



Amnesty International

DOCUMENT PUBLIC

***Femmes
Violences et santé***

Index AI : ACT 77/001/2005

•
ÉFAI
•

Femmes Violences et santé

Résumé *

Les violences faites aux femmes, jeunes filles et fillettes prennent aujourd'hui l'ampleur d'une épidémie : elles constituent un terrible affront aux droits humains et portent gravement atteinte à la santé publique. Partout dans le monde, des femmes subissent régulièrement des violences sexuelles et des coups infligés par leur partenaire intime, des membres de leur famille, des voisins ou des inconnus. Elles sont aussi victimes de violences liées au genre pendant et après les conflits et les guerres. Ces violences entraînent des atteintes physiques – ecchymoses, fractures, blessures – et parfois même la mort. Mais les conséquences sur la santé des femmes vont au-delà de ces souffrances. Elles ont en effet de profondes répercussions sur le bien-être psychologique des femmes, sur leur santé en matière de sexualité et de procréation, ainsi que sur le bien-être et la sécurité de leur famille et de leur entourage. Ces violences ont un coût humain énorme, ainsi qu'un coût économique.

Il est indispensable de connaître les différentes formes de violences contre les femmes, les contextes dans lesquels elles se produisent et leurs conséquences pour pouvoir apporter à ce fléau une réponse relevant des droits humains ; il faut aussi convaincre les gouvernements que c'est une affaire de santé publique et qu'ils doivent donc y réagir, comme ils le font face à d'autres crises relatives à la santé.

En outre, il s'avère de plus en plus nécessaire de sensibiliser et de former les professionnels de la santé afin qu'ils puissent :

- mieux identifier les victimes et veiller à ce qu'elles reçoivent les soins nécessaires ;
- signaler les victimes de violences aux services d'aide appropriés ;
- contribuer à répondre de manière efficace et adéquate au besoin de sécurité et de justice des femmes ;
- coopérer efficacement avec les autres secteurs de la société pour mieux protéger les femmes et répondre à leurs besoins ;

** La version originale en langue anglaise de ce document a été éditée par Amnesty International, Secrétariat international, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni, sous le titre : WOMEN, VIOLENCE AND HEALTH*

La version française a été traduite et diffusée aux sections francophones et au Secrétariat international par LES ÉDITIONS FRANCOPHONES D'AMNESTY INTERNATIONAL - ÉFAI - avril 2005
Vous pouvez consulter le site Internet des ÉFAI à l'adresse suivante : <http://www.efai.org>

- défendre plus efficacement le droit des femmes au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

En mars 2004, Amnesty International a lancé une campagne de longue durée appelée *Halte à la violence contre les femmes*. Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de cette campagne et étudie les liens entre la violence contre les femmes et la santé de celles-ci. Il est publié à l'occasion du bilan qui va être réalisé pour le dixième anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et va traiter, entre autres thèmes, de la violence à l'égard des femmes et de la santé des femmes. Avec les Objectifs du Millénaire pour le développement, le Programme d'action de Beijing propose des objectifs clairs pour améliorer la santé et les droits fondamentaux des femmes.

Le présent rapport examine les différentes formes que peut prendre cette violence : violences physiques, sexuelles, psychologiques, affectives et privations économiques ou autres. Il étudie également les contextes dans lesquels elle se produit et analyse les risques encourus par certains groupes de femmes spécifiques.

Les conséquences des violences subies par les femmes sur leur santé sont notamment les suivantes : blessures physiques, infections sexuellement transmissibles dont le VIH/sida, autres maladies, troubles mentaux, handicaps, répercussions sur la santé en matière de reproduction ; elles entraînent parfois la mort.

Le présent document traite également des soins médicaux aux victimes de violences, des démarches médicolégales destinées à rendre justice aux femmes et du rôle des professionnels de la santé dans l'action à mener face à la violence contre les femmes.

En conclusion, il adresse quelques recommandations d'action aux gouvernements et aux organismes professionnels.

Femmes Violences et santé

SOMMAIRE

Le problème de la violence liée au genre	4
Les différentes formes de violence contre les femmes.....	6
Les violences physiques	6
Les violences sexuelles.....	6
Le viol	6
Les autres formes de violence sexuelle	7
La violence psychologique ou affective.....	8
Les privations économiques ou autres.....	8
Les contextes de la violence.....	8
La violence domestique.....	9
La violence dans la collectivité.....	10
La violence dans les situations de conflit et d'après-conflit.....	10
La traite et la prostitution forcée.....	12
La violence sexuelle dans l'armée.....	14
Le mariage forcé.....	15
La violence liée à la dot ou au prix de l'épouse.....	15
Les mesures coercitives liées à la santé en matière de procréation.....	16
Les tests de virginité.....	17
Les mutilations génitales.....	18
Les catégories de femmes les plus vulnérables	19
Les détenues.....	19
Les femmes placées dans des institutions.....	21
Les employées de maison.....	22
Les femmes, jeunes filles et fillettes réfugiées et déplacées	22
Les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres	24
Les travailleuses sexuelles	24

** La version originale en langue anglaise de ce document a été éditée par Amnesty International, Secrétariat international, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni, sous le titre : WOMEN, VIOLENCE AND HEALTH*

*La version française a été traduite et diffusée aux sections francophones et au Secrétariat international par LES ÉDITIONS FRANCOPHONES D'AMNESTY INTERNATIONAL - ÉFAI – avril 2005
Vous pouvez consulter le site Internet des ÉFAI à l'adresse suivante : <http://www.efai.org>*

Les conséquences de la violence sur la santé des femmes	25
Les atteintes physiques.....	25
Les maladies.....	27
Le VIH/sida	27
Les autres infections sexuellement transmissibles	31
Les conséquences de la violence sur la santé mentale	32
Dépression, angoisse et peur.....	32
Les changements comportementaux	33
Les réactions de stress post-traumatique.....	33
L'invalidité.....	35
La stérilisation forcée	35
La grossesse	36
La mort.....	38
Les répercussions sur les enfants des violences contre les femmes	40
Les soins aux victimes de violence.....	41
Aspects médico-légaux et recueil d'informations.....	41
Le rôle de la preuve dans les poursuites judiciaires	42
Le rôle des professionnels de la santé	44
La formation des professionnels de la santé.....	45
Le dépistage de la violence domestique.....	46
Le signalement des violences conjugales par les professionnels de la santé devrait-il être obligatoire ?	48
Les répercussions de la violence contre les femmes sur les professionnels de la santé.....	48
Les organismes professionnels.....	49
Conclusion et recommandations.....	50
Les gouvernements.....	50
Les réformes législatives.....	50
Les ressources	51
La formation.....	51
La ratification des instruments internationaux protégeant les femmes.....	52
L'implication des hommes dans le respect, la protection et la promotion des droits des femmes.....	52
Les organismes professionnels.....	52

Les violences faites aux femmes, jeunes filles et fillettes prennent aujourd'hui l'ampleur d'une épidémie : elles constituent un terrible affront aux droits humains et portent gravement atteinte à la santé publique. Partout dans le monde, des femmes subissent régulièrement des violences sexuelles et des coups infligés par leur partenaire intime, des membres de leur famille, des voisins ou des inconnus. Elles sont aussi victimes de violences liées au genre pendant et après les conflits et les guerres. Ces violences entraînent des atteintes physiques – ecchymoses, fractures, blessures – et parfois même la mort. Mais les conséquences sur la santé des femmes vont au-delà de ces souffrances. Elles ont en effet de profondes répercussions sur le bien-être psychologique des femmes, sur leur santé en matière de sexualité et de procréation, ainsi que sur le bien-être et la sécurité de leur famille et de leur entourage. Ces violences ont un coût humain énorme, ainsi qu'un coût économique¹.

Il est indispensable de connaître les différentes formes de violences contre les femmes, les contextes dans lesquels elles se produisent et leurs conséquences pour pouvoir apporter à ce fléau une réponse relevant des droits humains ; il faut aussi convaincre les gouvernements que c'est une affaire de santé publique et qu'ils doivent donc y réagir, comme ils le font face à d'autres crises relatives à la santé.

En outre, il s'avère de plus en plus nécessaire de sensibiliser et de former les professionnels de la santé afin qu'ils puissent :

- mieux identifier les victimes et veiller à ce qu'elles reçoivent les soins nécessaires ;
- signaler les victimes de violences aux services d'aide appropriés ;
- contribuer à répondre de manière efficace et adéquate au besoin de sécurité et de justice des femmes ;
- coopérer efficacement avec les autres secteurs de la société pour mieux protéger les femmes et répondre à leurs besoins ;
- défendre plus efficacement le droit des femmes au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

En mars 2004, Amnesty International a lancé une campagne de longue durée appelée *Halte à la violence contre les femmes*. Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de cette campagne et étudie les liens entre la violence contre les femmes et la santé de celles-ci. Il est publié à l'occasion du bilan qui va être réalisé pour le dixième anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et va traiter, entre autres thèmes, de la violence à l'égard des femmes et de la santé des femmes².

1. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002 ; WATERS, H. et coll., *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.

2. La 49^e session de la Commission de la condition de la femme, du 28 février au 11 mars 2005, va examiner et évaluer la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, adoptés lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995. Le Programme d'action de Beijing met en avant 12 « *domaines prioritaires où l'action s'impose d'urgence* » pour les gouvernements, la communauté internationale et la société civile. Amnesty International met l'accent sur quatre d'entre eux : la violence contre les femmes, les femmes et les conflits armés, les femmes et la santé, et les droits fondamentaux des femmes. Pour en savoir plus sur la position d'Amnesty International au sujet de ce processus d'évaluation, voir le document intitulé [No turning back – full implementation of women's human rights now! 10 year review and appraisal of the Beijing Declaration and Platform for Action](#) (index AI : IOR 41/002/2005).

Avec les Objectifs du Millénaire³ pour le développement, le Programme d'action de Beijing propose des objectifs clairs pour améliorer la santé et les droits fondamentaux des femmes.

Le présent rapport examine les différentes formes que peut prendre la violence liée au genre, les contextes dans lesquels elle se produit et ses conséquences en matière de santé. En conclusion, il adresse quelques recommandations d'action aux gouvernements et aux organismes professionnels.

Le problème de la violence liée au genre

La violence liée au genre⁴ est l'une des nombreuses catégories de violence. La violence au sens large a été définie par l'Organisation mondiale de la santé comme : « *La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations*⁵. »

Dans le même esprit, la violence contre les femmes est définie dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes comme : « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée*⁶ ».

Cette Déclaration précise que la violence liée au genre : « *s'entend comme englobant, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après :*

« *a) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation ;*

« *b) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ;*

« *c) La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce. »*

3. La Déclaration du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le développement ont été adoptés lors du Sommet du Millénaire des Nations unies, en septembre 2000, et vont être évalués lors de la 60^e session de l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2005. Voir <http://www.un.org/french/millenaire/sommet.htm>.

4. La violence liée au genre est la violence « *exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement la femme* ». Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19, 1992, doc. ONU A/47/38, § 6.

5. WHO Global Consultation on Violence and Health, *Violence : a public health priority*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2), cité dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit.

6. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Nations unies, New York, 23 février 1994 (résolution A/RES/48/104), disponible à l'adresse : [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Fr?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Fr?Opendocument).

La violence contre les femmes entraîne tout un ensemble de conséquences physiques et psychologiques (dont des conséquences en matière de santé psychologique et sexuelle) qui ne traduisent pas seulement les effets directs de l'acte violent, mais aussi les liens entre les différentes réactions humaines à la violence. Les violences physiques peuvent ainsi entraîner de graves réactions psychologiques comme la peur, l'angoisse ou la dépression, tandis que les violences psychologiques et sexuelles peuvent être source de symptômes physiques (douleurs dans la poitrine, tachycardie) ou entraîner la personne qui les a subies à adopter certains comportements, par exemple la toxicomanie.

Les normes internationales contre la violence liée au genre

- La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) appelle les États à condamner la violence contre les femmes et à ne pas invoquer de considérations de coutume, de tradition ou de religion pour se soustraire à leur obligation de l'éliminer. Les États doivent mettre en œuvre dans les plus brefs délais et par tous les moyens appropriés une politique visant à éliminer la violence à l'égard des femmes⁷.
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée en 1979, demande aux États de prendre des mesures pour protéger les femmes des violences de toutes sortes survenant au sein de la famille, sur le lieu de travail ou dans d'autres domaines de la vie sociale⁸.
- La Recommandation générale 19 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes fait remarquer que « *la violence fondée sur le sexe [...] compromet ou rend nulle la jouissance des droits individuels et des libertés fondamentales par les femmes en vertu des principes généraux du droit international ou des conventions particulières relatives aux droits de l'homme* » et constitue une forme de discrimination⁹.
- La Déclaration et le Programme d'action de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme (Vienne, 14-25 juin 1993) soulignent « *à quel point il importe de s'employer à éliminer la violence à laquelle sont exposées les femmes dans la vie publique et privée, toutes les formes de harcèlement sexuel, d'exploitation et de traite dont elles sont victimes*¹⁰... »
- Le Programme d'action du Caire (1994) dispose que « *promouvoir l'égalité entre les sexes et l'équité ainsi qu'assurer la promotion des femmes et l'élimination de toutes les formes de violence à leur encontre [...] sont des éléments capitaux des programmes relatifs à la population et au développement*¹¹ ».

7. Article 4 de la Déclaration.

8. Le texte de cette Convention est disponible à l'adresse :
<http://www.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>.

9. Recommandation générale 19, § 7, disponible à l'adresse :
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/index.html>.

10. Programme d'action de Vienne, adopté le 25 juin 1993, chapitre II B 3, article 38,
[http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Fr?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Fr?OpenDocument).

11. Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement (CIPD), 5-13 septembre 1994, Le Caire, Égypte, Programme d'action, Principe 4, voir
<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.add.html>.

- La Déclaration et le Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995) concluent que « *la violence à l'égard des femmes fait obstacle à la réalisation des objectifs d'égalité, de développement et de paix. Elle constitue une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes et empêche partiellement ou totalement celles-ci de jouir de ces droits et libertés*¹²... »
- La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará) [1994] dispose que « *la femme a le droit de vivre dans un climat libre de violence, tant dans sa vie publique que dans sa vie privée*¹³ ».
- Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes, adopté par l'Union africaine en 2003, dispose que « *toute femme a droit au respect de sa vie, de son intégrité physique et à la sécurité de sa personne. Toutes formes d'exploitation, de punition et de traitement inhumain ou dégradant doivent être interdites*¹⁴. »

Les différentes formes de violence contre les femmes

La violence contre les femmes peut prendre des formes très variées.

Les violences physiques

Les violences physiques liées au genre dont les femmes sont victimes prennent la forme, entre autres, de gifles, de coups de poing ou de pied, de strangulations, de coups de bâton, de gourdin ou de fouet, de brûlures, d'attaques à l'acide et de mauvais traitements répétés, et peuvent aller jusqu'à l'homicide¹⁵.

Les violences sexuelles

Le viol

Les définitions du viol varient selon les textes juridiques¹⁶. Toutefois, au cours de ces dix dernières années, la définition et la conception du viol ont évolué de façon remarquable dans le droit international. Comme l'a fait remarquer Radhika Coomaraswamy, alors rapporteuse spéciale des Nations unies sur la violence contre les femmes¹⁷, « *sont désormais expressément interdits [par le Statut de Rome de la Cour pénale internationale] tous les types de violence sexuelle contre les femmes en temps de guerre* ». En particulier, « *le viol [...] et toute autre forme de violence sexuelle de gravité comparable sont des crimes contre l'humanité*

12. Programme d'action de Beijing, chapitre D : La violence à l'égard des femmes, § 112, voir <http://www.un.org/french/womenwatch/aconf17720.pdf>.

13. Article 3, voir <http://www.cidh.oas.org/Basicos/frbas8.htm>.

14. Article 4. Ce Protocole est disponible à l'adresse http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/Protocole%20sur%20le%20droit%20de%20la%20femme.pdf.

15. Amnesty International, [Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui](#), Londres, 2004, (index AI : ACT 77/001/2004).

16. Voir par exemple l'analyse qui figure dans TEMKIN, Jennifer, *Rape and the Legal Process* (Oxford Monographs on Criminal Law and Criminal Justice), deuxième édition, Oxford University Press, Oxford, 2002. Au minimum, les définitions font en général référence à une pénétration vaginale par un homme sans le consentement de la femme. Cette définition est en train d'évoluer vers une meilleure prise en compte du caractère violent du viol, vers un élargissement de la notion de pénétration sexuelle et vers l'intégration de l'idée que les hommes aussi peuvent être violés.

17. Radhika Coomaraswamy a été rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes, y compris ses causes et ses conséquences, de 1994 à 2003.

*lorsque les éléments constitutifs du crime sont réunis*¹⁸ ». L'article 8 du Statut de Rome permet de même de considérer le viol comme un crime de guerre aussi bien dans les conflits internationaux¹⁹ que dans les conflits internes²⁰. En outre, la définition de la torture donnée à l'article 7 est suffisamment large pour pouvoir englober les actes de violence sexuelle commis par des personnes privées²¹. Radhika Coomaraswamy souligne également que des décisions de justice importantes ont été prises par les tribunaux pénaux internationaux pour le Rwanda et pour l'Ex-Yougoslavie²².

Les droits nationaux ne contiennent pas tous la même notion du viol et n'offrent donc pas tous aux femmes la même protection. Dans beaucoup de pays, les femmes ne sont pas protégées contre le viol au sein du mariage. Dans d'autres, la « *solution* » proposée en cas de viol est que le violeur épouse la victime²³. Même lorsque des réformes positives sont adoptées, la législation ne traite parfois pas de manière appropriée de certains aspects du viol²⁴.

Par ailleurs, Amnesty International et d'autres ONG considèrent aussi que le viol commis ou cautionné par un représentant de l'État est une forme ou une méthode de torture qui cause de graves souffrances et porte atteinte à l'identité et à l'intégrité des femmes. Le viol perpétré par un agent non gouvernemental peut aussi constituer un acte de torture²⁵.

Les autres formes de violence sexuelle

Les femmes sont exposées à diverses autres formes de violence, parmi lesquelles les actes qui figurent dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes citée ci-dessus²⁶.

18. COOMARASWAMY, Radhika, *Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique. Violence contre les femmes*, document E/CN.4/2003/75, 2003, § 17, à propos de l'article 7-1-g du Statut de la Cour pénale internationale.

19. Article 8-2-b-xxii du Statut de Rome.

20. Article 8-2-e-vi.

21. Article 7-2-e.

22. Voir les commentaires sur les affaires *Foca*, *Furundzija* et *Akeyesu*, document ONU E/CN.4/2003/75, § 19 et 20.

23. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002, p. 181.

24. Par exemple, en 2003, une proposition d'amendement de la loi sur les infractions à caractère sexuel en Afrique du Sud révisait la définition du viol de façon à « *inclure la pénétration anale et vaginale, désigner les victimes de viol en des termes non sexués et cesser de mettre l'accent sur l'absence de consentement de la victime pour s'intéresser davantage aux actes commis par l'auteur de l'agression* ». Cependant, Amnesty International et Human Rights Watch se sont inquiétées de ce que la nouvelle loi ne comprenait pas « *la pénétration avec des objets ou des parties du corps autres que les organes génitaux ou la pénétration orale* » et ont recommandé d'inclure ces points dans la définition du viol. Voir [Submission to the Parliamentary Portfolio Committee on Justice and Constitutional Development, Parliament of South Africa, on the draft Criminal Law \(Sexual Offences\) Amendment Bill, 2003, from Amnesty International and Human Rights Watch](#), index AI : AFR 53/006/2003, 15 septembre 2003.

25. Voir les analyses qui figurent dans les documents d'Amnesty International intitulés [Combattre la torture. Manuel pour l'action](#), 2003 (index AI : ACT 40/001/2003) ; [Femmes. Une égalité de droit](#), Londres, 1995 (index AI : ACT 77/001/1995) ; et [Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui](#), Londres, 2004 (index AI : ACT 77/001/2004). Voir aussi PEEL, M., *Rape as a Method of Torture*, Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres, 2004.

26. Les différentes formes de violence sexuelle sont décrites dans le document d'Amnesty International intitulé *Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui*, op. cit.

La violence psychologique ou affective

Les menaces, les propos dévalorisants, le langage sexiste et les comportements humiliants sont des éléments qui interviennent souvent dans la violence contre les femmes et qui peuvent avoir des répercussions sur leur bien-être psychologique ou affectif. Par ailleurs, toutes les formes de violence physique et sexuelle ont aussi des conséquences sur la santé mentale des victimes.

