



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 030

Les aspects médico-légaux de la violence basée sur le genre

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02/02/2024

PAR

Mr. **Oussama SERIOUI**

Né Le 17/08/1997 à SAFI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Violences- Genre- Traumatisme - Agressions- Conjugal -Prise en charge.

JURY

Mme.	N. MANSOURI	PRESIDENT
	Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	
M.	A. DAMI	RAPPORTEUR
	Professeur de Médecine légale	
Mme.	H. RAIS	JUGES
	Professeur d'Anatomie pathologique	
M.	K. KARDOUDI	Membre associé
	Procureur Général du Roi cours d'appel de Marrakech	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'Hippocrate

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

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

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyenne à la Recherche et la Coopération

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie

41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie

66	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique

91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation

116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique

140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie

164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie

189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Raby	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie

214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie–virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio–organnique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro–entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie–orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie–mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie

239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie

264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophthalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale

289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUZ Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses

339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES



*A ma perle rare, MON ADORABLE MAMAN Fatima
BOUTAHLIL :*

En cet instant solennel, je me tourne vers toi avec une émotion indescriptible pour te dédier cette thèse de doctorat. Aucun mot ne saurait exprimer pleinement l'amour et la gratitude que je ressens à ton égard, mais je souhaite que cette dédicace témoigne de toute la profondeur de mes sentiments.

Depuis ma toute première aspiration vers le savoir, tu as été mon roc, ma source d'inspiration et ma plus grande admiratrice. Ton amour maternel inconditionnel m'a porté tout au long de ce parcours académique, me guidant avec bienveillance et me soutenant sans relâche. Tu as été celle qui a éveillé ma curiosité, qui m'a encouragé à rêver grand et à poursuivre mes passions. Ton amour et ta confiance en moi ont été les fondations sur lesquelles j'ai construit mes aspirations et mes accomplissements.

Chaque succès que j'ai pu atteindre est le reflet de l'amour et de la guidance que tu m'as prodigués.

Dans les moments de doute et de découragement, tu as été ma force tranquille, m'incitant à persévérer et à croire en moi-même. Tes paroles reconfortantes ont dissipé mes peurs et tes étreintes chaleureuses ont guéri mes blessures. Tu as été mon havre de paix dans les tempêtes de la vie, et pour cela, je te suis infiniment reconnaissant.

Cette dédicace est un témoignage de ma reconnaissance éternelle envers toi, ma mère bien-aimée. Tu as sacrifié tant de choses pour moi, mettant toujours mes besoins et mes rêves avant les tiens. Ta force, ta bienveillance et ton amour désintéressé sont des trésors inestimables qui ont façonné la personne que je suis devenu.

Que cette dédicace soit une déclaration solennelle de mon amour filial et de mon admiration sans bornes envers toi. Que tu puisses trouver dans ces mots tout le respect, l'admiration et l'affection que j'ai pour toi. Tu es l'étoile qui a guidé mes pas, la lumière qui a illuminé mon chemin, et mon amour pour toi brille éternellement dans mon cœur.

Longue vie à toi maman, Je t'aime!

A mon précieux père Khalid SERIOUI :

C'est avec une immense affection et une gratitude infinie que je dédie cette thèse de doctorat à toi, mon père bien-aimé. Ta présence inébranlable, ton amour inconditionnel et ton soutien constant ont été les fondations solides sur lesquelles j'ai pu bâtir cette réalisation académique.

Depuis le premier jour, tu as été mon guide, mon modèle et mon inspiration. Tu m'as transmis des valeurs précieuses telles que la persévérance, la discipline et l'importance du travail acharné. Tu as été un exemple vivant de détermination et de volonté, me montrant que tout est possible lorsque l'on croit en ses rêves.

Tout au long de mon parcours doctoral, tu as été là à chaque étape, me soutenant de manière inébranlable. Tu as été mon roc, celui vers qui je me tournais pour trouver des encouragements, des conseils et des encouragements. Ta sagesse, ton expérience et tes précieux conseils ont éclairé mon chemin et m'ont permis de surmonter les défis qui se sont présentés.

Tu as cru en moi lorsque j'ai douté de moi-même, tu m'as encouragé lorsque j'étais épuisé et tu as célébré chaque succès avec une fierté palpable. Ta confiance en mes capacités m'a donné la force de continuer à avancer, même lorsque les obstacles semblaient insurmontables. Je suis profondément reconnaissant d'avoir un père aussi exceptionnel et bienveillant que toi.

