RES/487104,1994.

9- Benhadid. F.

Violence contre les femmes, violence fondée sur le genre:cadre conceptuelle et contexte international.

UNFPA CST Novembre 2005.

10- UNFPA.

Gender based violence. UNFPA Gender ThemeGroupe1998.

11- Heise, L.

Violence against Women: the hidden Health Burden,
World Bank Discussion Paper (Washington, D.C., the World Bank, 1994).

12- Garibay West. CG, Fernandez. A, Hillard. JR, Schoof. M.

Psychiatric disorders of abused women at a shelter,
psychiatric Quarterly, 1990; 61(4):295-301.

13- Anonyme

Gouvernement du Québec. Politique d'intervention en matière de violence conjugale.
Prévenir, dépister, contrer 1995.

www.inspq.qc.ca/violence_conjugale/fac/femme.asp?id=21

14- Arseneau. L et al.

La violence conjugale.

Activité de sensibilisation 2005. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-nationale. www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/fac/femme.asp?id=21

15- Roy. B, Rondeau. G.

Le contrôle exercé sur la conjointe : comparaison de quatre groupes d'hommes. Criminologie.1997 ; 30 (2).

16- Arseneau. L, Lampron. C, Levaque. R, Paradis. F.

Le vécu des enfants exposés à la violence conjugale.

Activité de sensibilisation. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/fac/enfants.asp?id=21

17- Lozano-Ascencio R.

La violence exercée par des partenaires intimes. Rapport mondial sur la violence et la santé 2002 :97-135. Genève : Organisation mondiale de la santé.

18- Johnson. H.

Les sévices physiques durant la grossesse. Agence de santé publique du Canada février 2004. www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/factshts/abuseprg_f.html .

19- Riou.D, A. Rinfret-Raynor. M, Cantin. S.

La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998. Montréal 2003, QC : Institut de la statistique du Québec.

20- Mihorean. K.

La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005 p13-34. Ottawa, ON : Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue numéro 85-224-XIF.

21- Paradis. F, Levaque. R. Théorêt. J, Langlois. L.

Intervention auprès des victimes de violence conjugale. Trousse de formation à l'intention des médecins en médecine familiale (2e édition) 2004. Beauport : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction de santé publique.

22- Jaffe. P, Suderman. M.

Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et services sociaux 1999. Unité de prévention de la violence familiale, Santé Canada.

23- Amnistie internationale.

Violence contre les femmes. Faits et chiffres : synthèse.
www.web.amnesty.org/library/index/fraACT770342004

24- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1.6juillet2006.

25- Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

Recommandation 1582 sur la violence familiale à l'égard des femmes.2002.

26- Banque mondiale.

Rapport sur le développement dans le monde 1993. New York, Oxford University Press.

27- ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM.

Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. 2004.

Genève et New York: 47-48.

28- Centers for Disease Control and Prevention.

Costs of Intimate Partner Violence against Women in the United States. Atlanta. 2003.

29- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1.6juillet2006.52.

30- Moreno. G.

WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, Genève, OMS. 2005.

31- Krug.E.G.

World Report on Violence and Health. Genève, OMS, 2002:90-91.

32- American Institute on Domestic Violence.

Domestic Violence in the Workplace Statistics. 2001

33- Krug. E G.

World Report on Violence and Health. Genève, OMS. 2002:93.

34- Diniz. SG, d'Oliveira A F.

Gender violence and reproductive health.

International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1998;63(1):34.

35- Lafrenière. J.

Uncounted and Discounted. UNIFEM Afghanistan, A Secondary Data Research Project on Violence against Women in Afghanistan.2006.31.

36- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes: Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1.6juillet2006.52.

37- José Alcalá. M.

L'état de la population mondiale. Lapromesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement. UNFPA,2005.65.

38- Halperin. D.

Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross-sectional survey. British Medical Journal,1996;312:1326-9.

39- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6juillet 2006.41.

40- Coomeraswamy. R.

Intégration des droits fondamentaux des femmes et l'approche sexospécifique : violence contre les femmes. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Pratiques culturelles au sein de la famille qui constituent des formes de violences contre les femmes. E/CN.4/2002/83. 31janvier2002.19.

41- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6juillet2006.39.

42- Coomaraswamy. R.

Intégration des droits fondamentaux des femmes et l'approche sexospécifique : violence contre les femmes. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Pratiques culturelles au sein de la famille qui constituent des formes de violence contre les femmes. E/CN.4/2002/83. 31janvier2002.10.

43- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du secrétaire générale. A/61/122/Add. 1. 6juillet2006.40.

44- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6juillet 2006.90.

45- Carrin. B B, Lacroix. A L.

Organisation mondiale contre la torture. La violence à l'égard des femmes: rapport 1999. Genève, OMCT.

46- Anonyme.

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

47- Anonyme.

BBC News, Dhaka, Roland Buerk. Bangladesh's Acid Attack Problem, 28 juillet 2006.

48- UNFPA.

L'état de la population mondiale.2000.