Les privations économiques ou autres

Des millions de femmes dans le monde dépendent des hommes sur le plan économique et en ce qui concerne leur sécurité. Les hommes peuvent donc avoir une influence directe sur leur bien-être en leur donnant ou pas les moyens de se nourrir, de s'habiller et de subvenir à leurs autres besoins quotidiens. Cette influence peut même aller encore plus loin. Ainsi, dans certaines cultures, lorsqu'un homme divorce de sa femme, celle-ci peut se retrouver sans moyens de subsistance et mise au ban de la société. Quand un homme meurt, sa femme peut être contrainte d'épouser le frère du défunt (« *transmission de l'épouse par voie de succession* ») ou de subir l'exploitation ou les mauvais traitements infligés par des membres de la famille de son mari ou du clan. L'équipe spéciale du secrétaire général des Nations unies sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe l'a exprimé clairement :

« Privées du droit exécutoire de posséder ou d'hériter des terres et des biens, les femmes et les jeunes filles se retrouvent dans le dénuement le plus total à la mort de leur mari, de leur partenaire ou de leurs parents ; la pauvreté et la dépendance économique les rendent alors vulnérables à l'exploitation et aux violences sexuelles²⁷. »

Les contextes de la violence

La violence existe dans toutes les sociétés ; ses auteurs comme ses cibles sont divers. Il peut s'agir d'hommes, de femmes ou d'enfants, de jeunes ou de vieux, de personnes affaiblies comme de personnes en bonne santé ; toutefois, ce sont les femmes qui constituent l'écrasante majorité des victimes de la violence liée au genre. Comme l'a écrit Amnesty International lors du lancement de sa campagne sur la violence contre les femmes :

« De la naissance à la mort, en temps de paix comme en temps de guerre, les femmes sont confrontées à la discrimination et à la violence dont se rendent coupables les États, la société ou les familles. L'infanticide des filles prive du droit de vivre d'innombrables êtres humains du sexe féminin. Chaque année, des millions de jeunes filles et de femmes sont victimes de viols ou autres violences sexuelles par des membres de leur famille, d'autres hommes, des agents des forces de sécurité ou des combattants armés. Les femmes sont seules à subir certaines formes de violence comme les grossesses forcées, les avortements forcés, les meurtres par le feu commis par des maris sur la personne de leurs

27. *Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, ONUSIDA, Genève, 2004, p. 35, disponible à l'adresse <http://womenandaids.unaids.org>.

épouses ou les sévices pour des motifs liés à la dot. Quant à la violence domestique [...] elle frappe les femmes de façon [...] disproportionnée²⁸ ».

La violence domestique

Le terme de violence domestique²⁹ fait généralement référence à des actes commis par le compagnon de la victime, qui peuvent aller des agressions verbales ou physiques à l'homicide en passant par les violences sexuelles et le viol conjugal³⁰. Cette forme de violence comprend souvent une composante économique. En général, l'auteur en est un homme et la victime une femme.

« Au sein du foyer, les brutalités sont devenues, pour les Européennes de 16 à 44 ans, la première cause d'invalidité et de mortalité avant même les accidents de la route ou le cancer... »

« Selon les pays, entre le quart et la moitié des femmes sont victimes de sévices. Au Portugal, par exemple, 52,8 % des femmes déclarent avoir été l'objet de violences de la part de leur mari ou de leur concubin. En Allemagne, trois femmes sont assassinées tous les quatre jours par les hommes avec lesquels elles vivaient, soit près de 300 par an. Au Royaume-Uni, une femme est occise dans les mêmes circonstances tous les trois jours. En Espagne, une tous les quatre jours, près de 100 par an. En France, à cause des agressions masculines domestiques, six femmes meurent chaque mois – une tous les cinq jours –, un tiers d'entre elles poignardées, un autre tiers abattues par arme à feu, 20 % étranglées et 10 % rouées de coups jusqu'à la mort³¹. »

Dans toutes les cultures, la violence domestique est une cause importante de morts et de lésions chez les femmes³². Les femmes enceintes ne sont pas épargnées par la violence sexuelle ; plusieurs études montrent l'étendue et les conséquences de la violence du conjoint pendant la grossesse³³. Outre les souffrances physiques et mentales liées à ces violences, les victimes peuvent aussi se sentir réduites au silence – incapables de parler de ce qu'elles vivent à d'autres membres de leur famille ou aux travailleurs sociaux – par peur ou parce qu'elles se sentent responsables de ce qui leur arrive. Elles peuvent également se sentir limitées dans leur capacité de faire changer les choses en raison de leur

28. *Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui*, op. cit., p. 8.

29. On utilise aussi couramment les termes de violence au sein de la famille, de violences conjugales ou de violence du partenaire intime. Les définitions de cette forme de violence se limitent parfois au partenaire, mais peuvent aussi inclure d'autres membres de la famille ou du foyer. Une analyse de ces définitions figure dans le Rapport préliminaire présenté par le Rapporteur spécial chargé de la question de la violence contre les femmes, y compris ses causes et ses conséquences, Mme Radhika Coomaraswamy, conformément à la résolution 1995/85 de la Commission des droits de l'homme, E/CN.4/1996/53, 6 février 1996.

30. BENNICÉ, J.A., RESICK, P.A. "Marital rape: history, research, and practice", in *Trauma, Violence, & Abuse*, 2003, vol. 4, n° 3, p. 228-246.

31. RAMONET, Ignacio, « Violences mâles », in *Le Monde diplomatique*, juin 2004.

32. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., chapitre 4.

33. Voir par exemple COKER, A.L., SANDERSON, M., DONG, B., "Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes", in *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, vol. 18, n° 4, p. 260-269 ; PEEDICAYIL, A., SADOWSKI, L.S., JEYASEELAN, L., SHANKAR, V., JAIN, D., SURESH, S., BANGDIWALA, S.I., IndiaSAFE Group, "Spousal physical violence against women during pregnancy", in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, vol. 111, n° 7, p. 682-687 ; BACCHUS, L., MEZEY, G., BEWLEY, S., "Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health", in *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2004, vol. 113, n° 1, p. 6-11. Voir aussi plus loin, section sur la grossesse.

dépendance financière, de l'attitude réprobatrice de la société ou de leur impuissance.

La violence dans la collectivité

Comme l'a souligné Radhika Coomaraswamy, la collectivité est à la fois un lieu de négation des droits des femmes et un espace nourricier³⁴. Toutefois, le rôle de soutien de la collectivité peut être subordonné au respect par les femmes des notions relatives à « l'honneur » définies par cette collectivité.

« D'où le contrôle que les collectivités exercent sur [le comportement sexuel des femmes]. Une femme dont l'attitude est jugée sexuellement inconvenante selon les normes de la collectivité encourt des sanctions qui vont de l'exclusion au châtiement corporel (flagellation, lapidation, mise à mort). Dans de nombreux cas, les restrictions à la sexualité des femmes, telles que la collectivité les conçoit, sont officialisées par l'État, lequel promulgue des lois et adopte des politiques qui sont l'expression des valeurs communes³⁵. »

La violence dans la collectivité (de même que la violence au sein du foyer) a deux conséquences importantes : les atteintes physiques et mentales qui en résultent et l'affaiblissement du sentiment de sécurité chez les femmes menacées de subir de telles violences. Toutes les femmes peuvent être ou se sentir menacées, mais certaines courent un risque plus élevé que d'autres. Comme nous le verrons plus tard, il s'agit notamment des femmes issues de milieux marginalisés, des femmes jeunes, des femmes placées dans des institutions et des réfugiées.

La violence dans les situations de conflit et d'après-conflit

Les conflits qui se sont déroulés ces dix dernières années dans les Balkans, en Afrique centrale, en Afrique occidentale et dans d'autres régions ont été caractérisés par des niveaux élevés de violence sexuelle et autre contre les femmes et par l'effondrement des systèmes de santé (ou par l'absence de système de santé efficace).

Les femmes sont menacées non seulement sur leur lieu de vie quand un conflit s'y déroule, mais aussi lorsqu'elles fuient les zones de combat³⁶. Ainsi, lors de la série de conflits qui ont fait rage en Afrique de l'Ouest jusqu'en 2002, une femme de trente-cinq ans, qui avait d'abord fui le Libéria, puis la Sierra Leone, pour finalement rejoindre la Guinée a été violée alors qu'elle tentait d'échapper aux

34. Rapport du Rapporteur spécial chargé de la question de la violence contre les femmes, y compris ses causes et ses conséquences, Mme Radhika Coomaraswamy, doc. ONU E/CN.4/1997/47, 1997, § 10.

35. Ibid. § 8.

36. Comité international de la Croix-Rouge (CICR), *Les femmes face à la guerre. Étude du CICR sur l'impact des conflits armés sur les femmes*. Ce rapport souligne que les femmes ne sont pas uniquement des « victimes » ayant besoin d'assistance et de protection. Il rappelle que « des femmes participent aux conflits armés, aussi bien en tant que membres des forces armées régulières ou de groupes armés, que dans les services d'appui. Des femmes interviennent dans la vie politique, dirigent des organisations non gouvernementales, des groupes sociaux et politiques, ou participent activement à des campagnes pour la paix. En tant que membres de la population civile, elles jouent un rôle économique important et souvent crucial au sein de la société et du foyer, elles ont des compétences qui leur permettent de supporter le stress et le fardeau souvent accrus qui leur échoient en temps de guerre. Par exemple, avec de maigres ressources, des femmes ont créé des petites entreprises ou lancé des projets générateurs de recettes dans des communautés dévastées et dans les camps pour personnes déplacées. En temps de guerre, les femmes font preuve d'un extraordinaire courage et d'une formidable force de caractère en tant que survivantes et chefs de famille – un rôle auquel beaucoup n'ont pas été préparées et que les contraintes sociales qui leur sont souvent imposées rendent plus difficile encore à assumer. Les mots "vulnérable" et "victime" ne sont pas synonymes de "femme". » (extrait du résumé analytique, p. 24).

membres de groupes politiques armés et des forces guinéennes. Elle faisait partie d'un groupe de 17 personnes qui avaient fui un camp de personnes déplacées lors de l'attaque simultanée de ce camp par des rebelles et par l'armée guinéenne, en septembre 2000. Le groupe, qui comprenait entre autres la mère de cette femme, âgée de soixante-cinq ans, et ses six enfants, a été capturé par des troupes rebelles qui ont fouillé tous les réfugiés en cherchant de l'argent et des armes et les ont obligés à se déshabiller. Les rebelles ont soumis les femmes à des fouilles vaginales avant de les violer³⁷.

Amnesty International a recueilli de nombreuses histoires similaires de femmes brutalisées alors qu'elles tentaient de fuir le danger en Afrique centrale et occidentale et dans d'autres régions³⁸. De même, l'organisation Médecins sans Frontières (MSF) a témoigné de ce qu'elle avait vu dans son dispensaire de Baraka, dans l'est du Congo.

Les violences sexuelles contre les réfugiées ³⁹	
Phase	Type de violences
Pendant le conflit, avant la fuite	Violences physiques et sexuelles commises par des représentants des autorités ; violences sexuelles commises par des combattants de l'armée gouvernementale ou de l'opposition ou par des civils
Pendant la fuite	Agressions sexuelles par des bandits, des gardes-frontières, des pirates ; enlèvements et vente par des trafiquants
Dans le pays d'asile ou d'accueil	Violences sexuelles par des représentants des autorités ; atteintes sexuelles contre des fillettes dans leur famille d'accueil ; violences domestiques ; agressions sexuelles lors des trajets pour aller chercher du bois, de l'eau, etc. ; faveurs sexuelles extorquées en échange de moyens de survivre
Pendant le retour dans le pays d'origine	Atteintes sexuelles contre les femmes et les jeunes filles ou fillettes séparées de leur famille ; atteintes sexuelles par des représentants des autorités ; agressions sexuelles par des bandits, des gardes-frontières
Au cours de la réinsertion	Atteintes sexuelles à titre de punition ; faveurs sexuelles extorquées en échange de l'obtention d'un statut juridique ; violences conjugales

Entre août 2003 et janvier 2004, ce dispensaire a reçu plus de 550 victimes de violences sexuelles. MSF estime que des centaines d'autres, vivant dans des régions inaccessibles, n'ont pu recevoir aucune aide. Cette organisation donne les éléments suivants : « ...les conséquences médicales de la violence sexuelle sont nombreuses et comprennent notamment une augmentation de la transmission du [VIH] et de graves complications de santé en matière de reproduction. Les

37. Amnesty International, [Guinée et Sierra Leone. Nulle part où aller](#), (index AI : AFR 05/006/2001), octobre 2001.

38. Voir par exemple les documents d'Amnesty International intitulés : [Burundi. Le viol, une atteinte aux droits humains passée sous silence](#) (index AI : AFR 16/006/2004), février 2004 ; [Soudan \(Darfour\). Le viol : une arme de guerre. La violence sexuelle et ses conséquences](#) (index AI : AFR 54/076/2004), juillet 2004 ; [République démocratique du Congo. Violences sexuelles : un urgent besoin de réponses adéquates](#) (index AI : AFR 62/018/2004) ; [Vies détruites, corps brisés : halte aux crimes commis contre les femmes lors des conflits armés](#) (index AI : ACT 77/072/2004), octobre 2004 ; [Les crimes commis contre les femmes lors des conflits armés](#) (index AI : ACT 77/075/2004), décembre 2004.

39 Tableau tiré d'un document du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) intitulé : *Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations: Inter-Agency Lessons Learned. Conference Proceedings, 27-29 March 2001*, Genève, 2001.

angoisses, les cauchemars et les douleurs psychosomatiques ne sont que quelques-uns des problèmes psychologiques rencontrés par les victimes de violence sexuelle. Pour les femmes, le viol est souvent synonyme de rejet par le mari et même par la collectivité dans son ensemble⁴⁰. »

Les femmes qui veulent franchir des frontières sont particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle quand elles tentent de négocier un passage sûr pour elles-mêmes et pour leurs enfants (voir encadré ci-dessus).

Les répercussions négatives des conflits sur la santé, nombreuses pour toutes les personnes concernées, sont particulièrement fortes chez les femmes et les enfants. Dans un récent rapport sur le Burundi, Amnesty International a souligné :

« Les dix dernières années, marquées par l'insécurité, ont eu des conséquences néfastes en matière de santé publique sur différents plans : blessures dues à la guerre, champs et marchés moins accessibles, [...] vulnérabilité aux maladies aggravée par le fait de dormir en plein air, souvent dans le froid et sous la pluie, déplacements répétés, fatigue, malnutrition, pillage des produits pharmaceutiques, violences sexuelles généralisées et transmission consécutive du VIH/sida et d'autres maladies [...], destruction de centres de santé et accès aux soins de santé rendu impossible par l'insécurité⁴¹. »

De nombreux éléments montrent que *« dans bien des pays qui ont connu des conflits violents, le taux de violence interpersonnelle reste élevé même après la cessation des hostilités, notamment parce que la violence est plus acceptée socialement et parce qu'il est facile de se procurer des armes⁴². »*

La traite et la prostitution forcée

La traite des femmes est définie par le Protocole de Palerme⁴³. L'article 3 de ce Protocole contient une définition en quatre points qui évoque la nature du recrutement des victimes de la traite, les notions de tromperie et d'exploitation, la question du consentement et la protection des enfants⁴⁴.

40. MSF, *"I have no joy, no peace of mind": Medical, Psychosocial and Economic Consequences of Sexual Violence in Eastern DRC*, MSF Pays-Bas, Amsterdam, mars 2004.

41. Amnesty International, [Burundi. Le viol, une atteinte aux droits humains passée sous silence](#), (index AI : .AFR 16/006/2004), Londres, 2004.

42. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 16.

43. Protocole additionnel à la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, document ONU A/55/383, 2000.

44. Cette définition est la suivante :

« a) L'expression "traite des personnes" désigne le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes ;

« b) Le consentement d'une victime de la traite des personnes à l'exploitation envisagée, telle qu'énoncée à l'alinéa a) du présent article, est indifférent lorsque l'un quelconque des moyens énoncés à l'alinéa a) a été utilisé ;

« c) Le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil d'un enfant aux fins d'exploitation sont considérés comme une "traite des personnes" même s'ils ne font appel à aucun des moyens énoncés à l'alinéa a) du présent article ;

Les femmes, jeunes filles et fillettes victimes de la traite sont privées de leurs droits humains fondamentaux et exposées à de graves dangers. Pendant leur transfert vers leur pays de destination, elles risquent d'être violées par ceux qui assurent leur transport ou par d'autres personnes ; à leur arrivée, elles risquent d'être violées par leurs nouveaux « propriétaires », qui utilisent le viol comme moyen de contrôle et de contrainte. La violence fait partie intégrante du processus de coercition. Les femmes victimes de la traite se voient infliger de manière répétée des violences psychologiques, qui peuvent prendre la forme d'intimidations et de menaces, de mensonges et de tromperie, de manipulation affective et de chantage, en particulier par le biais de menaces concernant la révélation de la nature de leur travail à leur famille ou la sécurité de leurs proches. Les auteurs de la traite maintiennent les femmes dans l'insécurité en rendant leur vie imprévisible et en les plaçant dans des conditions dangereuses. Une fois arrivées dans leur pays de destination, elles sont exploitées.

Il est évident que cette culture de la contrainte et de la violence, ainsi que la nature des atteintes sexuelles que ces femmes subissent quotidiennement, ont des répercussions sur leur santé⁴⁵. Or, ces femmes qui ont souvent été amenées dans le pays illégalement, qui vivent généralement dans la peur, dans un climat de menaces et de contraintes, peuvent être privées des services auxquels les autres ont accès, notamment de soins médicaux. Selon une étude citée par Amnesty International, 10 p. cent seulement des femmes victimes de la traite au Kosovo ont bénéficié de soins de santé réguliers⁴⁶. Les risques encourus par ces femmes ont des répercussions sur les responsabilités en termes d'éthique professionnelle des défenseurs des droits humains et des professionnels de la santé, qui doivent faire attention à ne pas mettre la sécurité de ces femmes en danger quand ils les interrogent⁴⁷.

« d) Le terme "enfant" désigne toute personne âgée de moins de 18 ans. »

(Voir l'annexe II du document ONU A/55/383, disponible à l'adresse <http://www.unodc.org/palermo/theconvention.html>.)

45. ZIMMERMAN, C., YUN, K., SHVAB, I., WATTS, C. et coll., *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, 2003 ; HYNES, H.P., RAYMOND, J.G., "Put in Harm's Way: The Neglected Health Consequences of Sex Trafficking in the United States", in SILLIMAN, J., BHATTACHARJEE, A. (sous la direction de), *Policing the National Body: Sex, Race, and Criminalization*, South End Press, Cambridge (Massachusetts), 2002.

46. Amnesty International, [Serbie-et-Monténégro \(Kosovo\). « Mais alors, on a des droits ? »](#), [La traite des femmes et des jeunes filles prostituées de force au Kosovo : protéger leurs droits fondamentaux](#) (index AI : EUR 70/010/2004), Londres, 6 mai 2004, p. 25. Une étude de *Physicians for Human Rights* (PHR, Médecins pour les droits humains) sur la situation des femmes et des jeunes filles migrantes et victimes de la traite en Thaïlande a montré qu'elles avaient très peu accès aux soins médicaux. Voir *No Status : Migration, Trafficking and Exploitation of Women in Thailand*, Physicians for Human Rights, Boston, juillet 2004. Parmi les obstacles identifiés par cette étude figuraient le manque de possibilités de consulter des professionnels de la santé, la peur d'être arrêtées et d'autres problèmes liés à la sécurité, au coût du transport et aux distances de trajet. En outre, il s'est avéré que beaucoup de femmes migrantes étaient déjà en mauvaise santé à leur arrivée en Thaïlande (p. 38).

47. OMS, *Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women*, Genève, 2003, disponible à l'adresse <http://www.who.int/gender/documents/fr/index.html>. Des parallèles peuvent être établis avec certains problèmes éthiques qui se posent dans le cadre de la recherche sur les violences conjugales. Voir ELLSBERG, M., HEISE, L., "Bearing witness: ethics in domestic violence research", in *The Lancet*, 2002, vol. 359, p. 1 599-1 604.

La violence sexuelle dans l'armée

Les femmes qui travaillent dans les forces armées risquent de se voir infliger des violences sexuelles par leurs collègues de sexe masculin. Selon les informations disponibles, au moins 37 femmes de l'armée des États-Unis ont demandé une aide psychologique ou d'autres formes d'assistance pour traumatisme d'ordre sexuel auprès d'organisations civiles s'occupant des victimes de viol à leur retour d'Irak, d'Afghanistan, du Koweït et d'autres postes à l'étranger⁴⁸, et plus de 175 cas d'agressions sexuelles ou de fautes commises par des soldats de sexe masculin contre leurs collègues de sexe féminin ont été signalés⁴⁹. Ce problème de violence sexuelle a d'ailleurs été constaté sur une longue période. Ainsi, une étude du *Denver Post* a conclu que « de source militaire, depuis 1992, près de 5 000 membres de l'armée accusés d'infractions sexuelles, dont des violeurs, ont échappé aux poursuites et au risque d'être condamnés à des peines de prison » en recevant des sanctions administratives plutôt que d'être jugés en cour martiale. Les chiffres concernant la marine, l'armée de l'air et les *marines* (infanterie de marine) étaient incomplets ou n'étaient pas disponibles. Le document citait une étude menée par le Pentagone en 1988 selon laquelle plus de 90 p. cent des victimes de harcèlement sexuel au sein de l'armée n'avaient pas signalé les faits, dont certaines par crainte de s'en voir rejeter la responsabilité⁵⁰.