Cette dédicace est un témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance éternelle envers toi, mon cher père. Tu as été bien plus qu'un père pour moi, tu as été mon mentor, mon protecteur et mon ami le plus cher. Je suis fier de pouvoir partager cette réussite avec toi, car tu en es une partie intégrante.

À mon très cher frère Amine :

Il est impossible de résumer en quelques mots toute la gratitude que j'éprouve envers toi, mon frère bien-aimé. Ce travail représente non seulement mes efforts et ma détermination, mais aussi ta précieuse contribution à mon succès.

Tu as toujours été mon pilier, ma source d'inspiration et mon plus grand soutien. À chaque étape, tu as été là pour m'encourager, me motiver et me rappeler l'importance de persévérer. Tes paroles réconfortantes, ton écoute attentive et tes conseils éclairés ont été des bouées de sauvetage dans les moments de doute et de découragement.

Tu as su me pousser au-delà de mes limites, me poussant à explorer de nouveaux horizons et à repousser les frontières de mes connaissances. Ton esprit vif et tes réflexions profondes ont nourri ma pensée et ont contribué à façonner cette thèse. Tu as été mon partenaire dans la quête de la connaissance, un compagnon de route précieux qui m'a aidé à grandir tant sur le plan académique que personnel.

Mais au-delà de ta contribution intellectuelle, je tiens également à souligner l'importance de notre lien fraternel. Tu es bien plus qu'un frère pour moi ; tu es mon ami le plus cher, mon confident et mon allié. Les moments de complicité partagés, les rires partagés et les souvenirs inoubliables font de notre relation un trésor inestimable dans ma vie.

Cette dédicace est une humble façon de te remercier pour tout ce que tu as fait.

Tu as été présent dans les hauts et les bas, m'encourageant à donner le meilleur de moi-même et célébrant mes victoires comme si elles étaient les tiennes. Tu as toujours cru en moi, même quand je doutais de moi-même, et cela a été une force motrice dans ma réussite.

Que cette dédicace témoigne de ma reconnaissance éternelle et de mon amour fraternel indéfectible. Que nous puissions continuer à partager de nombreux moments de bonheur, de réussite et de soutien mutuel tout au long de notre vie.

*A mes grands-parents Brahim BOUTAHLLIL, Ahmed SERIOUI,
Zoubida ESSOUDRI et Malika TOUFIK :*

*Pour votre amour infini, vos conseils éclairés et votre soutien
inconditionnel, je vous dédie cette thèse. Votre sagesse a éclairé mon
chemin, vos histoires ont enrichi mon savoir, et votre amour a nourri
mon ambition. Merci d'avoir été les piliers solides sur lesquels repose ma
quête de connaissance. Cette réalisation est autant la vôtre que la mienne,
car chacune de vos valeurs et de vos leçons résonne à travers ces pages.*

*À mes oncles et tantes, cousins et cousines, petits et grands, aux
membres de toute la famille SERIOUI et BOUTAHLLIL :*

*J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Vous aviez
toujours su rendre les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une
chance inestimable d'être né dans une famille si aimante et si généreuse.
Pour tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma
chère famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de
réussite. Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour les valeurs que
vous m'avez transmises, vos encouragements, votre amour, votre
patience et votre soutien quotidien tout au long de ces années. Merci de
m'avoir toujours écouté, conseillé et d'avoir cru en moi.*

*À mes très chers amis, Amine Kharbibí , Bassim Nadri, Najib Ait
Errouhi, Abdeljalil Chakir , Anas Khaldoun, Abdessamad Ait Aïssa*

*Malik Belkya, Mouhcine Hadari, Hamza Koualil, Mohamed
Fethallah, Nouha Baatoch, Karim Boukella, Omar Khzami, Nawfal
Benfdil, Selma Sidki, Assaad Faraji, Yahya Bouqdir, Ayman hani,
Yassine Gourri, Adnane Fnini, Mohammed Zamouchi*

*Il est difficile de trouver les mots justes pour exprimer à quel point
votre présence dans ma vie a été précieuse et inestimable. Alors que je
conclue cette étape importante, je tiens à vous dédier ces lignes remplies
d'émotion et de gratitude.*

*Vous avez été les compagnons de route les plus extraordinaires,
m'offrant votre soutien inconditionnel tout au long de ce périple
académique. Vos encouragements constants, vos oreilles attentives et vos
épaules sur lesquelles Je me reposais ont été mes sources d'inspiration et*

de réconfort. Votre présence lumineuse a illuminé les moments sombres et a rendu les succès encore plus doux à savourer.