49- Coomaraswamy. R.

Intégration des droits fondamentaux des femmes et l'approche sexospécifique : violence contre les femmes. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Pratiques culturelles au sein de la famille qui constituent des formes de violence contre les femmes. E/CN.4/2002/83. 31 janvier2002.12.

50- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6juillet2006.42.

51- Krug et al.

World Report on Violence and Health. 2002 Genève, OMS :93.

52- Anonyme.

Le mariage précoce dans le contexte des droits de l'homme — information de base établie pour la réunion du 10 mai par le Groupe de travail relatif aux filles de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée aux enfants, 8-10 mai 2002.

53- Ertürk. Y.

Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique : violence contre les femmes. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Addendum. Mission de l'Afghanistan. E/CN.4/2006/61/Add.5. 15 février 2006:7-8.

54- UNESCO.

Trafficking Statistics Project. 2004.

http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/culture/Trafficking/project/Graph_Worldwide_Sept_2004.pdf

55- José Alcalá. M .

L'état de la population mondiale. Vers l'espoir. Les femmes et la migration internationale. UNFPA, 2006.

56- Assemblée générale des Nations Unies.

Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6 juillet 2006.43.

57- UNIFEM.

Une vie sans violence, c'est notre droit! Fonds d'affectation spéciale pour mettre un terme à la violence à l'égard des femmes : 10 années d'investissement, 2007 :14-15.

- 58- Maman. S, Mbwambo. J, Hogan. M, Kilonzo. G, Sweat. M, Weiss. E.**
HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counselling and Testing Programs in Dar es Salaam, Tanzania. New York, The Population Council Inc. 2001: 30.
- 59- ONUSIDA.**
Enquêtes démographiques et de santé pour les années 2000–2005.
<http://www.measuredhs.com/>
- 60- Fleischman. J.**
Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for US Policy from Zambia and Kenya 2005. Washington, The Center for Strategic and International Studies.
- 61- Rehn. E, Sirleaf Johnson, E.**
The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and the Role of Women in Peace-building, Le progrès des femmes à travers le monde, vol. 1, UNIFEM.2002
- 62- Assemblée générale des Nations Unies.**
Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes : Rapport du Secrétaire général. A/61/122/Add.1. 6juillet 2006.45.
- 63- BIASON. V**
Women in an Insecure World. Centre pour le contrôle démocratique des forces armées.2005.

64- Ertürk. Yakin.

Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique : violence contre les femmes.

Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Addendum. Visite au Darfour (Soudan). E/CN.4/2005/72/Add.5. 23 December 2004. 3.

65- Holmes. J.

ONU. Congo's Rape War. Los Angeles Times, 11 octobre 2007.

66- Anonyme.

Ministère de la santé marocain. Guide de référence Normes et standards pour la prise en charge des femmes et des enfants survivants à la violence 2007

67- ANARUZ, le Réseau National des Centres d'Ecoute des Victimes de Violence.

Haro sur la violence envers les femmes. 2008; www.anaruz.org

68- Anonyme.

Guide : Le praticien face aux violences sexuelles. Direction générale de la Santé, Bureau SD6D, France. Septembre 2001.

69- Bajer B, Khazraï A.

Gynécologie,

DCEM, Estem, 2003,212.

70- Anonyme.

Gestion clinique des victimes de viols – Guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays OMS; 2002.

- 71- Dahir n° 1-59-413 du 26 Novembre 1962 (28 Joumada II 1382) portant code pénale. Bulletin officiel du 5 Juin 1963, page 843.
- 72- Code de déontologie médicale marocain. Bulletin officiel n° 2121 du 19 Juin 1953, page 828.
- 73- Dahir n°1-58-261 du 10 Février 1959 portant code de procédure pénale.
- 74- Onzième Jeudi de l'ordre. Les relations médecine /justice: du conflit à la coopération. Le bulletin de l'ordre des médecins Mai 2001; 5.
- 75- **Francois. I.**
Certificat de coups et blessures. EMC Urgences ,24-400-B-10,1998,p6
- 76- **Debout. M, Durigon. M.**
Médecine légale clinique : médecine et violence Paris : Ellipses .1994.p 13-18 et p85-105.
- 77- **Larche-Mochel. M, Doignon. D, Belooussoff. T.**
Incapacité totale du travail personnel et incapacité totale de travail.
J Méd Lég Droit Méd 1997; 40(5):404-6.
- 78- **Barrot. R.**
Différence entre le critère pénal et le critère civil en matière d'incapacité temporaire. J Méd Lég Droit Méd 1987; 30:299-306.
- 79- **Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées.**
Guide: Plan opérationnel de la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Maroc Juin 2005

80- Ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine marocain.

Stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes. www.ciddef-dz.com/pdf/journees-etudes/pv-journee-information-28janvier-08.pdf.

81- Anonyme.

UNIFEM at a glance. UNIFEM Headquarters, New York, Not a minute more: ending violence against women, 2005. Website: www.unifem.org.