Une étude plus ancienne avait conclu que le harcèlement sexuel contre les femmes dans l'armée était beaucoup plus courant qu'on ne le pensait. Ainsi, sur une population de personnes soignées pour un syndrome de stress post-traumatique, 63 p. cent avaient affirmé avoir été victimes de harcèlement sexuel pendant leur service militaire et 43 p. cent de viol. Le fait d'avoir subi un stress sexuel (pour reprendre le terme utilisé par les auteurs de cette étude) s'est avéré jouer un rôle particulièrement important dans l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique⁵¹. Une autre étude menée aux États-Unis a révélé que, sur plus de 500 femmes interrogées, la moitié avaient subi des violences pendant leur service militaire, dont des viols, des agressions physiques ou les deux. Les auteurs de cette étude concluaient que les femmes qui avaient été agressées physiquement ou violées faisaient état d'une qualité de vie bien moindre en termes de santé⁵².

Les femmes et les jeunes filles qui combattent dans des groupes d'opposition armés peuvent aussi être victimes de graves violences sexuelles. Par exemple, dans un rapport paru en 2002, la rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes a souligné que « les témoignages d'anciennes combattantes [en Colombie] montrent que, lorsqu'elles étaient membres de groupes armés, elles

48. HERDY, A., MOFFEIT, M., *Camouflaging Criminals: Sexual Violence Against Women in the Military*, Amnesty International États-Unis, New York, printemps 2004, disponible à l'adresse : http://www.amnestyusa.org/amnestynow/camouflaging_criminals.html.

49. "Pentagon to address sex assaults", in *Denver Post*, 2 juin 2004.

50. "Betrayal in the ranks", in *Denver Post*, dossier en trois parties publié du 16 au 18 novembre 2003, disponible en ligne à l'adresse : http://63.147.65.175/justice/tdp_betrayal.pdf.

51. FONTANA, A., ROSENHECK, R., "Duty-related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment", in *Psychiatric Services*, 1998, p. 658-662.

52. SADLER, A.G., BOOTH, B.M., NIELSON, D., DOEBBELING, B.N., "Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military", in *Obstetrics and Gynecology*, 2000, vol. 96, p. 473-480.

ont subi différents types de violence en raison de leur genre, par exemple des atteintes ou actes de harcèlement sexuels commis par leurs supérieurs », ainsi que des violations de leurs droits en matière de procréation⁵³.

Le mariage forcé

Les normes relatives aux droits humains disposent clairement que le mariage doit être une union volontaire entre deux personnes⁵⁴. Or, dans certains pays et certaines cultures, des femmes (en particulier de jeunes femmes) sont contraintes de se marier avec des hommes qui ont été choisis pour elles par leurs parents ou leurs tuteurs et qu'elles ne souhaitent pas prendre pour époux. Cette atteinte aux droits humains peut être source de conflits conjugaux et de violence de la part du mari. Une femme qui tente de quitter son époux peut s'exposer à des violences de la part des proches de celui-ci ou des membres de sa propre famille, qui peuvent se sentir déshonorés par une telle attitude⁵⁵.

La violence liée à la dot ou au prix de l'épouse

Le mariage peut faire l'objet d'un versement d'argent soit par le mari à la famille de l'épouse (par exemple dans certaines régions d'Afrique), soit par la famille de l'épouse au mari ou à sa famille (en Asie du Sud et dans d'autres régions). Dans les cultures où la famille de l'épouse doit verser une dot à celle du mari, des conflits peuvent surgir à propos du montant de cette dot ou des défauts présumés de l'épouse, donnant lieu à diverses formes de violence infligées à cette femme. (Les défauts présumés de la femme peuvent aussi être source de violence dans les cultures où c'est la famille de l'homme qui verse de l'argent à celle de la femme).

53. *Report of the Special Rapporteur on violence against women. Addendum: Mission to Colombia (1-7 November 2001)*, document ONU E/CN.4/2002/83/Add.3, § 55-56. Ce document peut être téléchargé à l'adresse : <http://www.womenwarpeace.org/colombia/docs/srvawvisit.pdf>.

Un résumé est disponible en français à l'adresse suivante :

[http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2002.83.Add.3.Fr?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2002.83.Add.3.Fr?Opendocument).

54. Dans son article 16, la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose : « 1. À partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. 2. Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux. » Voir aussi l'article 1 de la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages : « *Aucun mariage ne pourra être contracté légalement sans le libre et plein consentement des deux parties, ce consentement devant être exprimé par elles en personne, en présence de l'autorité compétente pour célébrer le mariage et de témoins, après une publicité suffisante, conformément aux dispositions de la loi.* »

55. Amnesty International, *Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui*, op. cit. Voir aussi [Swaziland. La violence aggrave la pandémie du sida au Swaziland](#) (index AI : AFR 55/003/2004). Dans certaines zones de conflit, le terme de « *mariage forcé* » est souvent utilisé pour désigner un phénomène totalement différent de celui qui est décrit ci-dessus, à savoir la réduction des femmes en esclavage sexuel par des soldats des forces d'occupation. En mai 2004, la chambre de première instance du Tribunal spécial pour la Sierra Leone a approuvé à la majorité une proposition du ministère public d'ajouter le chef de « *mariage forcé* » aux chefs d'accusation retenus contre six dirigeants présumés des anciennes forces militaires du pays. C'est la première fois, avec cette décision, que le « *mariage forcé* » dans le cadre d'un conflit va être jugé comme crime contre l'humanité aux termes du droit international (Tribunal spécial pour la Sierra Leone, *Trial Chamber Approves New Count of Forced Marriage*, communiqué de presse, Freetown, Sierra Leone, 7 mai 2004, <http://www.sc-sl.org/Press/pressrelease-050704.html>).

En Inde, ces dix dernières années, des milliers de femmes ont été tuées pour des raisons liées à la dot⁵⁶.

La coutume qui consiste à verser de l'argent pour épouser une femme peut être un facteur de risque pour la santé de la femme, par exemple en limitant sa capacité à négocier les relations sexuelles ou le nombre d'enfants que le couple aura. En outre, dans certaines cultures, le frère d'un homme décédé « hérite » de l'épouse du défunt. Selon les défenseurs des droits des femmes, les coutumes de ce type favorisent la contamination des femmes par le VIH⁵⁷.

Les mesures coercitives liées à la santé en matière de procréation

Un certain nombre de pratiques liées à la santé en matière de procréation ont des conséquences sur la sécurité et le bien-être des femmes. Ainsi, pendant les guerres des Balkans des années 90, des viols commis de manière systématique ont causé de nombreuses grossesses non désirées et forcées. Dans d'autres pays, des femmes ont été forcées de mettre un terme à leur grossesse contre leur gré, par exemple en raison d'une politique gouvernementale limitant le nombre d'enfants par couple ou à la suite d'une intervention médicale pratiquée sans leur accord⁵⁸. La stérilisation forcée constitue une troisième pratique, tout aussi coercitive. Cette pratique est généralement liée à une politique nationale de contrôle démographique ou à une volonté de contrôler la fécondité des minorités ou des femmes souffrant de handicap mental⁵⁹.

Au Nigéria et dans d'autres pays, l'avortement est passible de la peine de mort. Lors d'une mission de recherche au Nigéria en mars 2003, Amnesty International s'est entretenue avec sept femmes incarcérées dans la prison de Katsina (État de Katsina), et a découvert que l'une d'entre elles avait déjà été reconnue coupable d'homicide volontaire et condamnée à mort par pendaison pour avoir subi un avortement. Parmi les femmes qui n'avaient pas encore été jugées, trois étaient inculpées d'homicide volontaire. Deux avaient été accusées ou inculpées en vertu du Code pénal nigérian et une en vertu du code pénal islamique de l'État de Katsina⁶⁰. Les avortements ou tentatives d'avortement sont punis dans beaucoup d'autres pays⁶¹.

56. JUTLA, R.K., HEIMBACH, D., "Love burns: An essay about bride burning in India", in *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 2004, vol. 25, p. 165-170. Il est relativement rare que des poursuites soient engagées pour ce type d'homicides. L'impunité pour les homicides d'épouses est aussi constatée dans d'autres pays. Voir par exemple WLSA-Swaziland, *Multiple Jeopardy: Domestic Violence and Women's Search for Justice in Swaziland*, Mbabane, 2001.

57. WENDO, C., "African women denounce bride price", in *The Lancet*, 2004, vol. 363, p. 716. Le document d'Amnesty International intitulé [Les femmes, le VIH/sida et les droits humains](#) (index AI : ACT 77/084/2004), novembre 2004, situe cette question dans une perspective plus générale.

58. Voir par exemple "Surgeon reprimanded for aborting baby without consent", in *The Independent*, Londres, 31 mai 2002.

59. COOK, R.J., DICKENS, B.M., FATHALLA, M.F., *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*, Clarendon Press, Oxford, 2003, p. 237-238.

60. Amnesty International, [Nigéria. Les femmes et la peine de mort](#), (index AI : AFR 44/004/2004), 2004.

61. La Recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dispose que « le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent » (§ 31-c). Voir : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/20472ceb961706c0c125692d0044048b?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/20472ceb961706c0c125692d0044048b?Opendocument).

Les tests de virginité

Dans certaines cultures, qui attachent beaucoup d'importance à la « chasteté » des femmes, les jeunes filles peuvent se voir demander de « prouver » leur virginité par leur propre famille, la famille d'un futur époux potentiel ou d'autres personnes. Des médecins ou des infirmières sont donc parfois amenés à pratiquer des tests dits « de virginité » – qui consistent en un examen des organes génitaux externes de la femme – pour déterminer si celle-ci a déjà eu des rapports sexuels.

En 1994, Human Rights Watch a dénoncé le fait que, dans toute la Turquie, des lycéennes étaient contraintes de subir de tels tests. Ces examens étaient aussi pratiqués « sur les détenues politiques, les femmes inculpées de “comportement indécent”, les patientes hospitalisées, les femmes vivant dans des résidences gérées par l'État et les femmes postulant à des postes de fonctionnaires⁶². »

La tentative de suicide de cinq lycéennes turques menacées de subir de force un tel test a entraîné une interdiction de cette pratique en 1999. Son retour a néanmoins été proposé en 2001, avant l'annonce de son interdiction définitive en février 2002⁶³.

En 1999, une enquête menée en Turquie auprès de 118 médecins légistes a révélé qu'ils avaient réalisé près de 6 000 examens de ce type dans les douze derniers mois. La plupart de ces examens avaient été pratiqués à la suite d'agressions sexuelles présumées⁶⁴, mais quelque 1 800 l'avaient été pour des raisons sociales. Certes, 68 p. cent des médecins légistes avaient indiqué que les « tests de virginité », à leur avis, n'avaient pas lieu d'être en l'absence d'allégations d'agressions sexuelles, mais 45 p. cent des praticiens consultés avaient néanmoins effectué de tels tests pour des raisons sociales. Une grande majorité des médecins interrogés (plus de 90 p. cent) a reconnu que ces examens étaient psychologiquement traumatisants pour les patientes. En outre, plus de la moitié d'entre eux ont affirmé que la plupart des femmes subissaient ces examens contre leur gré⁶⁵.

D'autres pays utilisent depuis longtemps les tests de virginité. Selon un médecin légiste irakien cité dernièrement dans un article, il existe dans son pays une sous-spécialité de la médecine légiste entièrement consacrée à la virginité. Toujours selon ce médecin, étant donné l'insécurité actuelle en Irak et le nombre élevé de morts violentes, les familles feraient moins d'efforts pour dissimuler les meurtres commis contre des femmes pour des questions « d'honneur⁶⁶ ».

62. Human Rights Watch, *A Matter of Power: State Control of Women's Virginité in Turkey*, New York, 1994, disponible à l'adresse : <http://www.hrw.org/reports/1994/turkey/TURKEY.pdf>.

63. BBC, *Turkey scraps virginity tests*, 28 février 2002,

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1845784.stm>. Amnesty International a aussi dénoncé l'utilisation des « tests de virginité » dans un contexte de répression politique. Ainsi, à Mersin, une femme « aurait été battue et soumise à des sévices sexuels par des policiers de sexe masculin [au cours d'une fouille]. Elle a été contrainte de subir un “test de virginité” et les policiers auraient menacé le médecin afin qu'il ne fasse pas état de ces actes de torture dans son rapport médical. » Voir [Turquie. Halte aux violences sexuelles contre les femmes en détention !](#) (index AI : EUR 44/006/2003), p. 15.

64. Il ne faut pas confondre les examens médico-légaux réalisés à la suite d'un viol avec les « tests de virginité ». L'examen médico-légal doit être plus complet et ne doit pas porter principalement – et encore moins uniquement – sur l'état de l'hymen. Voir Amnesty International, *Protecting the human rights of women and girls: medico-legal workshop on the care, treatment and forensic medical examination of rape survivors in Southern and East Africa*, (index AI : AFR 53/001/2002).

65. FRANK, M.W., BAUER, H.M., ARICAN, N., FINCANCI, S.K., IACOPINO, V., “Virginité examinations in Turkey: role of forensic physicians in controlling female sexuality”, in *JAMA*, 1999, vol. 282, p. 485-490.

66. PACKER, G., “Letter from Baghdad: Caught in the crossfire” in *New Yorker*, 17 mai 2004 ; voir : http://www.newyorker.com/fact/content/?040517fa_fact. Selon G. Packer, avant la guerre, « la famille [de la victime] aurait brûlé ou noyé la femme pour déguiser le meurtre ».

Les mutilations génitales

Pas moins de 136 millions de femmes et de fillettes sont concernées par la pratique culturelle qui consiste à inciser ou à mutiler les organes génitaux externes⁶⁷. Bien qu'elle trouve son origine dans des traditions fort anciennes et qu'elle soit présentée, selon les cas, comme un produit de la culture, de la religion, des valeurs esthétiques ou du patriarcat, cette pratique est de plus en plus considérée comme une violation des droits des femmes qui la subissent⁶⁸. Elle a des conséquences graves et durables, notamment tout au long de la vie sexuelle des femmes et pendant la période de procréation. Immédiatement après l'opération, la plaie peut saigner abondamment ou s'infecter et entraîner une septicémie. Dans les deux cas, la femme peut en mourir. Les femmes ou les fillettes rencontrent aussi parfois des troubles urinaires. Les mutilations génitales féminines (MGF) peuvent avoir des effets néfastes pour la femme tout au long de sa vie en rendant douloureux les rapports sexuels, les grossesses et les accouchements— voire en mettant ses jours en danger dans le cas de l'accouchement (voir l'encadré ci-après⁶⁹).

Les différents types de mutilations génitales féminines

L'Organisation mondiale de la santé classe ainsi les différents types de MGF :

« Type I – excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris ;

« Type II – excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ;

« Type III – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation) ;

« Type IV – piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres ; étirement du clitoris et/ou des lèvres ; cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ; [...] grattage [...] de l'orifice vaginal ou incision [...] du vagin ; [...] introduction de substances corrosives ou de plantes dans le vagin pour provoquer des saignements ou pour resserrer ou rétrécir le vagin ; enfin, toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations sexuelles donnée [par l'OMS]⁷⁰ ... »

67. MAGOHA, G.A., MAGOHA, O.B., "Current global status of female genital mutilation: a review", in *East African Medical Journal*, 2000, vol. 77, p. 268-272 ; HENRION, R., « Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2003, tome 187, n° 6, p. 1 051-1 066.

68. Amnesty International va bientôt publier un document d'orientation sur les mutilations génitales féminines. Voir aussi *Female genital mutilation: a human rights issue* (index AI : ACT 77/012/1997), Londres, 1997 ; COOK, R.J., DICKENS, B.M., FATHALLA, M.F., "Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions", in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, vol. 79, n° 3, p. 281-287.

69. NOUR, N.M., "Female genital cutting: clinical and cultural guidelines", in *Obstetrics and Gynecology Survey*, 2004, vol. 59, p. 272-279. Les études sur les conséquences des MGF sont recensées de façon exhaustive dans le document de l'Organisation mondiale de la santé intitulé *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth*, document WHO/FCH/WMH/00.2, Genève, 2000. Amnesty International va publier un rapport sur les MGF en 2005.

70. OMS, *Aide-mémoire n° 241. Les mutilations sexuelles féminines*, Genève, juin 2000.

Les complications et conséquences possibles des mutilations génitales féminines

Conséquences immédiates et à court terme

Hémorragie, infection, dysfonctionnement urinaire, choc, décès

Conséquences à long terme

Complications urinaires, formation de cicatrices, douleurs, infection, stérilité, rapports sexuels douloureux

Conséquences obstétriques

Déchirures, infection des plaies, hémorragie post-partum, septicémie, décès

De nombreux groupes locaux et internationaux combattent cette pratique depuis un quart de siècle en ayant recours à différentes stratégies, dont la mobilisation des populations au niveau local, les actions juridiques, l'éducation à la santé et la mise en place de cérémonies alternatives pouvant servir de « *rite de passage* » pour les jeunes filles. Une autre des réponses apportées consiste à médicaliser cette pratique pour en réduire les risques, ce qui implique la participation de médecins à des actes de mutilation non médicaux⁷¹. Les organisations de professionnels de la santé s'opposent généralement à une telle participation⁷².

Les catégories de femmes les plus vulnérables

Toutes les femmes et les fillettes peuvent subir des violences liées au genre, mais un certain nombre de facteurs en accroissent le risque. En ce qui concerne la violence sexuelle, le principal facteur de risque consiste à vivre avec une personne du sexe masculin. Toutefois, d'autres facteurs jouent aussi un rôle, notamment le fait d'être jeune, de consommer de l'alcool ou des stupéfiants, d'avoir déjà été violée ou victime d'atteintes sexuelles, de travailler dans l'industrie du sexe ou d'être pauvre⁷³.

Les détenues

Les violences sexuelles et autres infligées aux femmes dans les prisons et les centres de détention sont un problème important. Amnesty International et d'autres organisations ont fait état, dans de nombreux pays, de violences contre des détenues commises par des gardiens de prison et des membres du personnel de sécurité, mais aussi par d'autres prisonniers⁷⁴.

71. Voir, par exemple, SIRINGI, S., "Kenyan health professionals participate in female circumcision", in *The Lancet*, 2002, vol. 360, p. 2057.

72. Par exemple, le Conseil international des infirmières (CII) s'oppose fermement aux MGF et à « toute tentative de les "médicaliser" ». Voir CII, *Élimination de la pratique des mutilations génitales féminines*, <http://www.icn.ch/psgenitaf.htm>.

73. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 174-175.

74. Amnesty International, *Torture. Ces femmes que l'on détruit* (index AI : ACT 40/001/2001), Londres, 2001. « Les autorités pénitentiaires sont responsables de la protection des détenus. Si elles ne garantissent pas le respect des règles prévoyant, par exemple, la séparation des femmes et des hommes, cela signifie qu'elles consentent à la violence sexuelle. » (p. 55). Voir aussi Amnesty International, *Combattre la torture. Manuel pour l'action* (index AI : ACT 40/001/2003), Londres, 2003.

Amnesty International a constaté des violences persistantes commises contre les femmes dans les prisons de Turquie. Par exemple, en mars 2002, une Kurde de trente-sept ans a été détenue à la section antiterroriste du siège de la police de Mardin pendant deux jours, au cours desquels elle a eu les yeux bandés et a reçu des menaces. Selon les informations recueillies, des policiers l'auraient arrosée d'eau froide tandis qu'un climatiseur soufflait de l'air glacé. Elle aurait été déshabillée et aurait subi un viol anal perpétré avec une matraque. L'Ordre des médecins de Turquie a ouvert une procédure contre deux médecins qui avaient rédigé des rapports attestant que cette femme n'avait pas été torturée. Elle a été transférée dans une prison jusqu'à ce qu'un tribunal ordonne sa remise en liberté près de trois semaines après son arrestation. Après avoir déposé une plainte, elle a obtenu de nouveaux certificats médicaux faisant état de lésions correspondant à ses allégations de torture⁷⁵. Des viols et des violences sexuelles contre les femmes détenues en Turquie continuent d'être signalés.

Au Brésil, comme dans beaucoup d'autres pays, les femmes ne représentent qu'une faible proportion – environ 5 p. cent – de la population carcérale. Cependant, elles sont vulnérables aux mauvais traitements. Dans certains lieux de détention, elles sont victimes d'actes de torture et de mauvais traitements infligés par des policiers et des gardiens de prison. Celles qui sont détenues dans les postes de police doivent endurer des conditions caractérisées par une très forte surpopulation, l'absence d'intimité, l'insalubrité et le manque de soins médicaux. En prison, les besoins spécifiques des femmes en matière de santé ne sont pas pris en considération, en particulier ceux liés à la grossesse et à l'accouchement, ainsi qu'à leurs responsabilités familiales⁷⁶.

Les violences sexuelles et autres violences contre les femmes en détention sont aussi une préoccupation de longue date aux États-Unis. Ainsi, en octobre 1998, Florence Krell s'est pendue à la porte de sa cellule de l'Établissement pénitentiaire Jefferson, en Floride. Avant sa mort, elle avait écrit au juge qui l'avait condamnée et à sa mère, se plaignant de violences de la part des gardiens et d'autres formes de mauvais traitements, notamment d'être laissée nue dans sa cellule et observée par des gardiens de sexe masculin⁷⁷.