Chacun de vous a joué un rôle unique dans cette aventure. Certains ont été mes confidents, écoutant mes doutes et mes craintes, tandis que d'autres ont été les partenaires de fou-rire, égayant mes journées les plus intenses. Vous avez su me rappeler l'importance de l'équilibre, de l'amitié et de l'amour dans ma vie, même lorsque la thèse semblait engloutir tout mon être.

Votre soutien indéfectible m'a donné la force de persévérer lorsque les défis semblaient insurmontables. Vous avez été mes anges gardiens, me poussant à croire en mes capacités et à me surpasser. Chaque encouragement, chaque mot de réconfort a été une bouffée d'air frais dans les moments de découragement.

En vous dédiant cette thèse, je souhaite immortaliser notre amitié et l'importance que vous avez dans ma vie. Vous êtes mes piliers, mes inspirations et mes complices de bonheur. Que ces mots sincères soient le témoignage de mon affection profonde et de ma gratitude éternelle.



REMERCIEMENTS



*A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE
PROFESSEUR NADIA MANSOURI
PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE DE STOMATOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
A L'HOPITAL IBN TOFAIL.*

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles qui vous valent l'admiration et le respect, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous a énormément marqués. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre gratitude et considération ainsi que notre profond respect pour la bienveillance dont vous nous honorez.

*A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
PROFESSEUR Abdellah DAMI
PROFESSEUR DE MEDECINE LEGALE
AU CHU MOHAMMED VI.*

Vous m'accordez un grand honneur en acceptant de me confier cette thèse. Je souhaiterais exprimer ma sincère gratitude pour votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines exceptionnelles, ainsi que pour le temps et l'engagement que vous avez consacrés à ce travail. Votre guidance rigoureuse et bienveillante et vos recommandations précieuses m'ont été d'un aide inestimable tout au long de ce processus. Je vous en suis extrêmement reconnaissant. Veuillez trouver ici, Professeur, le témoignage de mon respect et ma profonde gratitude.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
PROFESSEUR HANANE RAIS
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
AU CHU MOHAMMED VI.*

*Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail, c'est pour nous un véritable honneur. Votre gentillesse et votre accueil chaleureux nous touchent profondément. Nous souhaitons que ce travail soit l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre reconnaissance.
Cher Maître, nous vous témoignons notre plus grand respect.*

*A NOTRE MAÎTRE
Mr. Khalid KARDOUDI
PROCUREUR GENERAL DU ROI
A LA COUR D'APPEL*

*Nous vous remercions de nous avoir honoré de votre présence, et d'avoir accepté de juger ce travail. Votre gentillesse et votre accueil chaleureux nous touchent profondément. Nous souhaitons que ce travail soit l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre reconnaissance.
Cher Maître, nous vous témoignons notre plus grand respect.*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

OMS	: Organisation mondiale de la santé
ITP	: Incapacité de travail partielle
ITT	: Incapacité de travail totale
MS	: Membre supérieur
MI	: Membre inférieur
CPM	: Code pénal marocain
CML	: Certificat médico-légale
VFG	: Violence fondée sur le genre
UNFPA	: Le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
UNFM	: Union Nationale des Femmes du Maroc
HCP	: Haut-commissariat au Plan
ENVEFF	: Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
CEDAW	: Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
CNDH	: Conseil national des droits de l'Homme
ICRAM	: Initiatives Concertées pour le Renforcement des Acquis des marocaines.
PGE	: Plan Gouvernemental pour l'Egalité
CRDH	: Commissions régionales des droits de l'Homme.
SNLCVFG	: Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Fondées sur le Genre
UIPEC FEVV	: Unité intégrée de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence
ONG	: organisation non gouvernementale
APALD	: l'Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
I. Description de l'étude :	5
II. Population Cible :	5
1. Critères d'inclusion :	5
2. Critères d'exclusion :	5
III. Méthodologie et analyse :	6
1. Recueil des données :	6
2. Analyse statistique :	6
IV. Considérations éthiques :	6
RESULTATS	7
I. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAUX DÉMOGRAPHIQUE DES VICTIMES :	8
1. Age des femmes victimes de violences :	8
2. Etat matrimonial :	9
3. Origine démographique des femmes victimes de violences :	10
4. Niveau scolaire :	11
5. Profession :	12
II. Type de violence :	13
III. Antécédents de violences antérieures :	14
IV. Les formes de violences :	15
V. Le lieu de l'agression :	16
VI. L'agresseur :	17
VII. Classification des violences selon le siège du traumatisme:	18
VIII. Classification selon la nature des lésions engendrées:	19
IX. Prise en charge médico-légale :	19
1. Les implications médico-légales de la prise en charge d'une victime d'agression :	19
2. La rédaction du certificat médical pour coups et blessures :	23
DISCUSSION	30
I. Définitions :	31
1. La violence fondée sur le genre (VFG) :	31
2. Les catégories de la violence contre la femme	34
3. La violence Physique :	34
4. La violence psychologique	36
5. La violence sexuelle :	37
II. La violence conjugale	38
1. Les différentes théories sur la violence	38
2. Les formes de violence conjugale	40
3. Les femmes victimes de violence conjugale	44
4. Violence conjugal et extra conjugal	45