Les fouilles de détenues peuvent également donner lieu à des atteintes sexuelles. Ainsi, en 2003, la prison d'État pour femmes de Valley (*Valley State Prison for Women, VSPW*), le plus grand établissement pénitentiaire pour femmes de Californie, a réautorisé le personnel pénitentiaire masculin à pratiquer des fouilles par palpation sur des femmes. La nouvelle politique mise en place autorisait les surveillants hommes à pratiquer, sans contrôle, des fouilles de routine sur des détenues de sexe féminin. Ces fouilles, qui impliquent de toucher les seins et l'entrejambe, avaient été interdites dans la prison en 1998, après des années de

75. Amnesty International, [Turquie. Halte aux violences sexuelles contre les femmes en détention !](#) (index AI : EUR 44/006/2003).

76. Amnesty International, *Brésil*. « Ici quand on dort, on risque de ne pas se réveiller. » *Les prisonniers victimes d'homicide, de torture et de mauvais traitements* (index AI : AMR 19/009/1999). Voir chapitre 6.4.

77. Amnesty International, [United States of America: "Not Part of My Sentence" -Violations of the Human Rights of Women in Custody](#), (index AI : AMR 51/001/1999). Une version abrégée est disponible en français : [Les mêmes droits pour tous. « Je n'avais pas été condamnée à ça. » Violations des droits fondamentaux des femmes détenues](#), (index AI : AMR 51/019/1999).

plaintes déposées par des prisonnières accusant des surveillants d'attouchements et d'autres abus sexuels. Parmi les femmes qui devaient subir ces fouilles, certaines avaient déjà été victimes de violences physiques ou sexuelles avant leur incarcération⁷⁸. Cette pratique a de nouveau été interdite le 15 octobre 2003, peu après le lancement d'une campagne de protestation.

Les femmes peuvent aussi être l'objet d'humiliations à caractère sexuel quand elles rendent visite à des prisonniers. Ainsi, en Argentine, les femmes venant rendre visite à des détenus ont dû subir des examens vaginaux jusqu'en 1996, date à laquelle la Commission interaméricaine des droits de l'homme a été saisie et a conclu que ces examens constituaient une invasion du corps des femmes et des fillettes et une violation de leurs droits à l'intimité, à l'intégrité physique et psychologique et à la protection de la famille, ainsi qu'une violation des droits de l'enfant⁷⁹.

Les femmes placées dans des institutions

Les femmes placées dans des institutions publiques ou agréées par l'État peuvent être privées d'un grand nombre de leurs droits fondamentaux. Bien que le personnel de santé ait l'obligation d'agir dans leur intérêt supérieur, de nombreux éléments montrent que ces femmes sont menacées de violences commises par ce personnel ou au vu et au su de celui-ci.

En 2001, Amnesty International a dénoncé les conditions s'apparentant à des traitements, cruels, inhumains et dégradants dans lesquelles vivaient des femmes souffrant de handicap mental placées dans une institution publique du village de Sanadinovo, en Bulgarie. Certaines de ces femmes étaient enfermées dans une cage parce qu'elles « *s'étaient mal conduites* », selon le personnel. Des experts indépendants cités par Amnesty International avaient estimé que les conditions d'existence qui régnaient dans de telles institutions s'apparentaient à « *une mort lente*⁸⁰ ». Cette institution a finalement été fermée par le gouvernement à la suite de protestations internationales.

De même, l'ONG Mental Disability Rights International (MDRI) a reçu des informations faisant état de harcèlement et d'exploitation sexuels, de viol ou d'autres formes de violence commis dans plusieurs institutions du Kosovo : à Shtime, au centre hospitalier universitaire de Pristina (Pristina en albanais) et dans une institution appelée Foyer pour personnes âgées. À Shtime, institution qui accueille des personnes souffrant de handicap mental, la direction de l'établissement et les autorités des Nations unies ont été informées de cas de violence, mais rien n'a été fait pour écarter les auteurs connus de ces actes, qui sont restés en contact quotidien avec leurs anciennes victimes. Au centre hospitalier universitaire de Pristina, MDRI a eu connaissance de violences

78. Amnesty International, [États-Unis. Traitement dégradant pour les femmes à la prison d'État de Valley](#) (Californie), (index AI : AMR 51/135/2003).

79. CABAL, L., ROA, M., SEPULVEDA-OLIVA, L., "What role can international litigation play in the promotion and advancement of reproductive rights in Latin America?", in *Health and Human Rights*, 2003, vol. 7, p. 51-88. Le jugement de la Commission interaméricaine des droits de l'homme (rapport n° 38/96, Affaire 10.506) est disponible en français à l'adresse : <http://www.cidh.oas.org/annualrep/96fren/Arg10506.htm>.

80. Amnesty International, [Bulgarie. Les femmes internées au Foyer social pour handicapées mentales de Sanadinovo](#), Action urgente 253/01, (index AI : EUR 15/001/2001), Londres, 2001.

sexuelles commises contre des femmes par des membres du personnel⁸¹. Un an plus tard, l'organisation continuait de s'inquiéter du manque de progrès réalisés dans la réponse à ces violences⁸².

Dans d'autres pays, des femmes placées en institution pour maladie mentale auraient aussi été victimes de violence sexuelle, mais pas nécessairement au sein de l'institution même. Ainsi, des patientes d'un hôpital psychiatrique du sud de l'Inde se sont plaintes d'avoir été contraintes à des rapports sexuels par leur époux (dans près de la moitié des cas), un ami ou une connaissance (un quart des cas) ou un membre de leur famille, par exemple un oncle ou un cousin (un cinquième des cas). La plupart de ces actes avaient eu lieu au domicile de la victime⁸³.

Les employées de maison

Les employées de maison – qui travaillent au domicile de familles aisées dans les pays développés ou en développement – sont menacées de violences sexuelles commises par leur employeur, des parents ou des amis de celui-ci. Les femmes qui viennent de l'étranger pour travailler comme domestiques sont particulièrement vulnérables. En particulier, celles qui sont entrées dans le pays illégalement, ou dont les papiers ont été confisqués par l'employeur, sont souvent dans l'impossibilité de demander une réparation juridique pour les violences qu'elles ont subies. Certaines se taisent parce qu'elles se savent en infraction avec les lois locales et craignent pour leur emploi, leur foyer et leur sécurité. Les employeurs peuvent exploiter cette peur pour les réduire au silence. En outre, les employées de maison peuvent être confrontées à des restrictions juridiques limitant leur possibilité de changer d'emploi, à des problèmes de langue et à la peur d'être renvoyées dans leur pays si elles protestent contre les mauvais traitements qu'elles subissent⁸⁴.

Les femmes, jeunes filles et fillettes réfugiées et déplacées

Les réfugiées et les demandeuses d'asile qui fuient une situation dangereuse peuvent se retrouver dans des situations où leur sécurité est de nouveau gravement menacée. Il arrive que les réfugiées, au cours de leur fuite, subissent des violences commises par des représentants de l'État (par exemple des fonctionnaires de l'immigration ou des gardes-frontières), des trafiquants, des membres de groupes armés, des réfugiés de sexe masculin ou d'autres migrants.

Dans un certain nombre de pays, les demandeurs d'asile sont détenus dans des établissements pénitentiaires ou dans d'autres lieux d'enfermement similaires, où ils vivent comme des condamnés de droit commun. Amnesty International et d'autres organisations de défense des droits humains ont eu connaissance de cas

81. MDRI. *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Washington DC, 2002.

82. Voir : <http://www.mdri.org/takeaction/kosovo.htm>.

83. CHANDRA, P.S., DEEPTHIVARMA, S., CAREY, M.P., CAREY, K.B., SHALINIANANT, M.P., "A cry from the darkness: women with severe mental illness in India reveal their experiences with sexual coercion", in *Psychiatry*, 2003, vol. 66, n° 4, p. 323-334.

84. Voir LIN, Chew, *Programme Consultation Meeting on the Protection of Domestic Workers Against the Threat of Forced Labour and Trafficking: Discussion Paper*, Anti-Slavery International, Londres, janvier 2003 ; Amnesty International, [Arabie saoudite. Le triste sort réservé aux femmes](#) (index AI : MDE 23/057/2000), Londres, 2000.

de violence contre des femmes et des fillettes ainsi détenues, ainsi que de conditions s'apparentant à des traitements cruels, inhumains ou dégradants⁸⁵.

Il n'est pas facile pour les femmes migrantes (et les femmes issues de minorités) de réagir lorsqu'elles subissent des violences conjugales. Une étude canadienne a ainsi identifié « *un ensemble complexe de problèmes, d'attitudes, d'obstacles et de lacunes dans les services qui rendent les femmes immigrantes et des minorités visibles vulnérables de façon unique face à la violence conjugale*⁸⁶. »

Parfois, des femmes qui rentrent dans leur pays parce qu'elles considèrent que les conditions de sécurité nécessaires sont réunies (ou qui y sont renvoyées contre leur gré) se retrouvent contraintes de vivre aux côtés des auteurs des violences qui les avaient poussées à fuir. De retour d'un déplacement à l'intérieur du pays ou d'un exil à l'étranger, les femmes et les fillettes peuvent aussi rencontrer une nouvelle série de problèmes, dont la persistance d'un niveau élevé de violence⁸⁷. Par ailleurs, l'effondrement des structures locales et des rôles traditionnels qui accompagne souvent les conflits et les exodes constitue un nouveau défi dans les sociétés d'après-conflit⁸⁸.

L'expérience de ces dernières années montre que même les employés des organisations humanitaires s'en prennent parfois aux réfugiées qu'ils exploitent sexuellement ou sous d'autres formes. Ainsi, en 2002, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), ainsi que l'organisation Save the Children Royaume-Uni, ont fait état de graves allégations d'atteintes et d'exploitation sexuelles à l'encontre de femmes et d'enfants dans des camps de réfugiés et de personnes déplacées en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée. Selon ces allégations, certains travailleurs humanitaires monnaient de la nourriture et des services en échange de faveurs sexuelles⁸⁹.

Au Népal, le HCR a reconnu qu'au moins 18 Bhoutanais, femmes et enfants vivant dans des camps de réfugiés, avaient subi des atteintes et faits d'exploitation sexuels de la part de travailleurs humanitaires. Parmi les victimes figuraient une fillette de sept ans et une femme handicapée⁹⁰. En 2004, des allégations

85. Voir, par exemple, Amnesty International, *Lost in the Labyrinth: Detention of Asylum-Seekers* (index AI : AMR 51/051/1999), Londres, 1999 (résumé traduit en français sous le titre *États-Unis d'Amérique. La détention des demandeurs d'asile*, index AI : AMR 51/115/1999).

86. SMITH, E., *Nulle part où aller ? Répondre à la violence conjugale envers les femmes immigrantes et des minorités visibles*, Conseil canadien de développement social, mars 2004, disponible à l'adresse : <http://www.ccsd.ca/francais/pubs/2004/nulle/>.

87. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 16.

88. « *Un conflit peut modifier totalement le rôle des femmes dans leur famille, dans la collectivité et dans le domaine "public". Il oblige souvent les femmes à devenir chefs et soutiens de famille, avec la responsabilité d'assurer la subsistance de la famille, de s'occuper de la ferme et des bêtes, de faire du commerce et de sortir de la maison – activités traditionnellement réservées aux hommes.* » BOUTA, T., FRERKS, G., *Resolution and PostConflict Reconstruction: Literature Review and Institutional Analysis*, Service de recherche sur les conflits, Institut néerlandais des relations internationales, La Haye, 2002, p.36.

89. *Note for Implementing and Operational Partners By UNHCR and Save the Children-UK on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone based on Initial Findings and Recommendations from Assessment Mission 22 October – 30 November 2001*, Genève, février 2002 (disponible à l'adresse <http://www.unhcr.ch>).

90. Amnesty International, Human Rights Watch, *Népal. Des accusations d'atteintes sexuelles mettent en lumière le sort tragique des réfugiés bhoutanais*, (index AI : ASA 31/071/2002), 22 novembre 2002.

semblables ont été formulées à l'encontre de soldats de la force de maintien de la paix des Nations unies en République démocratique du Congo⁹¹.

« Si je vais voir les soldats [des Nations unies] la nuit et que je couche avec eux, ils me donnent parfois de la nourriture, peut-être une banane ou un gâteau [...] Je suis obligée de faire ça car il n'y a personne d'autre pour s'occuper de Joseph [son fils], pour le protéger. Il est tout ce que j'ai et je dois prendre soin de lui. »

Faela, treize ans.

« Je passe par-dessus la clôture quand j'ai besoin de nourriture [...] Il ne nous arrive rien de mal de l'autre côté – les soldats sont gentils et ils nous donnent des choses. Dans ce camp, il n'y a pas grand-chose. Je suis venue à Bunia pour être en sécurité et échapper aux soldats qui attaquaient mon village [...] Les soldats des Nations unies aident les filles comme moi – ils nous donnent de la nourriture et d'autres choses si nous allons [coucher] avec eux. »

Maria, quinze ans, République démocratique du Congo⁹².

Face au niveau élevé de violence sexuelle auquel sont confrontées les femmes réfugiées, l'Organisation mondiale de la santé a publié un manuel sur la gestion clinique du viol chez les personnes réfugiées et déplacées⁹³.

Les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres

Les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres subissent des actes de violence liée au genre dans la collectivité et de la part de représentants de l'État.

Ainsi, une lesbienne ougandaise militant pour les droits des homosexuels, Christine (son prénom a été modifié), avait constitué un groupe de défense des droits humains avec quatre de ses amis début 1999. Tous les cinq étaient confrontés à des obstacles particuliers en Ouganda car, dans ce pays, les « rapports charnels contre nature » constituent une infraction passible d'une peine d'emprisonnement à vie. Christine et ses quatre amis ont été arrêtés et torturés dans un centre de détention secret. Christine a été violée après avoir été laissée seule dans une pièce avec trois détenus de sexe masculin. Elle a été arrêtée uniquement parce qu'elle était lesbienne et qu'elle défendait les droits humains dans un pays où l'homosexualité est un crime. Plus tard, elle a raconté : « Vers minuit, ils m'ont dit "On a quelque chose à te montrer". Ils m'ont enlevé mes vêtements et m'ont violée. Je me rappelle avoir été violée par deux d'entre eux, puis je me suis évanouie⁹⁴... »

Les travailleuses sexuelles

Les femmes qui vendent des services sexuels, que ce soit de manière indépendante ou sous le contrôle d'un proxénète, sont particulièrement

91. "UN troops buy sex from teenage refugees in Congo camp", in *The Independent*, Londres, 25 mai 2004.

92. Ibid.

93. OMS, *Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*, Édition révisée, Genève, 2005, voir : http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/rhr_02_08/gestion_clinique_victimes_de_viols.pdf.

94. Amnesty International, *Torture. Identité sexuelle et persécutions* (index AI : ACT 40/016/2001), Londres, 2001.

vulnérables à la violence. Les actes brutaux dont elles sont victimes peuvent avoir pour but de les contraindre à entrer dans l'industrie du sexe ou à y rester, ou de les punir quand elles ont tenté d'échapper à leur souteneur. Elles sont aussi vulnérables aux violences commises par leur clients, qui pour certaines constituent le principal risque⁹⁵. Les femmes victimes de la traite sont particulièrement menacées (voir ci-dessus).

Les travailleuses du sexe qui sont victimes de viol peuvent se heurter à des réactions d'indifférence ou d'incompréhension quand elles veulent porter plainte. Les professionnels de la santé, entre autres, ne sont pas toujours bien disposés à leur égard. En Inde, par exemple, certains, au lieu de s'occuper des problèmes de santé des travailleuses du sexe, les ont contraintes à subir des tests de dépistage du VIH⁹⁶.

Les conséquences de la violence sur la santé des femmes

Les conséquences de la violence sur la santé se font sentir à différents niveaux, notamment au niveau de la victime elle-même, de sa famille, de la collectivité, du système médicolégal et des auteurs de cette violence. Le chapitre qui suit examine séparément les blessures physiques, les conséquences en termes de santé mentale et les maladies qui découlent de la violence contre les femmes. Toutefois, il convient de souligner que ces différents aspects se conjuguent de façon complexe et que le fait de les examiner séparément ne rend pas compte de la complexité des conséquences globales de la violence.

Les atteintes physiques

Sur tous les continents, des études ont mis en évidence les traumatismes physiques subis par les femmes à cause de la violence liée au genre. Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* étudie le lourd tribut payé par les femmes à travers le monde⁹⁷.

Les effets de la violence à l'égard des femmes sont à la fois immédiats et durables. Une enquête menée auprès d'environ 400 femmes suédoises d'âge mûr a montré que les problèmes de santé étaient 11 fois plus fréquents chez celles qui

95. GREEN, S.T., GOLDBERG, D.J., CHRISTIE, P.R., FRISCHER, M., THOMSON, A., CARR, S.V., TAYLOR, A., "Female streetworker-prostitutes in Glasgow: a descriptive study of their lifestyle", in *AIDS Care*, 1993, vol. 5, p. 321-335 ; CHURCH, S., HENDERSON, M., BARNARD, M., HART, G., "Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey", in *British Medical Journal*, 2001, vol. 322, p. 524-525. Voir aussi ROMERO-DAZA, N., WEEKS, M., SINGER, M., "Nobody gives a damn if I live or die": violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut", in *Medical Anthropology*, 2003, vol. 22, p. 233-259.

96. MISRA, G., MAHAL, A., SHAH, R., "Protecting the rights of sex workers: the Indian experience", in *Health and Human Rights*, 2000, vol. 5, p. 89-115.

97 OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., chapitres 4 et 6. (Ces chapitres traitent respectivement de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle. Si ces formes de violence ne touchent pas que les femmes, celles-ci en sont néanmoins les principales victimes.) Ce rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.

avaient subi des violences pendant leur enfance, et sept fois plus chez celles qui en avaient subi à l'âge adulte⁹⁸.

Les conséquences sur la santé des violences infligées par le partenaire intime⁹⁹

Conséquences physiques

- Traumatismes abdominaux et thoraciques
- Ecchymoses, lacérations et écorchures
- Syndromes de douleur chronique
- Invalidité
- Fractures
- Troubles gastro-intestinaux
- Détérioration de l'état de santé général ou multiplication des symptômes

Conséquences en matière de sexualité et de procréation

- Troubles gynécologiques
- Infertilité
- Fausses couches
- Inflammations pelviennes
- Complications de la grossesse
- Troubles sexuels
- Infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida
- Avortements pratiqués dans de mauvaises conditions
- Grossesses non désirées

Conséquences psychologiques et comportementales

- Angoisse, peur et dépression
- Sentiments de honte et de culpabilité
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation
- Faible estime de soi
- Syndrome de stress post-traumatique
- Violences auto-infligées
- Toxicomanie, alcoolisme et tabagisme
- Pensées suicidaires
- Comportements sexuels à risques

De même, dans le cadre d'une étude menée aux États-Unis, E.M. Valera et H. Berenbaum ont examiné 99 femmes battues et ont découvert que près des trois quarts d'entre elles avaient subi au moins une lésion cérébrale causée par leur partenaire, et la moitié d'entre elles des lésions cérébrales multiples¹⁰⁰.

Par ailleurs, les rapports sexuels forcés avec pénétration peuvent entraîner un certain nombre de complications gynécologiques, dont des hémorragies ou des infections vaginales, des fibromes, une baisse de la libido, des irritations génitales, des rapports sexuels douloureux, des douleurs pelviennes chroniques et des infections urinaires¹⁰¹. (Voir encadré ci-dessus)

Les services de santé dont ont besoin les femmes victimes de violences sexuelles

98. KRANTZ, G., OSTERGREN, P., "The association between violence, victimisation and common symptoms in Swedish women", in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, vol. 54, p. 815-821.

99 Adapté de l'ouvrage de l'OMS intitulé *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 112. Voir aussi Campbell, J.C., "Health consequences of intimate partner violence", in *The Lancet*, 2002, vol. 359, p. 1331-1336.

100. VALERA, E.M., BERENBAUM, H., "Brain injury in battered women", in *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 2003, vol. 71, n° 4, p. 797-804.

101. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, op. cit., p. 162.

- Traitement des lésions
- Prise en charge psychosociale
- Dépistage des maladies sexuellement transmissibles et prophylaxie pour ces maladies
- Tests de grossesse
- Prévention de la grossesse (contraception d'urgence)
- Conseils et prise en charge en matière de grossesse
- Recueil d'informations médicales pour des motifs judiciaires
- Orientation vers des services non médicaux tels que les services sociaux et l'aide juridique

Ni la grossesse ni l'âge ne protègent les femmes de la violence et de ses conséquences. Une étude réalisée aux États-Unis a montré qu'environ 11 p. cent des femmes enceintes étaient victimes de violences physiques. Par comparaison avec le groupe contrôle (femmes aux caractéristiques comparables mais n'ayant pas fait état de violences), on constatait pour celles qui affirmaient subir des violences un taux plus important d'accouchement par césarienne et d'hospitalisation avant l'accouchement pour des complications de la grossesse (notamment infections rénales, déclenchement prématuré du travail, traumatismes liés à des chutes ou à des coups dans l'abdomen¹⁰²).

Une synthèse de différentes études sur la violence à l'égard des femmes enceintes dans les pays en développement a conclu que la prévalence de cette violence allait de quatre à 29 p. cent. Les principaux facteurs de risque étaient, entre autres, les faibles revenus du foyer, le faible niveau d'études des deux partenaires et le fait que la grossesse n'ait pas été programmée. L'une des conséquences de cette violence était le faible poids de l'enfant à la naissance¹⁰³.

Les maladies

Le VIH/sida

Les principales formes de maladies graves résultant de la violence contre les femmes sont des maladies sexuellement transmissibles. Parmi celles-ci, la contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est l'une des plus graves¹⁰⁴, mais les recherches manquent sur le lien entre le viol et la transmission de ce virus. Le taux de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé unique et non violent a été estimé à environ 0,03 à 0,56 p. cent (c'est-à-dire trois à

102. COKKINIDES, V.E., COKER, A.L., SANDERSON, M., ADDY, C., BETHEA, L., "Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes", in *Obstetrics and Gynecology*, 1999, vol. 93, p. 661-666.

103. NASIR, K., HYDER, A.A., "Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence", in *European Journal of Public Health*, 2003, vol. 13, n° 2, p. 105-107.

104. Comme l'a souligné l'Équipe spéciale du secrétaire général des Nations unies sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe, le VIH peut aussi être une cause de violence de la part d'un homme contre sa partenaire lorsque celle-ci lui révèle sa séropositivité. Voir *Facing the future together. Report of the United Nations Secretary General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, 2004, p.33, disponible à l'adresse : <http://www.sarpn.org.za/documents/d0000839/index.php>.

56 cas de séroconversion pour 10 000 rapports sexuels)¹⁰⁵. Toutefois, il est évident que les femmes courent plus de risques d'être contaminées lors d'un viol dans les pays où la prévalence du virus et le niveau de violence sexuelle sont élevés¹⁰⁶.

D'autres formes de violence ont aussi un lien avec la contamination par le VIH. Ainsi, des études montrent que les populations dont proviennent les femmes séropositives au VIH ou « à risques » dans ce domaine sont aussi des populations particulièrement vulnérables à la violence. Par ailleurs, pour une petite proportion de femmes, la violence peut survenir lorsqu'elles révèlent leur séropositivité ou tentent de négocier l'usage du préservatif¹⁰⁷.

La violence liée au genre se révèle être un facteur favorisant la transmission du VIH (après correction des variables liées aux comportements à hauts risques de certaines femmes, qui peuvent parfois eux-mêmes découler de la violence masculine). Par exemple, une étude récente¹⁰⁸ menée auprès d'environ 1 400 femmes consultant pour des examens prénataux dans quatre dispensaires de Soweto, en Afrique du Sud, a révélé que la séropositivité était associée à la violence du partenaire intime et à un niveau élevé de domination masculine dans la relation de couple. Les auteurs en concluaient que la probabilité d'une contamination par le VIH était plus forte, tout au long de la vie, pour les femmes ayant des partenaires violents ou dominateurs. Ils suggéraient que le risque de séropositivité était supérieur pour les hommes violents et que ces derniers étaient plus susceptibles d'imposer des pratiques sexuelles à risques à leurs partenaires. Ils exprimaient la nécessité de mener des recherches plus approfondies pour clarifier les liens entre la construction sociale de la virilité, la violence du partenaire intime, la domination masculine dans le couple et les comportements masculins à risques en matière d'infection par le VIH.

Une étude réalisée à Chennai, en Inde, a montré que les normes sociales relatives au genre approuvaient tacitement la violence domestique, ce qui avait pour conséquence d'entraver l'adoption de comportements permettant de prévenir la transmission du VIH¹⁰⁹. Les auteurs de cette étude ont constaté que, amenées à choisir entre une menace de violence immédiate et le danger plus lointain du VIH, les femmes cédaient souvent à des demandes sexuelles susceptibles d'accroître le risque d'une contamination par le virus. Par conséquent, dans les milieux où les

105. Les estimations des taux de transmission sont sujettes à de nombreuses variables, dont le type de pratiques sexuelles. Les chiffres donnés ici concernent les rapports vaginaux. Le risque de transmission est jugé plus élevé pour une pénétration anale non protégée, et d'autres facteurs accroissent aussi le risque de contamination, notamment l'existence préalable d'infections sexuellement transmissibles ou le recours à la violence, aussi bien dans les rapports vaginaux que dans les rapports anaux. Voir ROYCE, R.A., SEÑA, A., CATES, W. Jr, et coll., "Sexual transmission of HIV", in *New England Journal of Medicine*, 1997, vol. 336, p. 1 072-1 078 ; VITTINGHOFF, E., DOUGLAS, J., JUDSON, F., MCKIRNAN, D., MACQUEEN, K., BUCHBINDER, S.P., "Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners", in *American Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 150, n° 3, p. 306-311.

106. Amnesty International, [Halte à la violence contre les femmes. Les femmes, le VIH/sida et les droits humains](#) (index AI : ACT 77/084/2004), Londres, novembre 2004.

107. KOENIG, L.J., MOORE, J., "Women, violence, and HIV: a critical evaluation with implications for HIV services", in *Maternal and Child Health Journal*, 2000, vol. 4, p. 103-109.

108. DUNKLE, K.L., JEWKES, R.K., BROWN, H.C., GRAY, G.E., MCINTYRE, J.A., HARLOW, S.D., "Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa", in *The Lancet*, 2004, vol. 363, p. 1 415-1 421.

109. GO, V.F., SETHULAKSHMI, C.J., BENTLEY, M.E., SIVARAM, S., SRIKRISHNAN, A.K., SOLOMON, S., CELENTANO, D.D., "When HIV prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India", in *AIDS and Behavior*, 2003, vol. 7, p. 263-272.

maris imposent fortement leur volonté aux femmes, les actions de prévention du sida doivent intégrer un certain nombre d'aspects liés au genre. Les messages de prévention adressés aux hommes peuvent réduire efficacement les risques d'exposition des femmes au VIH/sida.

« Les violences sexuelles ont des conséquences médicales désastreuses. Le traumatisme physique peut être d'une grande gravité et de nombreuses victimes contractent aussi des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH. Le risque de transmission du VIH/SIDA est d'autant plus élevé que les relations sexuelles sous la contrainte provoquent des plaies et des saignements, ce qui favorise la transmission du virus.

« Une grossesse non désirée suite à un viol contraint parfois les femmes à se faire avorter sans assistance médicalisée. Les équipes MSF ont observé des cas d'inflammation/infection pelvienne et de septicémie très certainement liés à un avortement. Parmi les autres problèmes de santé reproductive recensés, citons l'aménorrhée et les anomalies du cycle menstruel, ainsi que des difficultés de conception. »

Médecins sans frontières (MSF), mars 2004¹¹⁰

Au Rwanda, AVEGA, association de veuves du génocide de 1994, a mené en 2000 une étude sur 1 125 femmes victimes de viol pendant le génocide et a conclu que les deux tiers d'entre elles étaient séropositives. Selon un rapport des Nations unies cité par Amnesty International, au moins 250 000 femmes ont été violées au cours du génocide ; un grand nombre d'entre elles ont ensuite été exécutées¹¹¹. Parmi les survivantes, 70 p. cent auraient contracté le VIH.

C'est dans ce contexte que, en Afrique du Sud, des chercheurs médicaux et des ONG ont conseillé la mise en place d'une politique de traitement prophylactique post-exposition en cas de viol¹¹². Si ce type de traitement est de plus en plus souvent conseillé, seules quelques recherches rigoureuses ont été menées sur son efficacité, aussi bien en cas d'exposition professionnelle (dans le milieu médical) que d'exposition par voie sexuelle¹¹³. Les rares résultats disponibles sont encourageants, même si l'efficacité de ce traitement ne semble pas certaine pour les expositions non professionnelles¹¹⁴. En janvier 2005, de nouvelles directives élaborées aux États-Unis par les *Centers for Disease Control* (organisme américain de santé publique) au sujet de ce traitement en cas d'exposition non

110. MSF, « Des femmes et des jeunes filles marquées à vie », in *Stop à la violence sexuelle comme arme de guerre !*, Bruxelles, mars 2004, disponible à l'adresse :

http://www.msf.be/fr/news/journee_femmes/marquee.htm.

111. Amnesty International, *Rwanda. « Vouées à la mort », les victimes de viol atteintes par le VIH/SIDA* (index AI : AFR 47/007/2004), Londres, 2004.

112. KIM, J.C., MARTIN, L.J., DENNY, L., "Rape and HIV post-exposure prophylaxis: addressing the dual epidemics in South Africa", in *Reproductive Health Matters*, 2003, vol. 11, p. 101-112 ; AIDS Law Project, Centre for the Study of Violence and Reconciliation, *Preventing HIV after Rape - The PEP Booklet*, ALP, Johannesburg, 2003 ; Amnesty International, *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa*, Londres, 2002 ; Human Rights Watch, *Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence*, HRW, New York, 2004, disponible à l'adresse : <http://hrw.org/reports/2004/southafrica0304/>.

113. ROLAND, M., *Prophylaxis following nonoccupational exposure to HIV*, février 2004, disponible à l'adresse : <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-07&doc=kb-07-02-07>.

114. FOURNIER, S., MAILLARD, A., MOLINA, J.M., "Failure of postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV", in *AIDS*, 2001, vol. 15, p. 430 ; CORDES, C., MOLL, A., KUECHERER, C., MARCUS, U., "HIV transmission despite HIV post-exposure prophylaxis after non-occupational exposure", in *AIDS*, 2004, vol. 18, p. 582-584.

professionnelle conseillaient de mettre en œuvre une prophylaxie post-exposition « quand la personne consulte dans les soixante-douze heures après l'exposition, que la source est connue comme séropositive et que le mode d'exposition comporte un risque substantiel de transmission ». Dans les autres cas, elles conseillaient une évaluation au cas par cas¹¹⁵.

« J'étais à Nyanza pendant la guerre, et mon mari a été tué. Les milices m'ont violée ainsi que mes belles-sœurs. Ceux qui ont protesté ont été tués. J'étais timide, donc j'ai survécu [...] J'étais déjà enceinte à l'époque, mon enfant a maintenant dix ans [...] Mon second mari n'a plus toute sa tête, et je suis de plus en plus malade à cause des soucis qu'il me donne. Il m'a abandonnée lorsqu'il a appris que j'avais le SIDA, c'est pour cela que je pleure autant maintenant. Il m'a dénigrée devant les voisins, et donc mes voisins se moquent aussi de moi. Peut-être que mon mari est sain et que c'est la raison pour laquelle il a agi de telle manière. Il refuse de faire un test. Je suis inquiète parce que je n'ai pas de logement, pas d'argent pour nourrir les enfants, et que nous vivons mal. Je suis tout le temps malade et nous sommes pauvres [...] Je ne reçois aucune aide du gouvernement parce que je n'ai pas perdu assez de proches pendant le génocide. »

Une victime de viol à Kigali, au Rwanda¹¹⁶

Comme il est souvent difficile pour les femmes, voire impossible, d'imposer ou de contrôler l'utilisation de préservatifs par leurs partenaires masculins, une attention croissante est portée à la mise au point de microbicides¹¹⁷. Ceux-ci pourraient prendre une grande importance du fait qu'ils offriraient aux femmes une protection indépendamment du contrôle exercé par les hommes. Selon la Campagne internationale pour les microbicides, ils pourraient avoir des effets importants sur l'épidémie de VIH/sida. En effet, des recherches ont montré que si, dans les pays à bas revenus, une petite proportion de femmes utilisaient un microbicide efficace à 60 p. cent dans la moitié de leurs rapports non protégés, 2,5 millions de contaminations pourraient être évitées en trois ans¹¹⁸. Il s'agit d'une mesure de protection importante car les femmes peuvent l'utiliser sans l'accord ni l'intervention des hommes.

115. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services, in *MMRW*, 21 janvier 2005, vol. 54, n° RR02, p. 1-20, disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>.

116. Extrait de Rwanda. « Vouées à la mort », les victimes de viol atteintes par le VIH/SIDA, op. cit.

117. Les microbicides sont des préparations, par exemple des gels ou des crèmes, qui peuvent être utilisées par application locale dans le vagin pour inactiver des virus – en particulier le VIH – ou des bactéries. Voir <http://www.global-campaign.org/> (en anglais uniquement).

118. Public Health Benefits Working Group, *The Public Health Benefits of Microbicides in Lower-income Countries: Model Projections. A Report by the Public Health Working Group of the Microbicide Initiative*, date non précisée (après 2002), disponible sur le site Internet de la fondation Rockefeller : http://www.rockfound.org/Documents/488/rep7_publichealth.pdf.

La prophylaxie post-exposition contre le VIH

Qu'est-ce que c'est ?

Un traitement de vingt-huit jours au moyen d'un, deux ou trois médicaments antirétroviraux destiné à empêcher le virus d'infecter l'organisme.

À qui faut-il l'administrer ?

Aux personnes qui ont été ou risquent d'avoir été exposées au VIH, mais qui sont séronégatives et donc vulnérables.

Quand faut-il l'administrer ?

Dans les soixante-douze heures suivant l'exposition potentielle.

À qui ne faut-il pas l'administrer ?

- Aux personnes qui n'ont pas de comportements sexuels à risques
- Aux personnes qui n'ont pas eu de rapports sexuels avec une personne contaminée
- Aux personnes qui sont déjà séropositives au VIH¹¹⁹.

Les campagnes des ONG, ainsi que des actions en justice, ont renforcé l'engagement politique en faveur de l'accessibilité des médicaments antirétroviraux et la volonté de veiller à ce que les médicaments nécessaires soient prescrits à ceux qui en ont besoin¹²⁰. L'OMS a pour objectif de fournir un traitement antirétroviral à vie à trois millions de personnes infectées par le VIH/sida dans les pays pauvres d'ici à 2005. Ses mots d'ordre sont urgence, équité et pérennité¹²¹.

Les autres infections sexuellement transmissibles

Les femmes victimes de viol sont aussi vulnérables aux infections bactériennes (syphilis, blennorragie, infections à chlamydia) ; aux virus de l'hépatite B, de l'herpes simplex (herpès génital) et au papillomavirus ; à la trichomonase (provoquée par un protozoaire, c'est-à-dire un organisme unicellulaire) ; enfin, aux problèmes liés aux poux pubiens et à la gale¹²².

Les infections sexuellement transmissibles			
Virus	Bactéries	Protozoaires	Insectes
Cytomégalovirus	Chlamydia	Trichomonas	Poux pubiens (« <i>morpions</i> »)
VIH/sida	Blennorragie		Gale
Hépatite virale	Syphilis		
Herpes simplex			
Papillomavirus humain			

119. Pour une analyse plus approfondie de la prophylaxie post-exposition, voir l'exposé présenté lors de la conférence *Indications for and use of post-exposure prophylaxis (PEP) following sexual assault: a two-day workshop*, qui s'est tenue en Afrique du Sud en septembre 2002, disponible à l'adresse : <http://www.hivinsight.net/InSite?page=pr-rr-07> (novembre 2002) ; ROLAND, M., *Prophylaxis following non-occupational exposure to HIV*, op. cit.

120. La Treatment Action Campaign (TAC), basée au Cap, est l'une des organisations de premier plan dans ce domaine. Cette ONG a reçu le prix Nelson Mandela pour la santé et les droits de l'homme en 2003.

121. OMS, *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir. La stratégie de l'OMS*, Genève, 2003, disponible à l'adresse : <http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129/en/>.

122. JACKSON, D., DALLABETTA, G., STEEN, R., "Sexually transmitted infections: prevention and management", in *Clinics in Occupational and Environmental Medicine*, 2004, vol. 4, n° 1, p. 167-188.

Les conséquences de la violence sur la santé mentale

La violence a pour effet de rompre le sentiment de sécurité personnelle des femmes. La violence sexuelle ajoute à ce traumatisme une attaque contre leur intimité qui les agresse au plus profond de leur être. Les conséquences psychologiques et comportementales de la violence contre les femmes sont multiples (voir encadré plus haut) et peuvent se traduire, entre autres, par de l'angoisse, de la peur, une dépression, un sentiment de honte ou de culpabilité, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, une mauvaise estime de soi, un syndrome de stress post-traumatique, des automutilations, une consommation excessive d'alcool ou de drogue, des pensées suicidaires et des comportements sexuels à risques.

L'existence du VIH/sida aggrave la réaction psychologique et comportementale à l'agression. Ainsi, une étude a montré que les victimes d'agressions sexuelles se plaignaient davantage d'angoisse, de dépression et de troubles de la personnalité et signalaient d'éventuels rapports sexuels non protégés beaucoup plus fréquemment que les femmes qui n'avaient pas subi d'agressions sexuelles¹²³.

Dépression, angoisse et peur

Les femmes qui ont été victimes de violence peuvent souffrir de dépression, ressentir une angoisse accrue et avoir peur pour leur sécurité personnelle, leur vie quotidienne et leur santé¹²⁴. Parmi toutes les conséquences négatives sur la santé mentale de la violence domestique ou de la violence du partenaire intime, la dépression est l'une des plus courantes¹²⁵.

L'angoisse et la peur sont des conséquences courantes de la violence, mais les craintes et les appréhensions des femmes et des jeunes filles dans la collectivité ne sont pas seulement liées à des expériences d'agression ; elles sont souvent le reflet d'un sentiment d'insécurité. Ainsi, une étude australienne a révélé que 70 p. cent des femmes avaient peur de marcher seule dans la rue la nuit et que les femmes qui avaient un compagnon avaient plus peur que les autres¹²⁶. De même, une étude britannique a montré que 37 p. cent des jeunes femmes de seize à vingt-neuf ans avaient peur du viol et que la moitié d'entre elles ne se sentaient pas en sécurité quand elles rentraient chez elles à pied la nuit¹²⁷. Si la peur peut être une réaction appropriée face à un danger imminent, elle peut aussi avoir pour conséquence d'influencer le comportement des femmes et de limiter leur liberté de mouvement même quand le risque de violence est moins élevé qu'elles ne le craignent.

123. KALICHMAN, S.C., SIKKEMA, K.J., DIFONZO, K., LUKE, W., AUSTIN, J., "Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV-AIDS", in *Journal of Traumatic Stress*, 2002, vol. 15, n° 4, p. 289-296.

124. STEIN, M.B., LANG, A.J., LAFFAYE, C., SATZ, L.E., LENOX, R.J., DRESSELHAUS, T.R., "Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women", in *General Hospital Psychiatry*, 2004, vol. 26, n° 3, p. 178-183 ; COID, J., PETRUCKEVITCH, A., CHUNG, W.S., RICHARDSON, J., MOOREY, S., FEDER, G., "Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders", in *Br J Psychiatry*, 2003, vol. 183, p. 332-339 ; p. 340-341.

125. DIENEMANN, J., BOYLE, E., BAKER, D., RESNICK, W., WIEDERHORN, N., CAMPBELL, J., "Intimate partner abuse among women diagnosed with depression", in *Issues in Mental Health Nursing*, 2000, vol. 21, n° 5, p. 499-513.

126. CARCACH, C., MUKHERJEE, S., *Women's Fear of Violence in the Community*, Australian Institute of Criminology, publication n° 135, 1999, <http://www.aic.gov.au/publications/tandi/ti135.pdf>.

127. KERSHAW, C., BUDD, T., KINSHOTT, G., MATTINSON, J., MAYHEW, P., MYHILL, A., "The 2000 British Crime Survey England and Wales", in *Home Office Statistical Bulletin*, 18/00, 2000 ; MIRRLEES-BLACK, C., MAYHEW, P., PERCY, A., "The 1996 British Crime Survey England and Wales", in *Home Office Statistical Bulletin*, 19/96, septembre 1996.

Les changements comportementaux

Les violences physiques et sexuelles peuvent induire des changements significatifs dans le comportement des femmes et des jeunes filles. Ces changements peuvent prendre la forme de comportements à risques¹²⁸, de consommation de stupéfiants ou d'alcool¹²⁹, de troubles du sommeil¹³⁰, de troubles de l'alimentation¹³¹ et de violences auto-infligées¹³². Les mauvais traitements peuvent aussi provoquer des pensées suicidaires et des tentatives de suicide¹³³. Par ailleurs, les agressions sexuelles peuvent avoir des répercussions sur le comportement sexuel des femmes en provoquant des phénomènes inhibant les réactions, tels que des peurs et des troubles de la libido. Ces problèmes peuvent être atténués par un certain nombre de facteurs, notamment par un soutien solide du partenaire intime¹³⁴.

Les réactions de stress post-traumatique

Les femmes (et les hommes) qui ont subi des violences mettant leur vie en danger ou des agressions sexuelles peuvent avoir diverses réactions qui, prises dans leur ensemble, constituent une réaction de stress post-traumatique. Le stress aigu est un état passager qui survient en réaction à un événement traumatisant. Il est déclenché par cet événement et peut disparaître dans les jours qui suivent. Il peut se traduire, entre autres symptômes, par des difficultés de concentration, un sentiment de désorientation, un état dépressif, un repli sur soi et de l'angoisse. Au-delà de cette réaction de stress aigu, l'état que l'on remarque le plus couramment chez les victimes de tels événements – en raison de sa durée et de sa gravité – est le syndrome de stress post-traumatique.

128. CAMPBELL, R., SEFL, T., AHRENS, C.E., "The impact of rape on women's sexual health risk behaviors", in *Health Psychology*, janvier 2004, vol. 23, n° 1, p. 67-74. On entend par comportements à risques, entre autres, une augmentation de l'activité sexuelle ou du nombre de partenaires, l'usage irrégulier des préservatifs et la consommation courante d'alcool ou de stupéfiants pendant les rapports.