5. Age des femmes victimes de violence :	45
6. Etat matrimonial des femmes victimes de violence :	46
7. Niveau scolaire et violence basée sur le genre :	47
8. Origine démographique et violence basé sur le genre :	48
9. Statut professionnel et violence basée sur le genre :	48
10.Lieux de survenus de l'agression :	49
III. Les aspects juridiques et déontologiques internationaux :	50
1. La convention sur l'élimination de toute les formes de discrimination à l'égard des femmes CEDAW (1979) :	50
2. La convention relative au droit de l'enfant (1989), ratifié en 1993 :	52
3. La Constitution marocaine du projet de Politique Publique Intégrée de la Protection de l'Enfance en (2011) :	55
4. L'avis du CNDH sur le projet de loi N° 79-14 et ses défis :	56
5. Le projet de Loi 27.14 adopté en 2016 :	58
IV. POLITIQUES SECTORIELLES	60
1. Intégration de la lutte institutionnelle contre les violences faites aux femmes dans le plan gouvernemental pour l'égalité (PGE) hommes-femmes 2012-2016 :	60
2. Rapport annuel du CNDH de 2022 :	62
3. La loi n° 103.13 relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes	63
4. La loi n° 77-17 relative à l'organisation de l'exercice des missions de la médecine légale	64
5. La Stratégie nationale de la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles et plan opérationnel de SNLCVFF	65
6. La création de la 1ère unité intégrée de prise en charge de femmes et enfants victimes de violence à Marrakech en 2006 :	67
7. La circulaire n°1040 du 17 juin 2008 et la généralisation des unités:	67
8. La Stratégie sectorielle du Ministère de la Santé pour la période 2012-2016 ; Atouts et dangers de la technologie	69
V. LA DÉCLARATION DE MARRAKECH POUR LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES	71
VI. LES SANCTIONS PÉNALES MAROCAINES ET SITUATION DU PRATICIEN	72
CONCLUSION	75
ANNEXES	77
RESUMES	81
BIBLIOGRAPHIE	88



INTRODUCTION



Au cours des dernières décennies, il est devenu évident que la violence s'est amplifiée en tant que comportement caractérisant les relations sociales. Ce phénomène est devenu un sujet récurrent au cœur de nombreux débats, abordant divers aspects tels que la violence sociale résultant de l'accroissement des inégalités et de la marginalisation, la violence institutionnelle présente en prison, à l'école et au travail, la violence perpétrée par l'État, ainsi que la violence politique sous forme de guerres, attentats, terrorisme et racisme[1]

Il est important de noter que les formes de violence les plus spectaculaires tendent à monopoliser l'attention médiatique, tandis que la violence familiale, bien que moins exposée et médiatisée, demeure une préoccupation cruciale. En réalité, la violence au sein de la sphère familiale, bien que moins visible et moins médiatisée que d'autres formes de violence répandues, représente une menace significative pour les individus et la société dans son ensemble. Cela s'explique par les conséquences néfastes engendrées par les déséquilibres de pouvoir au sein des familles, lesquels entraînent des distorsions au niveau des valeurs et des comportements, particulièrement chez les enfants.[1]

Ceci est à l'origine d'une régénération de la violence aussi bien dans la famille que dans la société[1]

Toute analyse d'un phénomène, commence par définir les notions axiales de ce dernier, ainsi on détermine:

❖ La violence Selon les dictionnaires courants:

- C'est l'emploi de la force pour contraindre.
- Agressivité brutale dans les actes ou dans les propos.
- acte caractérisé par l'emploi de la force brutale.[1]

❖ La violence Selon l'OMS:

« 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 ou des

privations ». Dans cette définition, l'OMS englobe intentionnellement l'acte lui-même quel que soit ses conséquences en excluant les actes accidentels, et l'utilisation de la force physique élargie la nature de l'acte violent et la définition conventionnelle de la violence aux actes qui résultent d'une relation de pouvoir en y incluant les menaces et les intimidations. Cette définition couvre plusieurs conséquences y compris les dommages psychologiques , les privations, d'où la nécessité d'inclure non seulement la violence qui entraîne les traumatismes ou la mort, mais aussi celle qui touche le retentissement psychologique et social.[2]

D'après la déclaration de l'Organisation des Nations Unies, on entend par violence dirigée contre le sexe féminin: " tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant, ou pouvant causer, aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.[3]

Les objectifs de notre travail:

- Dresser le profil socio-démographique des victimes.
- Dresser le profil épidémiologique des auteurs.
- Déterminer les modalités de la violence basée sur le genre.
- Préciser les modalités de la prise en charge médico-légale.
- Relever les défis des professionnels de santé devant la prise en charge des victimes.