129. CHOQUET, M., DARVES-BORNOZ, J.M., LEDOUX, S., MANFREDI, R., HASSLER, C., "Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey", in *Child Abuse & Neglect*, 1997, vol. 21, p. 823-832. La toxicomanie et l'alcoolisme sont aussi des indices de violence sexuelle. Voir KING, G., FLISHER, A.J., NOUBARY, F., REECE, R., MARAIS, A., LOMBARD, C., "Substance abuse and behavioral correlates of sexual assault among South African adolescents", in *Child Abuse & Neglect*, 2004, vol. 28, n° 6, p. 683-696.

130. CLUM, G.A., NISHITH, P., RESICK, P.A., "Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims", in *Journal of Nervous and Mental Diseases*, septembre 2001, vol. 189, n° 9, p. 618-622.

131. WALSH, J.M.W., WHEAT, M.E., FREUND, K., "Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician", in *Journal of General Internal Medicine*, 2000, vol. 15, n° 8, p. 577-590, disponible à l'adresse : <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x/full/>

132. CAVANAUGH, R.M., "Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls", in *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002, vol. 15, n° 2, p. 97-100.

133. ULLMAN, S.E., BRECKLIN, L.R., "Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women", in *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 2002, vol. 32, n° 2, p. 117-130.

134. VAN BERLO, W., ENSINK, B., "Problems with sexuality after sexual assault", in *Annual Review of Sex Research*, 2000, vol. 11, p. 235-257.

Même si certains contestent son existence¹³⁵, ce syndrome correspond bien à un ensemble de réactions largement observées chez les victimes de violence, et en particulier de viol. (L'encadré ci-dessous contient un résumé des éléments qui permettent, selon l'Organisation mondiale de la santé et l'*American Psychiatric Association* [APA, Association américaine de psychiatrie], de diagnostiquer un syndrome de stress post-traumatique.)

Le syndrome de stress post-traumatique
<p>Critères de l'OMS pour le diagnostic</p> <p>A. La personne a été confrontée à un événement traumatisant ou à une situation particulièrement dangereuse ou catastrophique.</p> <p>B. Elle continue de se remémorer ou de « revivre » cet événement, par exemple sous la forme de réminiscences envahissantes.</p> <p>C. Elle cherche à éviter les situations qui ressemblent ou qui sont associées à l'événement.</p> <p>D. Elle souffre d'un des troubles suivants, ou des deux :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) une incapacité à se souvenir de certains aspects importants de l'événement traumatisant ; ii) la persistance de symptômes non présents avant l'événement, dont au moins deux parmi ceux-ci : difficultés d'endormissement ou troubles du sommeil ; irritabilité ou crises colériques ; problèmes de concentration ; hypervigilance ; réflexe de sursaut exagéré. <p>E. Les critères B, C et D surviennent dans les six mois après l'événement traumatisant ou la fin de la période de stress.</p> <p>Voir : OMS, <i>Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic</i> (CIM-10), Organisation mondiale de la santé, Genève, 1992.</p> <p>Critères de l'APA pour le diagnostic</p> <p>La définition du syndrome de stress post-traumatique fournie par l'APA contient des éléments similaires à ceux cités ci-dessus (avec quelques facteurs supplémentaires).</p> <p>Voir : <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>, quatrième édition (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.</p>

De nombreuses études ont étudié le syndrome de stress post-traumatique sous l'angle de son incidence, de l'épidémiologie, des facteurs de prédisposition et des thérapies possibles. Il apparaît clairement que ce syndrome est l'une des conséquences majeures du viol et des autres agressions traumatisantes sur la santé mentale des femmes¹³⁶.

135. SUMMERFIELD, D., "The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category", in *British Medical Journal*, 2001, vol. 322, p. 95-98.

136. GOLDING, J.M., "Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis", in *Journal of Family Violence*, 1999, vol. 14, p. 99-132.

L'invalidité

Les violences faites aux femmes peuvent provoquer des invalidités physiques. Par exemple, pendant le génocide au Rwanda et dans d'autres conflits civils en Afrique de l'Ouest, des femmes – et des hommes – ont eu les mains ou les bras sectionnés par des combattants de l'opposition. Des blessures spécifiques aux femmes ont aussi été infligées. Ainsi, dans plusieurs conflits, des femmes ont eu les seins coupés et ont subi de graves lésions de l'appareil génital. Les viols particulièrement violents peuvent avoir une conséquence très invalidante pour les femmes sur le plan social : la fistule – rupture de la paroi entre le vagin et la vessie ou le rectum. La victime devient incontinente et est généralement isolée socialement et exclue de toute participation à la vie de la collectivité. Cette lésion peut être réparée par une intervention chirurgicale si la femme a la possibilité de se rendre dans un hôpital approprié¹³⁷.

Par ailleurs, les problèmes psychologiques résultant de la violence peuvent à eux seuls constituer une invalidité en empêchant la femme d'avoir un comportement normal.

La stérilisation forcée

Au Pérou, en cinq ans (1996-2000), plus de 250 000 femmes, pour la plupart pauvres et originaires de régions rurales isolées, ont subi des stérilisations forcées, sans consentement en bonne et due forme, dans le cadre d'une politique de planification familiale¹³⁸. En octobre 2002, dans une affaire qui a fait jurisprudence, le gouvernement du Pérou a reconnu devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme que plusieurs conventions relatives aux droits humains avaient été violées¹³⁹.

De même, en République slovaque, des femmes de la minorité rom (tsigane) auraient, selon certaines allégations, été victimes de stérilisations forcées sous le régime communiste et dans les années 90¹⁴⁰. Bien que le gouvernement ait promis d'enquêter sur ces allégations, Amnesty International a exprimé en septembre 2003 sa préoccupation face au manque d'indépendance, d'exhaustivité et d'impartialité de l'enquête malgré ses appels répétés et les exigences du droit international. En outre, elle s'est inquiétée des informations persistantes faisant état d'actes de harcèlement et d'intimidations contre les victimes, les témoins et

137. MULETA, M., WILLIAMS, G., "Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-97", in *The Lancet*, 1999, vol. 354, p. 2 051-2 052.

138. MIRANDA, J.J., YAMIN, A.E. "Reproductive health without rights in Peru", in *The Lancet*, 2004, vol. 363, p. 68-69 ; BARTHELEMY, F., « Une politique d'État froidement menée. Stérilisations forcées des Indiennes du Pérou », in *Le Monde Diplomatique*, mai 2004 ; Amnesty International, *Peru: The Truth and Reconciliation Commission – a first step towards a country without injustice*, index AI : AMR 46/003/2004, août 2004.

139. Rapport n° 66/00 de la Commission interaméricaine des droits de l'homme de l'Organisation des États américains, affaire 12.191, María Mamérita Mestanza Chávez, Pérou, 3 octobre 2000 (non traduit en français). Une fois les violations reconnues, l'affaire a été officiellement réglée en 2003 : rapport n° 71/03, affaire 12.191, règlement amiable, María Mamérita Mestanza Chávez, Pérou, 22 octobre 2003 (non traduit en français). Voir l'analyse qui figure dans l'ouvrage suivant : COOK, R.J., DICKENS, B.M., FATHALLA, M.F., *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*, Clarendon Press, Oxford, 2003, p. 172-173.

140. *Center for Reproductive Rights* (Centre pour les droits en matière de reproduction) et *Poradna pre občianske a ľudské práva* (Centre des droits civils et humains), *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*, New York, 2003, p.60.

les défenseurs des droits humains dans cette affaire¹⁴¹. Elle a continué à agir tout au long de l'année qui a suivi afin que l'enquête du gouvernement soit conforme aux normes requises.

La grossesse

La grossesse est à la fois une conséquence de la violence sexuelle et un facteur à prendre en compte dans l'étude des violences conjugales¹⁴². Le taux de grossesses découlant d'un viol est difficile à évaluer pour plusieurs raisons, et notamment du fait que la plupart des viols ne sont pas déclarés. En outre, certaines femmes sont victimes de viols systématiques et répétés, ce qui accroît le risque de grossesse. F.H. Stewart et J. Trussel¹⁴³ ont estimé que, aux États-Unis, en 1998, environ 25 000 grossesses avaient été provoquées par un viol. Cette année-là, quelque 330 000 agressions de ce type avaient été signalées, même si le chiffre réel est certainement plus élevé. Une étude plus ancienne menée aux États-Unis avait estimé le taux national de grossesses liées au viol à 5 p. cent chez les victimes en âge de procréer (de douze à quarante-cinq ans) – c'est-à-dire que cinq victimes de viol sur 100, en moyenne, s'étaient retrouvées enceintes. Chez les femmes adultes, cette étude estimait à environ 32 000 le nombre de grossesses provoquées chaque année par un viol¹⁴⁴. Peu de données sont disponibles pour les autres pays.

Le droit international ne reconnaît pas de droit général à l'avortement¹⁴⁵. Toutefois, les conférences internationales sur les droits humains et les organes intergouvernementaux chargés d'interpréter les traités relatifs aux droits humains soutiennent de plus en plus la position selon laquelle l'avortement doit être sûr et accessible dans les pays où il est légal et doit, en outre, être autorisé lorsque la grossesse fait suite à un viol¹⁴⁶. Certains organes internationaux relatifs aux droits humains ont aussi exhorté les États à supprimer les sanctions pénales liées à l'avortement : une femme ne devrait pas pouvoir se retrouver en prison pour avoir avorté¹⁴⁷.

141. Amnesty International, [Slovakia: Failing to ensure an impartial and thorough investigation into allegations of illegal sterilization of Romani women](#), (index AI : EUR 72/002/2003).

142. La grossesse forcée constitue aussi, en elle-même, une forme de violence. Elle figure au rang des « autre[s] forme[s] de violence sexuelle constituant une infraction grave aux Conventions de Genève » considérées comme des crimes de guerre aux termes du Statut de Rome de la Cour pénale internationale (article 8-2-b-xxii).

143. STEWART, F.H., TRUSSELL, J., "Prevention of pregnancy resulting from rape: a neglected preventive health measure", in *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, vol. 19, p. 228-229.

144. HOLMES, M.M., RESNICK, H.S., KILPATRICK, D.G., BEST, C.L., "Rape related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women", in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, vol. 175, p. 320-324 ; voir aussi l'analyse p. 324-325.

145. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes est le premier traité international à reconnaître explicitement le droit à l'avortement comme moyen de protéger les droits des femmes en matière de procréation. Voir l'article 14-2-c, http://www.achpr.org/francais/info/women_fr.html.

146. Voir le paragraphe 8-25 du Programme d'action de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (1994). Par ailleurs, en réponse aux 2^e et 3^e rapports périodiques du gouvernement panaméen, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a fait le commentaire suivant : « [Le Comité] recommande que l'on prenne les mesures voulues pour que les femmes victimes de sévices sexuels soient traitées avec une attention particulière. Ces mesures pluridisciplinaires doivent porter aussi bien sur les aspects juridiques que sur les aspects psychologiques de la situation des victimes. Le Comité recommande également que les Panaméennes enceintes à la suite d'un viol aient la possibilité de mettre fin à leur grossesse. », document ONU A/53/38/Rev. 1, deuxième partie (§ 182-205), § 201.

147. Voir la Recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (§ 31-c : « Le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent ».)

Les données montrent que le taux de complications et de décès est en moyenne plus élevé avec les avortements illégaux qu'avec les avortements légaux pratiqués dans un centre médical¹⁴⁸. Au Brésil, des organisations de femmes et des associations d'obstétriciens et de gynécologues se battent pour que des services d'interruption de grossesse sécurisés soient mis à la disposition des femmes dans le respect de la législation brésilienne afin d'éviter les décès liés aux avortements illégaux¹⁴⁹. L'OMS a abordé ce sujet dans un récent rapport¹⁵⁰.

En ce qui concerne la violence contre les femmes enceintes, des études ont montré une prévalence de 1,2 à 21 p. cent selon les populations étudiées¹⁵¹. Aux États-Unis, A.L. Coker et ses collègues ont conclu que la violence pendant la grossesse était associée à des décès périnataux et à des naissances prématurées de nouveau-nés de faible poids ; ils ont montré que plus la violence était fréquente, plus les risques augmentaient¹⁵². En Arabie saoudite, des chercheurs ont relevé un taux de violence physique de 21 p. cent dans le groupe étudié ; ils ont montré que les femmes victimes de violence étaient plus souvent hospitalisées avant la naissance pour des complications maternelles, telles que des traumatismes à l'abdomen, un déclenchement prématuré du travail et des infections rénales. La violence physique pendant la grossesse était aussi associée à un plus grand risque de césarienne, de souffrance fœtale et d'accouchement prématuré¹⁵³.

Au Canada, une étude récente a révélé un taux de violence physique plus faible – 1,2 p. cent – mais a confirmé les résultats des recherches précédentes, notamment le lien entre la violence physique pendant la grossesse et les retards de croissance intra-utérins. Elle a montré, en outre, l'existence d'un lien entre la violence et les taux d'hémorragies avant l'accouchement et de décès périnataux¹⁵⁴.

148. Selon l'OMS, 19 millions de femmes ont recours à un avortement illégal chaque année, dont 18,5 millions dans des pays en développement. Quelque 68 000 femmes – vivant toutes dans des pays en développement – meurent chaque année de complications liées à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (chiffres pour l'année 2000). Voir http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/ (en anglais uniquement).

149. FAUNDES, A., ANDALFT, J., "Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil", in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, vol. 78, supplément 1, p. S67-S73 ; VIEIRA VILLELA, W., DE OLIVEIRA ARAÚJO, M.J., "Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice", in *Reproductive Health Matters*, 2000, vol. 8, n° 16, p. 77-82.

150. Organisation mondiale de la santé, *Avortement médicalisé. Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, OMS, Genève, 2004.

151. PETERSEN, R., GAZMARARIAN, J.A., SPITZ, A.M., ROWLEY, D.L. et coll., "Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research", in *American Journal of Preventive Medicine*, septembre-octobre 1997, vol. 13, n° 5, p. 366-373 ; voir aussi STENSON, K., HEIMER, G., LUNDH, C., NORDSTROM, M.L., SAARINEN, H., WENKER, A., "The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden", in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2001, vol. 22, p. 189-197 (Les femmes interrogées ont été 1,3 p. cent à déclarer avoir été victimes de violence pendant leur grossesse et 21 p. cent à affirmer avoir déjà subi des violences au cours de leur vie.)

152. COKER, A.L., SANDERSON, M., DONG, B., "Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes", in *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, vol. 18, n° 4, p. 260-269.

153. RACHANA, C., SURAIYA, K., HISHAM, A.S., ABDULAZIZ, A.M., HAI, A., "Prevalence and complications of physical violence during pregnancy", in *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2002, vol. 103, p. 26-29.

154. JANSSEN, P.A., HOLT, V.L., SUGG, N.K., EMANUEL, I., CRITCHLOW, C.M., HENDERSON, A.D., "Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study", in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, vol. 188, p. 1 341-1 347.

De même, selon une étude menée au Nicaragua, la violence physique du partenaire pendant la grossesse constitue un facteur indépendant de risque de faible poids de naissance de l'enfant¹⁵⁵, résultat confirmé par une étude de H.P. Nuñez et coll. au Costa Rica¹⁵⁶ et par deux études américaines, l'une réalisée par S. Lipsky et coll. sur des femmes adultes¹⁵⁷ et l'autre menée par D.L. Covington et coll. sur des adolescentes¹⁵⁸.

La mort

Le risque d'être tué par la personne avec laquelle on vit est beaucoup plus élevé pour les femmes vivant avec un homme que pour les hommes vivant avec une femme. Des études réalisées dans plusieurs pays, notamment aux États-Unis et en Australie, ont montré que 40 à 70 p. cent des femmes victimes de meurtre avaient été tuées par leur mari ou compagnon. En comparaison, dans ces deux pays, seuls 4 à 9 p. cent des hommes victimes de meurtre avaient été tués par leur compagne¹⁵⁹. Au Royaume-Uni, 37 p. cent des homicides de femmes sont commis par le conjoint ou un ex-conjoint de la victime. Chaque année, environ 92 femmes sont ainsi tuées dans ce pays, ce qui représente en moyenne deux femmes par semaine¹⁶⁰. En Afrique du Sud, de nouvelles recherches ont montré qu'une femme était tuée par son partenaire intime en moyenne toutes les six heures – soit 28 homicides par semaine. Selon les auteurs de ces recherches, c'est le taux le plus élevé jamais relevé parmi tous les pays où ce phénomène a été étudié¹⁶¹. Toujours selon cette étude, 50 p. cent du nombre total de femmes tuées en Afrique du Sud en 1999 par un meurtrier identifié l'ont été par un homme avec qui elles avaient une relation intime.

Dans certains pays, des femmes sont menacées de mort au nom de pratiques culturelles qui imposent de tuer celles qui ne se conforment pas aux normes sociales ou qui se rebellent contre ces normes. Ainsi, dans les pays de Méditerranée orientale et du sous-continent indien, des femmes sont tuées en toute impunité quand leur entourage considère qu'elles ont sali l'« honneur » masculin par une mauvaise conduite sexuelle ou, plus largement, qu'elles ont bafoué les valeurs qui définissent au sein de la société la manière dont une femme doit se comporter. Par exemple, un rapport de Human Rights Watch a rendu

155. VALLADARES, E., ELLSBERG, M., PENA, R., HOGBERG, U., PERSSON, L.A., "Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua", in *Obstetrics and Gynecology*, 2002, vol. 100, p. 700-705.

156. NUÑEZ RIVAS, H.P., MONGE ROJAS, R., GRIOS DAVILA, C., ELIZONDO URENA, A.M., ROJAS CHAVARRIA, A., "La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica", in *Revista panamericana de salud pública*, 2003, vol. 14, p. 7 583.

157. LIPSKY, S., HOLT, V.L., EASTERLING, T.R., CRITCHLOW, C.W., "Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes", in *Obstetrics and Gynecology*, 2003, vol. 102, p. 557-564.

158. COVINGTON, D.L., JUSTASON, B.J., WRIGHT, L.N., "Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents", in *Journal of Adolescent Health*, 2001, vol. 28, p. 55-61.

159. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002, p. 104.

160. Statistiques du ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni, voir : <http://www.homeoffice.gov.uk/crime/domesticviolence/index.html> (en anglais uniquement).

161. MATHEWS, S., ABRAHAMS, N., MARTIN, L.J., VETTEN, L., VAN DE MERWE, L., JEWKES, R., "Every six hours a woman is killed by her intimate partner": A national study of female homicide in South Africa. MRC Policy Brief n° 5, Medical Research Council, juin 2004, disponible à l'adresse : <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/woman.pdf>.

compte de la situation des femmes jordaniennes, qui sont menacées de violence si elles parlent à un homme autre qu'un parent, se marient sans l'accord de leur famille, ont des relations sexuelles avant le mariage ou tombent enceintes hors mariage. En 2003, dans ce pays, au moins 17 femmes sont mortes du fait de prétendus crimes « d'honneur ». Elles étaient 22 à avoir été tuées dans ces conditions en 2002¹⁶² et au moins 19 en 2001¹⁶³.

En outre, si les hommes accusés de crimes « d'honneur » sont souvent traités avec clémence, les femmes menacées de tels crimes peuvent être envoyées en prison « pour leur propre sécurité ». Une fois incarcérées, elles ne peuvent être libérées que si un homme de leur famille se déclare garant de leur sécurité¹⁶⁴.

Au Pakistan, des centaines de femmes de tous âges sont tuées chaque année dans toutes les régions du pays et pour diverses raisons liées à la notion « d'honneur ». Les victimes peuvent être des fillettes prépubères, des jeunes filles ou des jeunes femmes non mariées, des femmes âgées, y compris des grands-mères, des femmes mariées ou des veuves. Les actes de mauvaise conduite considérés comme « déshonorants » sont généralement des actes à caractère sexuel¹⁶⁵.

Dans le sous-continent indien, de nombreuses femmes meurent chaque année de brûlures provoquées par des attaques au feu ou à l'acide commises par leur partenaire ou un membre de leur famille. Une étude médicolégal des décès survenus à la suite de brûlures a révélé le caractère effroyable de cette pratique. La majorité des femmes ainsi assassinées avaient entre seize et vingt-cinq ans au moment des faits. Généralement, elles ont été aspergées de pétrole et enflammées vives, et ont subi des brûlures sur plus de 70 p. cent de la surface du corps¹⁶⁶.

L'utilisation d'acide sulfurique ou d'acide nitrique pour infliger aux femmes des lésions et des souffrances atroces a été étudiée au Bangladesh¹⁶⁷. Il est apparu que ces attaques étaient généralement motivées soit par la vengeance contre une femme ayant repoussé des avances sexuelles ou une demande en mariage soit par des conflits familiaux. Une ONG, l'Acid Survivors Foundation, aide les victimes de cette forme de violence¹⁶⁸.