*MATÉRIEL
ET
MÉTHODES*



I. Description de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de l'ensemble des dossiers des femmes victimes de violence reçus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022.

II. Population Cible :

Toutes les victimes de violence qui ont consulté au service de médecine légale CHU Mohamed VI à Marrakech pour différents types de violence pour un examen médico-légal. Durant cette période nous avons reçu 166 victimes.

1. Critères d'inclusion :

Notre étude inclut toutes les femmes victimes de violence et qui ont été vus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech

- Dossier complet

2. Critères d'exclusion :

- Tous les cas dont les dossiers n'ont pas pu être exploités.

III. Méthodologie et analyse :

1. Recueil des données :

La collecte de données a été faite sur la base d'un questionnaire préétabli par notre service de médecine légale (annexe 1) rempli lors de la consultation médico-légale des victimes, des procès-verbaux de la police et de la gendarmerie et des certificats médico-légaux délivrés.

Les paramètres étudiés sont les suivants :

- Délai entre l'agression et la consultation.
- Données sur la victime : sexe, âge, statut matrimonial, origine démographique, statut professionnel, niveau scolaire et antécédents de violences.
- Données sur l'agresseur : sexe, nombre d'agresseurs, et lien avec la victime.
- Déroulement de l'agression : lieu d'agression, types d'agressions, topographie du traumatisme, répétition des agressions et conséquences médico-légales.
- Bilans et traitements.
- Orientation des victimes.

2. Analyse statistique :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel 2020.

IV. Considérations éthiques :

Une autorisation du comité de thèse de la faculté de médecine et de pharmacie a été obtenue avant la réalisation de cette étude.

Les données de notre étude ont été collectées en répondant conformément aux règles standards de l'éthique, cela inclut la protection des données et le respect de l'anonymat de nos victimes.



RESULTATS



I. PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAUX DÉMOGRAPHIQUE DES

VICTIMES :

1. Age des femmes victimes de violences :

L'âge moyen des femmes est de 49 ans avec un âge minimal de 18 ans et maximal de 80 ans. On remarque que la tranche d'âge la plus prépondérante est celle entre 40 et 49 ans avec un pourcentage de 23% suivi de 20% pour celle entre 30 à 34ans et 19% entre 25 et 29ans.

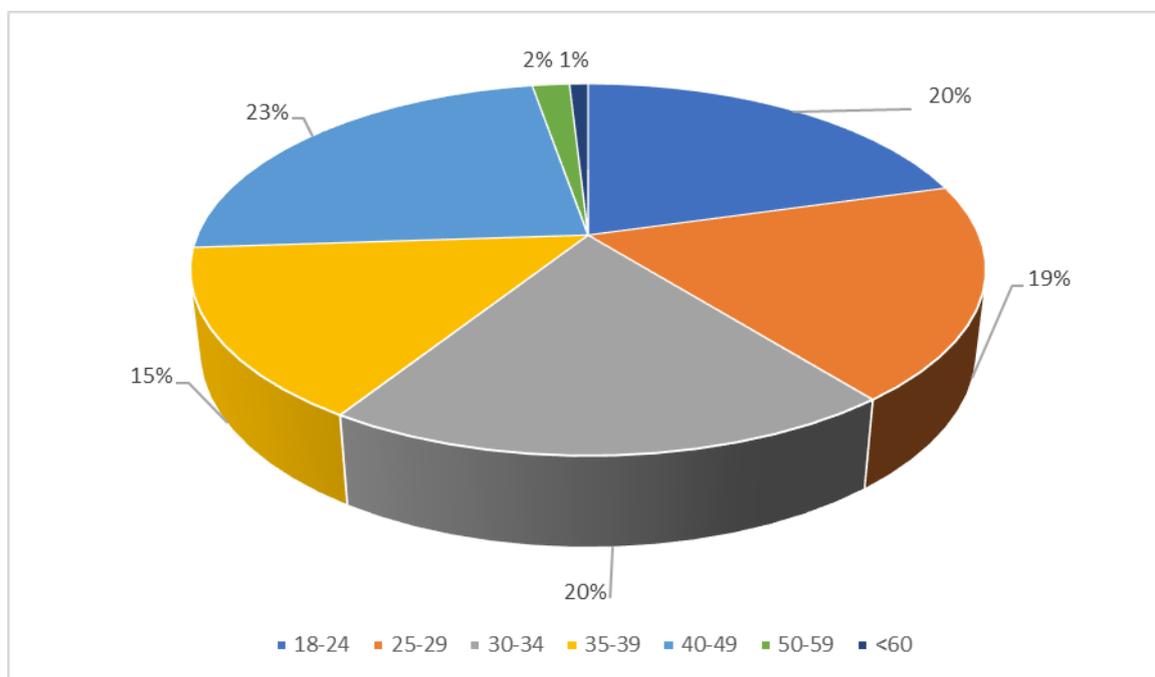


Figure 1 : Tranches d'âges

2. Etat matrimonial :

La majorité des femmes victimes de violences sont mariées 61%, 20% sont célibataires et 17% sont divorcées.

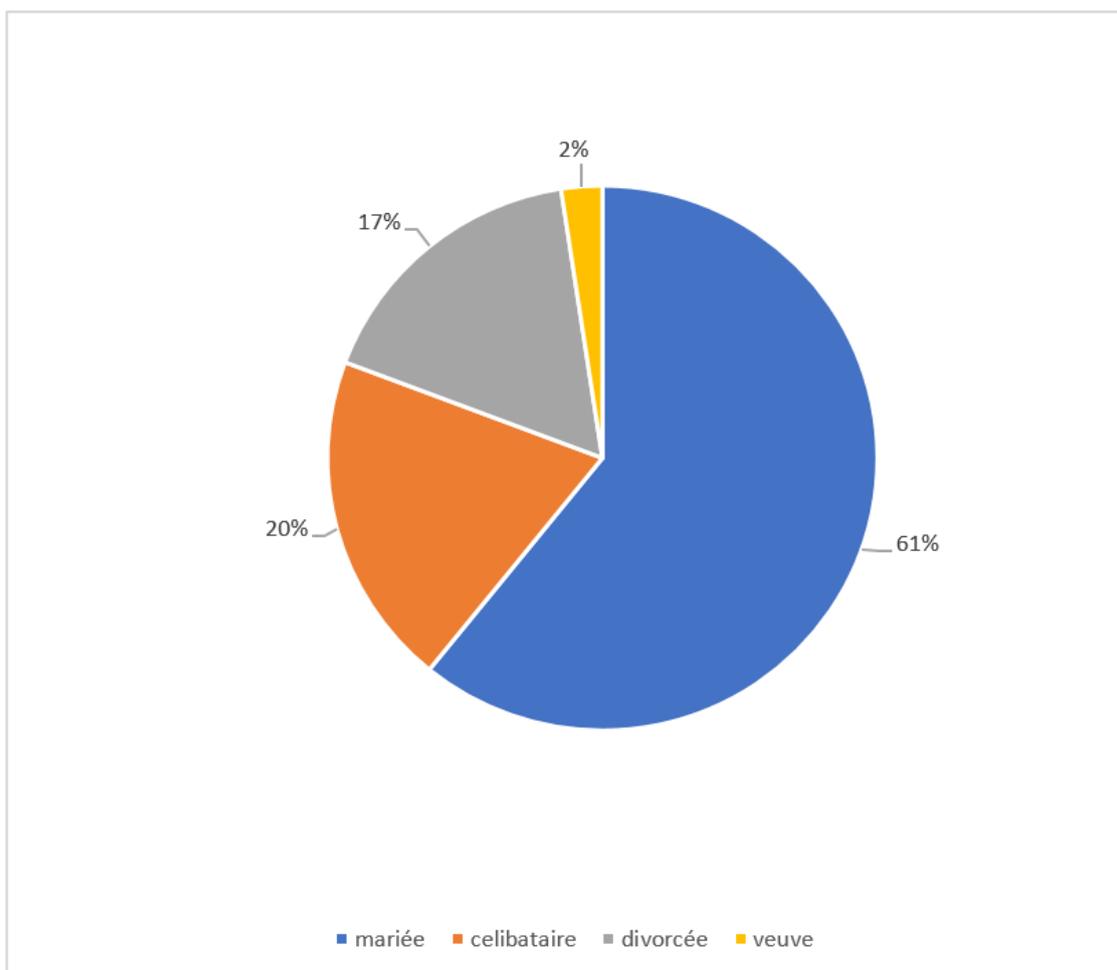


Figure 2 Etat matrimonial des femmes violentées

3. Origine démographique des femmes victimes de violences :

Les femmes victimes de violences en milieu urbain représentent 77%, tandis que le milieu rural ne représente que 23%.