L'hospitalisation ne constitue pas nécessairement une protection pour les femmes accusées d'avoir « déshonoré » leur famille. Ainsi, en février 2004, quelques semaines après avoir donné naissance à un enfant illégitime, une jeune femme

162. Human Rights Watch, *Honoring the Killers: Justice Denied for "Honor" Crimes in Jordan*, New York, 2004, disponible à l'adresse : <http://hrw.org/reports/2004/jordan0404/>

163. Amnesty International, Rapport 2002, Londres, 2002.

164. Human Rights Watch, *Honoring the Killers*, op. cit.

165. Amnesty International, *Pakistan: Violence against women in the name of honour*, (index AI : ASA 33/017/1999), septembre 1999 (version abrégée disponible en français sous le titre [Pakistan. Femmes et jeunes filles tuées pour des questions d'honneur](#), (index AI : ASA 33/018/1999).

166. KUMAR, V., TRIPATHI, C.B., "Burnt wives: a study of homicides", in *Medicine, Science and the Law*, 2004, vol. 44, p. 55-60.

167. FAGA, A., SCEVOLA, D., MEZZETTI, M.G., SCEVOLA, S., "Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem", in *Burns*, 2000, vol. 26, n° 8, p. 701-709. Voir aussi : ANWARY, A., "Acid violence and medical care in Bangladesh: women's activism as carework", in *Gender & Society*, 2003, vol. 17, p. 305-313 ; BEGUM, A.A., "Acid violence: a burning issue of Bangladesh – Its medicolegal aspects", in *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2004, vol. 25, n° 4, p. 321-323 ; et Amnesty International. *Torture. Ces femmes que l'on détruit* (index AI : ACT 40/001/2001), Londres, 2001.

168. Voir : <http://www.acidsurvivors.org> (en anglais uniquement).

turque de vingt-deux ans, Güldünya Toren, a été blessée par balle dans la rue par ses deux frères. De son lit d'hôpital, elle a imploré les policiers de la sauver, mais elle a été laissée sans protection. Une nuit, ses frères sont entrés dans l'hôpital, qui n'était pas gardé, et l'ont abattue d'une balle dans la tête¹⁶⁹.

Dans une autre affaire, Mehmet Halitogullari a reconnu avoir étranglé sa fille Nuran, âgée de quatorze ans, en avril 2004. Celle-ci avait été enlevée par un homme alors qu'elle rentrait chez elle et avait été violée plusieurs jours de suite. La police avait arrêté l'homme et ramené la jeune fille chez elle, où son père l'a tuée. Il est actuellement jugé pour meurtre¹⁷⁰.

En Turquie, les femmes qui ont subi des violences sexuelles se retrouvent dans une position intolérable. Comme l'a déclaré un médecin turc, « *le droit actuel [en Turquie] laisse aux femmes violées le choix entre quatre possibilités : épouser le violeur, se suicider, se prostituer ou être tuées*¹⁷¹ ». Selon un rapport sur la Turquie récemment publié par Amnesty International, environ la moitié des femmes interrogées dans le sud et le sud-est du pays n'avaient pas été consultées sur le choix de leur époux ou avaient été mariées contre leur gré. Ce rapport illustre aussi le problème souligné par le médecin cité ci-dessus :

« *Un homme condamné pour viol à Samsun, dans le nord de la Turquie, a été libéré et sa peine d'environ sept ans d'emprisonnement a été ajournée après qu'il eut accepté d'épouser la jeune fille de quatorze ans qu'il avait violée. Celle-ci a déclaré devant le tribunal qu'elle ne pouvait plus sortir dans son village ni parler à personne après le viol tant elle avait honte*¹⁷². »

Les répercussions sur les enfants des violences contre les femmes

Quand la violence est monnaie courante dans une famille, les enfants peuvent en être les victimes directes et subir des violences physiques, psychologiques et sexuelles¹⁷³. Toutefois, ils souffrent aussi des violences infligées à leur mère naturelle ou adoptive. Les enfants qui sont témoins des comportements brutaux de leurs parents souffrent plus fréquemment d'anxiété, de dépression, d'un manque d'estime de soi, de cauchemars et d'autres problèmes, telles qu'une agressivité permanente¹⁷⁴.

On voit souvent apparaître chez ces enfants des problèmes semblables à ceux des enfants qui sont eux-mêmes victimes de violence¹⁷⁵. En outre, il est largement démontré qu'une proportion importante des adultes qui commettent des violences

169. Amnesty International, [Turquie. Les femmes et la violence au sein de la famille](#), (index AI : EUR 44/013/2004), Londres, 2004.

170. Ibid.

171. Dr Adem Sozuer, témoignage paru dans le quotidien turc *Radikal*, cité dans le *Toronto Star* en date du 16 mai 2004.

172. Amnesty International, *Turquie. Les femmes et la violence au sein de la famille*, op. cit.

173. JOHNSON, C.F., "Child sexual abuse", in *The Lancet*, 2004, vol. 364, p. 462-470.

174. KERNIC, M.A., WOLF, M.E., HOLT, V.L., MCKNIGHT, B., HUEBNER, C.E., RIVARA, F.P., "Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner", in *Child Abuse & Neglect*, 2003, vol. 27, p. 1 231-1 246.

175. EDLESON, J.L., "Children witnessing of adult domestic violence", in *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, vol. 14, p. 839-870.

sexuelles ont été eux-mêmes exposés à ce type d'actes ou à d'autres formes de violence pendant leur enfance¹⁷⁶.

Les soins aux victimes de violence

Les victimes de violence peuvent s'adresser à diverses personnes pour obtenir des soins – guérisseurs traditionnels, médecins, infirmières, spécialistes de la santé mentale, etc. – mais elles peuvent aussi ne demander aucune aide, s'appuyant uniquement sur leurs propres ressources ou sur le soutien de leurs amis. Dans certains cas, les femmes se présentent dans un centre médical pour un problème de santé précis et d'autres problèmes liés, eux, à la violence apparaissent au cours de la consultation.

L'un des facteurs essentiels est la possibilité pour les femmes victimes de violence de bénéficier de services médicaux et psychosociaux adaptés. Or, dans beaucoup de situations de conflit et d'après-conflit, les services médicaux de base sont inexistantes. Dans certains cas, la politique économique du gouvernement entraîne un coût élevé des soins médicaux, rendant ces soins inabordable pour ceux qui en ont besoin¹⁷⁷. Dans d'autres cas, ces services sont rares ou inexistantes. Les conflits peuvent aussi empêcher la population d'accéder aux services existants. Même dans les pays qui ne rencontrent pas de problèmes de sécurité, les services ne sont pas toujours adaptés pour les femmes victimes de violence.

Néanmoins, de nombreux spécialistes médicaux expérimentés disposent des compétences particulières nécessaires pour répondre aux besoins des femmes en termes de santé. Par ailleurs, un nombre croissant de publications paraissent sur la manière de détecter et de soigner les femmes victimes de torture, de viol ou d'autres formes de violence et d'atteintes aux droits humains. L'éventail de ces soins est trop vaste pour pouvoir être résumé ici, et nous renvoyons donc les lecteurs aux publications existantes sur ce sujet¹⁷⁸.

Aspects médico-légaux et recueil d'informations

L'efficacité des poursuites pour viol ou pour d'autres actes de violence dépend de la qualité des preuves recueillies et de l'enquête ; elle nécessite l'arrestation du ou des suspects et leur comparution en justice¹⁷⁹. Dans la pratique, ces conditions sont rarement toutes remplies. Parfois, c'est la femme qui ne signale pas le crime

176. Voir, par exemple, KELLOGG, N.D., MENARD, S.W., "Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse", in *Child Abuse and Neglect*, 2003, vol. 27, p. 1 367-1 376.

177. Amnesty International, [Burundi. Le viol, une atteinte aux droits humains passée sous silence](#) (index AI : AFR 16/006/2004). Les conditions imposées aux gouvernements par les bailleurs de fonds internationaux peuvent limiter leurs choix en ce qui concerne les dépenses de santé et le recouvrement des frais.

178. Voir par exemple : HINSHELWOOD, G., "The sexual abuse of females", in PEEL, M., IACOPINO, V. (sous la direction de), *The Medical Documentation of Torture*, Greenwich, Londres, 2002, p. 172-177 ; PEEL, M. (sous la direction de), *Rape as a Method of Torture*, Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres, 2004 ; HERMAN, J., *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York, 1992, 276 pages. Voir aussi : CANTU, M., COPPOLA, M., LINDNER, A.J., "Evaluation and management of the sexually assaulted woman", in *Emergency Medicine Clinics of North America*, 2003, vol. 2, n° 3, p. 737-750.

179. La procédure judiciaire doit respecter le droit de l'accusé à un procès équitable, mais aussi protéger la victime de tout traumatisme supplémentaire.

par peur, par honte ou par volonté de tirer un trait sur l'agression et de passer à autre chose¹⁸⁰. Dans d'autres cas, les professionnels de la santé ne recueillent pas les preuves nécessaires ou tardent à le faire par manque de compétences ou d'équipements¹⁸¹.

Le rôle de la preuve dans les poursuites judiciaires

Dans le cadre de la médecine légale et des soins infirmiers, de très nombreuses réflexions et analyses ont été menées sur l'élaboration de protocoles d'examen et de recueil de preuves dans les affaires de violences sexuelles¹⁸². Ces derniers temps, des efforts croissants ont porté sur la collecte efficace d'éléments médicaux probants permettant d'identifier l'auteur de l'agression et d'obtenir sa condamnation par les tribunaux.

Néanmoins, le nombre de plaintes, d'inculpations et de condamnations dans les affaires de viol reste très bas. La plupart des cas ne sont pas signalés à la police. Quand ils le sont, l'auteur présumé du viol n'est pas toujours arrêté, et quand il l'est, il bénéficie souvent d'un acquittement.

Un certain nombre de chercheurs dans le domaine médico-légal ont mis au point des protocoles de plus en plus rigoureux pour tenter d'améliorer la qualité et l'efficacité des preuves médico-légales en cas d'agression sexuelle. S'appuyant sur ces protocoles et sur ses propres compétences, l'Organisation mondiale de la santé a soutenu la rédaction d'un rapport sur le mode d'enquête et de collecte des informations dans les affaires de violence sexuelle, dans l'objectif d'améliorer la constitution de preuves¹⁸³.

180. MYHILL, A., ALLEN, J., "Rape and sexual assault of women: findings from the British Crime Survey", in *Home Office Findings*, n° 159 (selon cette publication, environ 20 p. cent des femmes du groupe étudié avaient signalé l'agression à la police). En Afrique du Sud, R. Jewkes et ses collègues ont également trouvé des taux de plaintes très bas (JEWKES, R., ABRAHAM, N., "The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview", in *Social Science and Medicine*, 2002, vol. 55, p. 1 231-1 244) ; ils ont toutefois montré que le taux de signalement des viols chez les jeunes femmes était nettement plus fort que chez les femmes plus âgées (JEWKES, R. et coll., "Rape of girls in South Africa", in *The Lancet*, 2002, vol. 359, p. 319-320).

181. C'est pour remédier à ce problème que le CEHAT, ONG spécialisée dans les questions de santé basée à Mumbai, en Inde, a publié un « *kit sur les agressions sexuelles* », qui contient des informations, des équipements et des formulaires pour le recueil de preuves sur l'agression. Voir <http://www.cehat.org/publications/sexualassaultkit.html>.

182. Voir, par exemple, GIRARDIN, B., FAUGNO, D.K., HOWITT, J., "Adult sexual assault: practical management", in PAYNE-JAMES, J., BUSSITIL, A., SMOCK, W. (sous la direction de), *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*, Greenwich Medical Media, Londres, 2003, p. 409-451.

183. Organisation mondiale de la santé, *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*, OMS, Genève, 2004, disponible à l'adresse : http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/.

L'efficacité des preuves médico-légales précises a été confirmée par un certain nombre d'études. Au Canada, M.J. McGregor, J. Du Mont et leurs collègues ont montré que les preuves de traumatismes liés au viol contribuaient à faire condamner les auteurs présumés de l'agression¹⁸⁴, résultats confirmés par J. Wiley et coll¹⁸⁵. C'est pourquoi des efforts considérables ont été déployés ces dernières années dans plusieurs pays afin :

- i) de renforcer la capacité des services médico-légaux à traiter les affaires d'agressions sexuelles, notamment par la création de postes d'infirmières spécialisées dans l'examen des victimes de telles agressions (les *sexual assault nurse examiners* [SANE])¹⁸⁶ ;
- ii) d'élaborer des protocoles d'examen normalisés ;
- iii) d'améliorer la formation et la sensibilisation à l'importance du recueil d'informations médico-légales¹⁸⁷.

Toutefois, si l'amélioration de la capacité des services médico-légaux à répondre aux violences sexuelles, ainsi que l'harmonisation des relations entre les enquêteurs judiciaires et les professionnels de la santé, ont été bénéfiques, certaines recherches ont montré que l'efficacité du recueil d'informations médico-légales avait des limites, en particulier en ce qui concerne les microlésions quasi invisibles subies par les femmes. En outre, le taux de condamnations ne semble pas avoir augmenté.

Par ailleurs, selon certaines études, les médecins et les infirmières qui s'occupent de victimes d'agressions sexuelles ont manifesté, explicitement ou implicitement, le sentiment d'une contradiction entre leur rôle de soignants et leur rôle de collecteurs d'informations médico-légales¹⁸⁸. Ce dilemme est encore plus grand quand les ressources sont limitées. Des informations recueillies par Amnesty International montrent que les médecins qui travaillent dans les zones de conflit

184. MCGREGOR, M.J., LE, G., MARION, S.A., WIEBE, E., "Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges?", in *Canadian Medical Association Journal*, 1999, vol. 160, p. 1 565-1 569, disponible à l'adresse : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/160/11/1565> ; MCGREGOR, M.J., DU MONT, J., MYHR, T.L., "Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution?", in *Annals of Emergency Medicine*, 2002, vol. 39, p. 639-664.

185. WILEY, J., SUGAR, N., FINE, D., ECKERT, L.O., "Legal outcomes of sexual assault", in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, vol. 188, p. 1 638-1 641.

186. HOUMES, B.V., FAGAN, M.M., QUINTANA, N.M., "Establishing a sexual assault nurse examiner (SANE) program in the emergency department", in *Journal of Emergency Medicine*, 2003, vol. 25, p. 111-121 ; REGAN, L., LOVETT, J., KELLY, L., "Forensic Nursing: An option for improving responses to reported rape and sexual assault", in *Home Office Development & Practice Report*, n° 31, Ministère de l'Intérieur, Londres, 2004.

187. En août 2002, Amnesty International s'est associée à l'*Independent Medico-Legal Unit* (Service médico-légal indépendant) basé à Durban pour organiser un séminaire de quatre jours sur l'application des connaissances médico-légales au recueil de preuves dans les affaires de viols et d'autres atteintes aux droits humains en Afrique australe et orientale. Voir : Amnesty International, *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa*, Londres, 2002. Voir aussi McQUOID-MASON, D., PILLEMER, B., FRIEDMAN, C., DADA, M., *Crimes Against Women and Children: A Medico-Legal Guide*, Dundee University and the Independent Medico-Legal Unit (IMLU), Durban, 2002.

188. Voir DU MONT, J., PARNIS, D., "The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection", in *Medicine and Law*, 2004, vol. 23, n° 3, p. 515-529 ; DU MONT, J., PARNIS, D., "Forensic nursing in the context of sexual assault: comparing the opinions and practices of nurse examiners and nurses", in *Applied Nursing Research*, 2003, vol. 16, n° 3, p. 173-183.

d'Afrique centrale estiment dans leur grande majorité que leur priorité est de fournir des services médicaux aux femmes plutôt que de recueillir des preuves.

Les recherches réalisées jusqu'à présent sur la collecte de preuve dans les affaires de viol mettent en évidence un aspect important : la nécessité d'éviter à la victime un traumatisme supplémentaire dans le cadre du système judiciaire¹⁸⁹. L'une des façons d'y parvenir consiste à limiter la multiplication des interrogatoires sur les faits et à proposer à la victime un examen médical dans un lieu spécialisé où elle pourra recevoir une aide psychologique¹⁹⁰.

Le rôle des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, au tout premier niveau en veillant à ce que les pratiques médicales soient exemptes de violence à l'égard des femmes. En effet, A. d'Oliveira et ses collègues ont constaté l'existence d'un certain nombre de violences contre les femmes dans le milieu médical, parmi lesquelles « *l'insuffisance de soins ; les violences verbales, notamment le manque d'amabilité, les menaces, les réprimandes, les cris et les humiliations intentionnelles ; les violences physiques, y compris le fait de ne pas donner d'antalgiques quand ils sont techniquement indiqués et les violences sexuelles*¹⁹¹ ». Selon eux, des mesures doivent être prises dès l'étape de formation des étudiants ; les techniques de communication sont importantes pour réduire la violence. Il est nécessaire de veiller à ce que le personnel ait à répondre de ses actes de violence et de toute forme d'exploitation sexuelle, mais aussi d'améliorer ses conditions de travail afin qu'il ait le temps de communiquer réellement avec les patients.

« Nous devons offrir des programmes de formation efficaces au personnel de santé concernant la manière de prendre soin des victimes de la violence sexuelle et nous devons veiller à ce que les organisations locales et les groupes de femmes soient activement engagés à chaque étape du chemin. Ce qu'il nous faut, ce ne sont pas quelques femmes de mérite ici et là ; c'est l'égalité entre les sexes, pour que les femmes qui occupent des positions de pouvoir puissent mettre fin aux abus de pouvoir. »

« Il est urgent que les femmes qui ont survécu à la violence sexuelle reçoivent des services juridiques, psychosociaux et de santé en matière de reproduction qui soient de qualité, afin de porter remède à la violence horrible qu'elles ont subie. Nous devons prendre les mesures voulues pour mettre en oeuvre des programmes informant le public et les chefs de communauté de l'importance de ne pas jeter l'opprobre sur les victimes de la violence sexuelle, prendre les mesures voulues aussi pour affranchir femmes et filles et les mettre à même de chercher de l'aide et un soutien adéquat. »

Fonds des Nations unies pour la population, octobre 2004¹⁹²

189. SUFFLA, S., SEEDAT, M., NASCIMENTO, A., *Evaluation of medicolegal services in Gauteng: implications for the development of best practices in the after-care of rape survivors*, Medical Research Council (Afrique du Sud), décembre 2001.

190. MCLEAN, I., BALDING, V., "Some characteristics of 7,289 cases of rape and sexual assault seen at St. Mary's Sexual Assault Referral Centre since 1986", in *Health Psychology Update*, 2003, vol. 12, n° 4, p. 56-61 ; KERR, E., COTTEE, C., CHOWDHURY, R., JAWAD, R., WELCH, J., "The Haven: a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault", in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, vol. 110, p. 267-271.

191. D'OLIVEIRA, A.F.P.L., DINIZ, S.G., SCHRAIBER, L.B. "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", in *The Lancet*, 2002, vol. 359, p. 1 681-1 685.

192. Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), débat du Conseil de sécurité des Nations unies sur la manière de répondre aux besoins des victimes de violence liée au genre, organisé à l'occasion du quatrième anniversaire de la résolution 1325 du Conseil de sécurité sur les femmes, la paix et la sécurité. Déclaration de Thoraya Ahmed Obaid, directrice exécutive de l'UNFPA, 28 octobre 2004, voir <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=524&Language=3>.

Les responsables des politiques de santé devraient veiller à ce que des services efficaces soient fournis dans les domaines de la contraception d'urgence, du contrôle des maladies sexuellement transmissibles, du recueil de preuves médico-légales et de l'orientation des femmes vers des soins spécialisés ou une aide psychologique.

Plus largement, les professionnels de la santé peuvent promouvoir une approche préventive de la violence contre les femmes reliant le personnel de santé aux autres acteurs des services sociaux, aux organisations de femmes ainsi qu'au système judiciaire et à la collectivité en général.

Ils peuvent aussi encourager et enrichir les recherches sur les origines de la violence contre les femmes, ses conséquences et les réponses à y apporter. En effet, les résultats de ces recherches peuvent jouer un rôle dans la définition des politiques, les réformes législatives et le développement des services de santé.

La formation des professionnels de la santé

Il existe un besoin permanent de formation efficace des professionnels de la santé à la prise en charge des femmes victimes de violence. On dispose cependant de relativement peu de publications sur la formation du personnel de santé à la question de la violence au sein de la famille. Au Mexique, une étude récente sur les connaissances et les comportements des médecins généralistes et spécialistes a révélé que 90 p. cent d'entre eux manquaient de formation dans le domaine de la violence contre les femmes. Les médecins généralistes étaient plus sensibles à ce problème que les spécialistes ; les médecins femmes étaient plus compréhensives à l'égard des femmes battues. Les auteurs de cette étude recommandaient une formation à tous les niveaux du système de santé¹⁹³.

« Il est de plus en plus reconnu que les services de santé peuvent jouer un rôle important dans la réponse aux formes les plus courantes de violence, en particulier en termes de prévention secondaire et tertiaire. Un consensus se développe aussi sur la nécessité d'évaluer les interventions du secteur médical et de déterminer celles qui sont efficaces afin de convaincre le personnel de santé et les responsables politiques de la valeur de ces interventions. [...] Pour que le milieu médical puisse prendre en charge efficacement les femmes victimes de violence, il faudrait notamment fournir aux professionnels de la santé une formation régulière abordant la question de leurs propres valeurs et comportements et leur apportant des compétences spécifiques... »

Claudia Garcia-Moreno, OMS¹⁹⁴

193. MÉNDEZ-HERNÁNDEZ, P., VALDEZ-SANTIAGO, R., VINIEGRA-VELÁZQUEZ, L., RIVERA-RIVERA, L., SALMERÓN-CASTRO, J., "Violencia contra la mujer : conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México", in *Salud Pública de México*, 2003, vol. 45, p. 472-482.