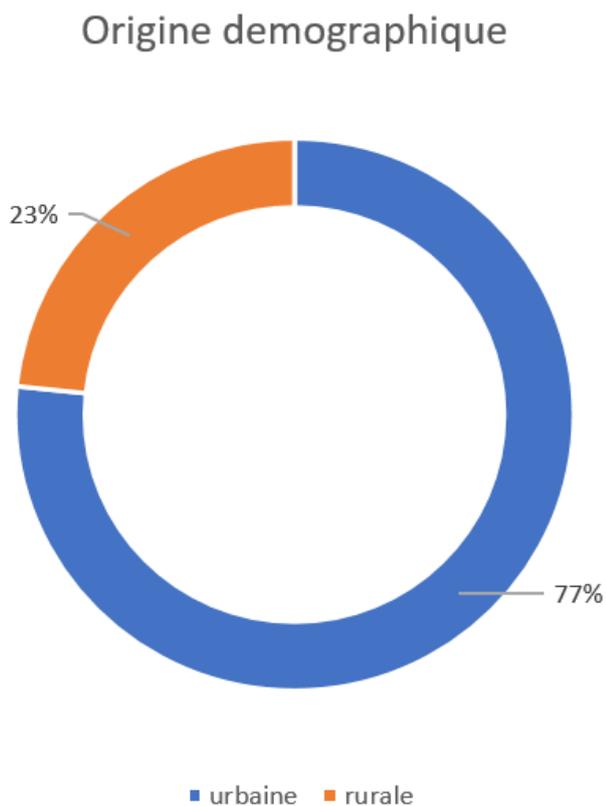


Figure 3 Origine démographique des femmes victimes de violences

4. Niveau scolaire :

Dans notre série, la majeure partie des femmes victimes de violences soit 38% ont reçu les études primaire, suivi des femmes qui ont été scolarisée jusqu'au collège avec un pourcentage de 25%, puis 19% pour ceux qui sont arrivées aux études universitaires et en dernier 4% qui ont été scolarisé au niveau du M'SID.

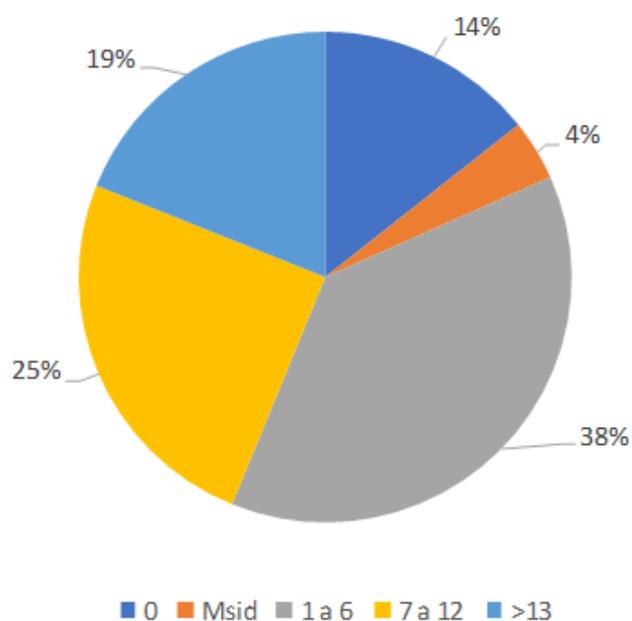


Figure 4 Niveau scolaire des femmes violentées

5. Profession :

Sur les 166 cas étudiés, 70% de ces femmes sont des femmes au foyer et 28% ont une profession.