194. GARCIA-MORENO, C., "Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women", in *The Lancet*, 2002, vol. 359, p. 1 509-1 514.

Une étude britannique¹⁹⁵ sur l'efficacité d'une formation destinée à des sages-femmes a montré que les participantes à cette formation affirmaient mieux connaître et mieux comprendre la violence domestique à la fin de la formation et se sentaient plus à même d'identifier et de soutenir les femmes qui en étaient victimes, notamment du fait qu'elles connaissaient mieux les organismes susceptibles d'aider ces femmes. Toutefois, quelques problèmes subsistaient, notamment autour des questions de confidentialité et de recueil des informations, qui suscitaient encore des incertitudes chez les participantes. Des problèmes concrets tels que le problème du temps et celui du respect de la vie privée ont aussi été soulevés. Par ailleurs, une étude menée auprès d'étudiants en médecine commençant leur internat en Arizona a révélé un niveau insuffisant de sensibilisation au problème de la violence domestique. Les auteurs de cette étude préconisaient « *un renforcement de la formation à [la violence domestique] dans les études de médecine de premier cycle*¹⁹⁶ ».

En Afrique du Sud, J. Kim et M. Motsei ont démontré que les mentalités personnelles des professionnels de la santé en termes de genre influençaient leur travail auprès des victimes de violence liée au genre ; elles ont constaté en particulier que les infirmières chargées des soins de santé primaires considéraient la violence contre les femmes comme une réalité culturelle acceptable¹⁹⁷. Selon ces chercheuses, « *il est urgent de comprendre et d'aborder la question du vécu des infirmières [en Afrique du Sud] et de leur double rôle de professionnelles et de membres de la collectivité avant de promouvoir leur formation comme une stratégie efficace de lutte contre la violence liée au genre* ».

Le dépistage de la violence domestique

Dans les publications médicales, le débat fait rage entre les partisans et les opposants du dépistage systématique de la violence domestique dans les hôpitaux et lors des consultations médicales¹⁹⁸. Pour définir une ligne de conduite, les responsables politiques ont tenté de trouver un équilibre entre :

- i) le niveau de violence dans la collectivité (et donc le niveau de détection possible) ;
- ii) les conséquences positives possibles d'un tel dépistage, telles que la dénonciation de la violence et la mise en œuvre de mesures de protection ;

195. PROTHEROE, L., GREEN, J., SPIBY, H., "An interview study of the impact of domestic violence training on midwives", in *Midwifery*, 2004, vol. 20, p. 94-103.

196. MILLER, A.W., COONROD, D.V., BRADY, M.J., MOFFITT, M.P., BAY, R.C., "Medical student training in domestic violence: a comparison of students entering residency training in 1995 and 2001", in *Teaching and Learning in Medicine*, 2004, vol. 16, p. 3-6.

197. KIM, J., MOTSEI, M., "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa", in *Social Science and Medicine*, 2002, vol. 54, p. 1 243-1 254.

198. Le dépistage est une technique qui consiste à proposer de façon systématique à toutes les personnes susceptibles de courir un risque particulier un test destiné à détecter les indices d'une éventuelle exposition à ce risque. Cette technique est particulièrement efficace quand existe une chance significative de trouver des éléments prouvant clairement l'exposition au risque en question ; plus les preuves sont rares ou ambiguës, moins le dépistage est efficace. (Il perd aussi de son efficacité quand des résultats positifs provoquent stigmatisation et discrimination, comme c'est le cas pour le VIH.) En ce qui concerne la violence domestique, le dépistage nécessiterait que les professionnels de la santé interrogent systématiquement les femmes sur leur exposition à la violence.

iii) les conséquences négatives possibles d'un dépistage systématique, par exemple le risque pour les femmes de faire l'objet de représailles, et donc de violences supplémentaires, si elles demandent une aide extérieure ou le risque de ne pas détecter certains cas de violence en raison d'une défaillance du processus de dépistage.

Si le dépistage a ses défenseurs, un certain nombre d'organismes médicaux et de chercheurs estiment à l'inverse qu'on ne dispose pas d'éléments suffisants pour justifier une telle pratique¹⁹⁹.

Parallèlement, il est aussi largement reconnu que les professionnels de la santé sont bien placés pour détecter la violence et pour prendre des mesures afin d'aider les femmes à y faire face. D. Anglin et C. Sachs ont étudié la situation dans les services d'urgences hospitaliers. Ils ont conclu que, compte tenu du manque de recherches sur l'efficacité du dépistage et des interventions dans le cadre des urgences, on ne disposait pas d'éléments suffisants pour faire pencher la balance en faveur ou en défaveur du dépistage de la violence domestique. Toutefois, ils ont souligné que « *en raison des grandes souffrances provoquées par la violence domestique, les professionnels de la santé devraient envisager sérieusement d'interroger systématiquement au moins toutes les adolescentes et toutes les femmes sur la violence lorsqu'ils leur posent des questions sur leurs antécédents*²⁰⁰. »

Les organismes professionnels sont divisés : certains, comme l'American Medical Association²⁰¹, sont favorables au dépistage systématique, tandis que d'autres ne se prononcent pas ou y sont opposés²⁰². Cependant, même quand les organismes professionnels recommandent le dépistage, les médecins ne suivent pas

199. GUO, S.F., WU, J.L., QU, C.Y., YAN, R.Y., "Domestic abuse on women before, during, and after pregnancy", in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2004, vol. 84, p. 281-286. (« *Le dépistage systématique de la violence dans les services de maternité est conseillé pour réduire les conséquences de cette violence sur les femmes et leurs enfants.* ») ; NELSON, H.D., NYGREN, P., MCINERNEY, Y., KLEIN, J. et US Preventive Services Task Force, "Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force", in *Annals of Internal Medicine*, 2004 vol. 140, p. 387-396. (« *Malgré l'abondance de publications sur la violence au sein de la famille et la violence du partenaire intime, rares sont les études qui aident les cliniciens en leur fournissant des données sur la détection et la gestion de cette violence.* ») ; WEBSTER, J., HOLT, V., "Screening for partner violence: direct questioning or self-report?", in *Obstetrics and Gynecology*, 2004, vol. 103, p. 299-303. (« *Pour détecter la violence du partenaire intime, l'utilisation d'une liste récapitulative que la femme doit remplir elle-même, à la place d'un interrogatoire direct, est une solution efficace et bien acceptée par les femmes.* ») ; RAMSAY, J., RICHARDSON, J., CARTER, Y.H., DAVIDSON, L.L., FEDER, G., "Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review", in *British Medical Journal*, 2002, vol. 325, p. 314 (« *Même si la violence domestique est un problème répandu qui a de graves conséquences sur la santé des femmes, la mise en place de programmes de dépistage systématique dans les centres médicaux ne saurait se justifier.* »)

200. ANGLIN, D., SACHS, C., "Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department", in *Academic Emergency Medicine*, 2003, vol. 10, p. 118-1127.

201. American Medical Association Council on Scientific Affairs, "Violence against women: relevance for medical practitioners", in *JAMA*, 1992, vol. 267, n° 23, p. 3184-3189.

202. WATHEN, C.N., MACMILLAN, H.L. et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, « Prévention de la violence envers les femmes. Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs », in *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, vol. 169, n° 6, disponible à l'adresse : <http://www.cmaj.ca/cgi/data/169/6/582/DC1/1>. Le Groupe d'étude a conclu qu'on disposait de données insuffisantes « *pour recommander de procéder à un dépistage universel d'office de la violence envers les femmes* ».

nécessairement leurs recommandations dans la pratique²⁰³. Il n'en reste pas moins que les professionnels de la santé ont des occasions importantes de détecter les signes de violence contre les femmes et d'agir en conséquence, ce qui a donné lieu à de nombreuses propositions quant à l'approche à adopter²⁰⁴.

Le signalement des violences conjugales par les professionnels de la santé devrait-il être obligatoire ?

Bien que l'idée d'obliger les professionnels de la santé à signaler les cas de violence contre les femmes paraisse applicable (comme c'est le cas dans beaucoup de pays pour la violence à l'égard des enfants), cette idée ne semble pas rencontrer un grand soutien. L'une des raisons avancées pour expliquer cette absence de soutien est le risque de violation du secret médical, qui est l'une des bases essentielles des soins de santé²⁰⁵. Toutefois, le principe de confidentialité est légitimé par la situation dangereuse où se trouverait une femme si celui qui la maltraite apprenait qu'elle consulte un professionnel de la santé susceptible de signaler les violences. Quoi qu'il en soit, si le signalement obligatoire suscite peu d'enthousiasme, la nécessité d'améliorer la détection et de renforcer la protection des femmes qui consultent des professionnels de la santé reste un sujet de discussion permanent.

Les répercussions de la violence contre les femmes sur les professionnels de la santé

Les femmes qui travaillent dans le milieu médical peuvent, elles aussi, être victimes de violence – comme toutes les femmes, du fait de membres de leur entourage ou d'inconnus, mais aussi sur leur lieu de travail, agressées par des collègues ou des patients.

En outre, les membres féminins du personnel de santé peuvent avoir à porter un fardeau supplémentaire lié à leur rôle médical. Ainsi, une étude menée dans l'État de Victoria, en Australie, a montré que les femmes médecins étaient plus compréhensives que les hommes, ce qui avait des conséquences imprévues : « *compatissant à la souffrance des victimes, [les femmes médecins] ont exprimé davantage de tristesse, de frustration et de détresse face à leur impossibilité d'apporter des solutions "miracles". Certaines se sentaient par conséquent impuissantes ou démoralisées*²⁰⁶. »

203. BAIR-MERRITT, M.H., GIARDINO, A.P., TURNER, M., GANETSKY, M., CHRISTIAN, C.W., "Pediatric residency training on domestic violence: a national survey", in *Ambulatory Pediatrics*, 2004, vol. 4, p. 24-27.

204. Voir TAKET, A., NURSE, J., SMITH, K., WATSON, J., SHAKESPEARE, J., LAVIS, V., COSGROVE, K., MULLEY, K., FEDER, G., "Routinely asking women about domestic violence in health settings", in *BMJ*, 2003, vol. 327, p. 673-676. Voir aussi les « *réponses rapides* » à cet article à l'adresse : <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/327/7416/673> (en anglais uniquement). Voir également : WATHEN, C.N., MACMILLAN, H.L., "Interventions for violence against women: scientific review", in *JAMA*, 2003, vol. 289, p. 589-600 ; TAKET, A., WATHEN, C.N., MACMILLAN, H., "Should health professionals screen all women for domestic violence?", in *PLoS Medicine*, octobre 2004, vol. 1, n° 1, p. e4.

205. BRAUDE, M., "Psychiatrists and mandatory reporting of domestic violence", in *Psychiatric Times*, avril 2002. M. Braude fait remarquer que, du fait que les médecins sont liés par le serment d'Hippocrate, « *des organisations professionnelles, telles que l'American Medical Association, l'American Medical Women's Association, l'American College of Emergency Physicians et l'American College of Obstetricians and Gynecologists, ont pris position contre [le signalement obligatoire]. L'American Psychiatric Association ne s'est pas prononcée.* »

206. TAFT, A., BROOM, D.H., LEGGE, D., "General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study", in *BMJ*, 2003, vol. 328, p. 618-621. La principale

Les organismes professionnels

Ces dernières années, les organismes professionnels ont été de plus en plus nombreux à prendre position sur les femmes et la violence du point de vue des droits humains.

Au plan international, le Conseil international des infirmières (CII), organisme professionnel des infirmières, a adopté un certain nombre de déclarations à ce sujet. Par exemple, en 2002, il a affirmé soutenir « *la protection des droits des femmes et déplore[r] l'exploitation sexuelle, le trafic des femmes et des fillettes à des fins de prostitution, ainsi que toutes les formes de violence contre les femmes, y compris les mutilations génitales*²⁰⁷. »

De même, en 1996, l'Association médicale mondiale (AMM) a adopté une déclaration sur la violence au sein de la famille, dans laquelle elle formule la recommandation suivante : « *les médecins devraient recevoir une formation appropriée aux aspects médicaux, sociologiques, psychologiques et préventifs de toutes les formes de violence dans la famille*²⁰⁸. »

De son côté, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique dispose d'un comité permanent sur les droits en matière de sexualité et de procréation et a adopté en 1997 une déclaration sur la violence contre les femmes²⁰⁹. Elle continue de dénoncer cette violence²¹⁰.

Sur le plan national, de nombreuses organisations de médecins, d'infirmières, de psychologie et de psychiatrie, ainsi que des ONG médicales, ont fait des déclarations sur la violence contre les femmes. Des organismes nationaux ont aussi pris activement position sur des sujets relatifs à la violence contre les femmes et au rôle des organismes professionnels dans l'aide aux victimes de cette violence²¹¹.

Cependant, les femmes qui demandent de l'aide aux professionnels de la santé n'ont pas toujours le sentiment de recevoir tout le soutien dont elles auraient besoin²¹². Une étude menée au Royaume-Uni a montré que très peu de femmes

conclusion de cette étude était que les médecins généralistes confrontés à la violence du partenaire intime devaient apprendre à mieux connaître et à mieux appliquer les principes essentiels garantissant la confidentialité et la sécurité des femmes et des enfants. Voir <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj.328/7440/618>.

207. CII, *La santé de la femme*, prise de position adoptée en 1996 et révisée en 2002, disponible à l'adresse : <http://www.icn.ch/pswomenf.htm>.

208. *Déclaration de l'Association médicale mondiale sur la violence dans la famille*, adoptée en 1996, disponible à l'adresse : <http://www.wma.net/f/policy/f1.htm>.

209. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), *Resolution on violence against women*, 1997.

210. BENAGIANO, G., SCHEI, B., "A FIGO initiative for the 21st century: eliminate all forms of violence against women worldwide", in *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2004, vol. 86, n° 2, p. 328-334.

211. Voir par exemple FAUNDES, A., ANDALFT, J., "Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil", in *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2002, vol. 78, supplément 1, p. S67-73 ; British Medical Association, *Domestic violence: a health care issue?*, BMA, Londres, 1998 ; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, "The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women", in *Pediatrics*, 1998, vol. 101, p. 1 091-1 092, disponible à l'adresse : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/6/1091>.

212. McCAULEY, J., YURK, R.A., JENCKES, M.W., FORD, D.E., "Inside 'Pandora's box': abused women's experiences with clinicians and health services", in *Journal of General Internal Medicine*, 1998, vol. 13, p. 549-555 ; RODRIGUEZ, M.A., QUIROGA, S.S., BAUER, H.M., "Breaking the silence.

avaient révélé spontanément à un professionnel de la santé qu'elles subissaient des violences conjugales, et qu'un nombre encore plus faible d'entre elles avaient été interrogées directement à ce sujet par un professionnel de la santé. Les auteurs de cette étude estimaient important que les professionnels de la santé interrogent les femmes avec tact au sujet de la violence domestique et apportent une réponse appropriée à leurs besoins complexes. Ils soulignaient la nécessité de former les professionnels de la santé afin de leur apporter les connaissances et les compétences nécessaires pour une réponse plus efficace à la violence au sein de la famille²¹³.

Conclusion et recommandations

Les gouvernements

Les gouvernements doivent reconnaître que la violence contre les femmes est un problème de santé publique majeur ainsi qu'une crise en matière de droits humains. Ils doivent prendre les mesures suivantes pour protéger les femmes et garantir leur santé et leur bien-être.

Les réformes législatives

Les gouvernements doivent :

- abolir toutes les lois qui :
 - favorisent l'impunité pour les auteurs de viols, de meurtres ou d'autres actes de violence contre les femmes,
 - criminalisent les relations sexuelles en privé entre personnes consentantes et restreignent arbitrairement le droit des femmes de choisir leur partenaire,
 - limitent l'accès des femmes aux soins de santé en matière de procréation et aux services de planification familiale auxquels elles ont droit en vertu des normes internationales et d'autres documents collectifs ;
- adopter et mettre en œuvre des lois qui protègent les femmes, en vertu desquelles la violence au sein de la famille est prise autant au sérieux que les agressions commises dans d'autres contextes, et qui criminalisent le viol et les autres formes de violence contre les femmes ;
- veiller à ce que les femmes placées dans des institutions soient mieux protégées en :
 - améliorant la sensibilisation aux droits de ces femmes,
 - créant des programmes d'inspection appropriés,
 - nommant un médiateur,
 - renforçant la formation du personnel,

Battered women's perspectives on medical care", in *Archives of Family Medicine*, 1996, vol. 5, p. 153-158.

213. BACCHUS, L., MEZEY, G., BEWLEY, S., "Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence", in *Health & Social Care in the Community*, 2003, vol. 1, p. 10-18.

- garantissant une obligation réelle de rendre des comptes pour la direction et le personnel de ces institutions ;
- diligenter des enquêtes sur toutes les affaires de violence contre les femmes – au sein du foyer, dans la collectivité, dans l’armée ou dans le milieu médical – et veiller à ce que les auteurs de ces actes soient poursuivis et punis conformément aux normes internationales.

Les ressources

Les gouvernements doivent :

- allouer des ressources suffisantes aux services de soins médicaux et d’aide psychologique destinés aux victimes de violence, notamment en prévoyant des dispositions spécifiques à certains stades, par exemple juste après la dénonciation d’une agression à la police ou à un professionnel de la santé, pendant l’enquête et pendant les poursuites contre l’auteur présumé ;
- encourager et soutenir les ONG et les organisations d’entraide qui travaillent avec des femmes victimes de violence ;
- reconnaître que le VIH/sida est un risque important associé à la violence contre les femmes et veiller à ce que :
 - les services liés au VIH/sida à destination des femmes soient renforcés,
 - des mesures de protection et de prévention post-exposition soient disponibles pour celles qui en ont besoin et fassent l’objet d’une large publicité,
 - des traitements antirétroviraux soient mis à la disposition des femmes en fonction de leurs besoins ;
- prendre des mesures pour lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité des femmes à la violence en éliminant la discrimination dont elles sont victimes dans le domaine des droits économiques et sociaux, notamment en leur garantissant le droit d’hériter des biens de leur mari et d’autres droits liés à la propriété.

La formation

Les gouvernements doivent veiller à ce que le personnel de santé, le personnel pénitentiaire et les personnes travaillant dans des institutions bénéficient d’une formation tenant compte des questions de genre sur le thème de la violence contre les femmes, et notamment sur la manière de gérer les plaintes de violences sexuelles.

Ils doivent aussi faire en sorte que les protocoles et méthodologies élaborés pour le recueil d’informations sur la violence sexuelle (les « *meilleures pratiques* ») soient intégrés aux pratiques professionnelles des organes chargés de l’application des lois et des services médico-légaux.

Par ailleurs, des programmes d’éducation publique doivent être mis en place afin que la violence contre les femmes soit largement reconnue comme condamnable et illégale.

La ratification des instruments internationaux protégeant les femmes

Les gouvernements doivent :

- ratifier et appliquer, sans aucune réserve, la Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et son Protocole facultatif ;
- ratifier et respecter les normes régionales pertinentes qui protègent les droits des femmes ;
- ratifier le Statut de Rome de la Cour pénale internationale et adopter des lois nationales de mise en application afin que cette Cour puisse devenir un outil potentiel de lutte contre l'impunité pour la violence contre les femmes dans les situations relevant de sa compétence ;
- soutenir l'adoption d'un traité international sur le commerce des armes pour mettre un terme à la prolifération des armes utilisées, entre autres, pour commettre des violences contre les femmes.

L'implication des hommes dans le respect, la protection et la promotion des droits des femmes

Les gouvernements doivent mettre en place des programmes d'éducation pour sensibiliser les hommes aux conséquences de la violence sur les femmes et encourager leur participation aux stratégies de réduction de cette violence.

Les organismes professionnels

Les organismes professionnels doivent :

- continuer de promouvoir les droits des femmes et la sensibilisation aux violations des droits humains dont les femmes sont victimes ;
- adopter des lignes de conduite traitant spécifiquement de la violence sexuelle et des autres formes de violence contre les femmes, ainsi que des mesures que les professionnels de la santé peuvent prendre pour prévenir cette violence et y répondre ;
- encourager la poursuite des recherches sur les dispositions nécessaires pour identifier et aider de manière efficace les femmes vulnérables à la violence ;
- encourager les gouvernements à adopter des politiques de prévention de la violence contre les femmes et de ses répercussions négatives sur la santé.

La version originale en langue anglaise de ce document a été publiée par Amnesty International, Secrétariat international, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni, sous le titre WOMEN, VIOLENCE AND HEALTH

La version française a été traduite et diffusée aux sections francophones et au Secrétariat international par LES ÉDITIONS FRANCOPHONES D'AMNESTY INTERNATIONAL - ÉFAI – avril 2005

Vous pouvez consulter le site Internet des ÉFAI à l'adresse suivante : <http://www.efai.org>

Pour toute information complémentaire, veuillez vous adresser à :