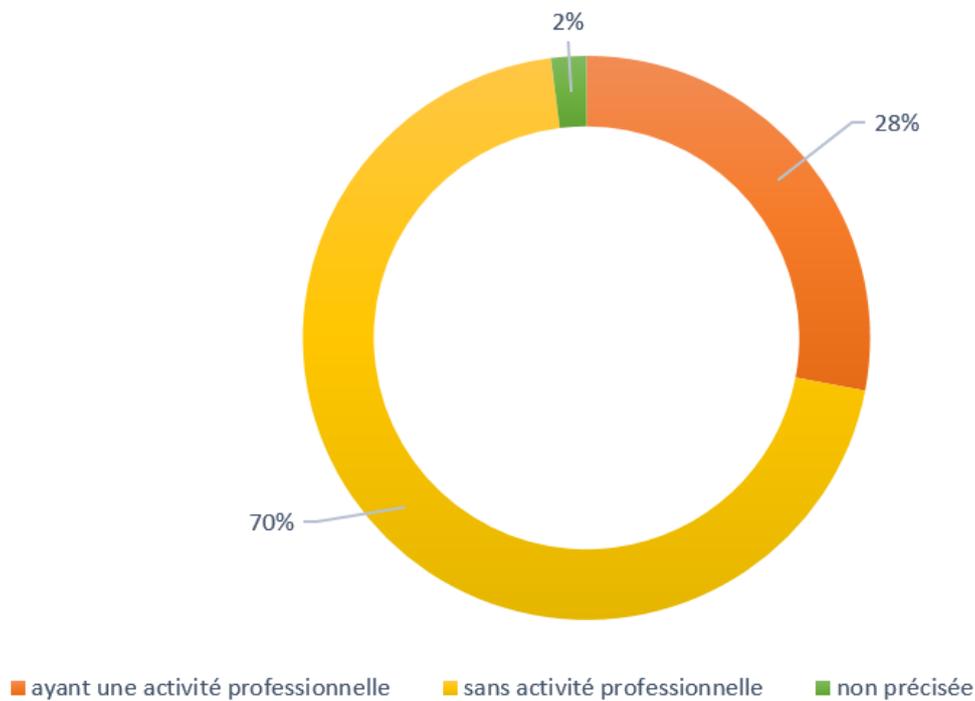


Figure 5 Profession des femmes violentees

II. Type de violence :

Les femmes sont majoritairement victimes de violence dans le cadre conjugal avec un pourcentage de 61%, tandis que les violences extra-conjugale représentent 39%.

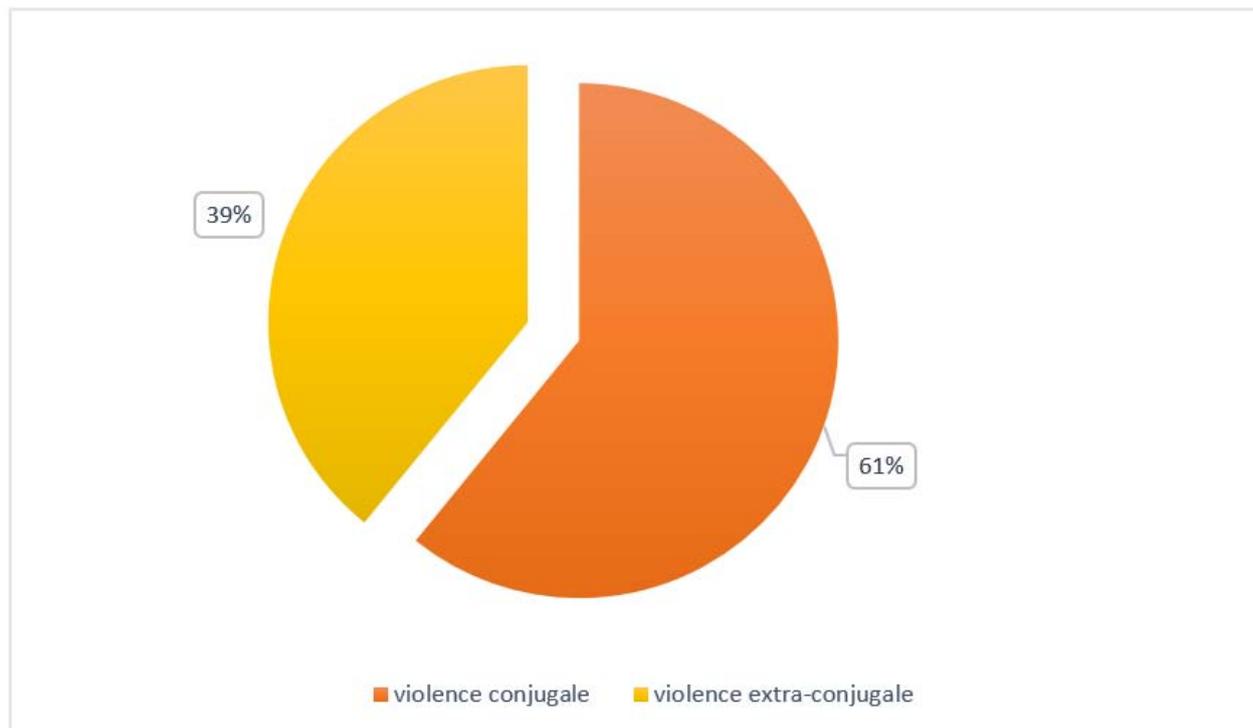


Figure 6 Les différents types de violences

III. Antécédents de violences antérieures :

Les femmes violentées sont victimes de violence à répétition dans 79% des cas, 11% ont fait face à un type de violence pour la première fois.

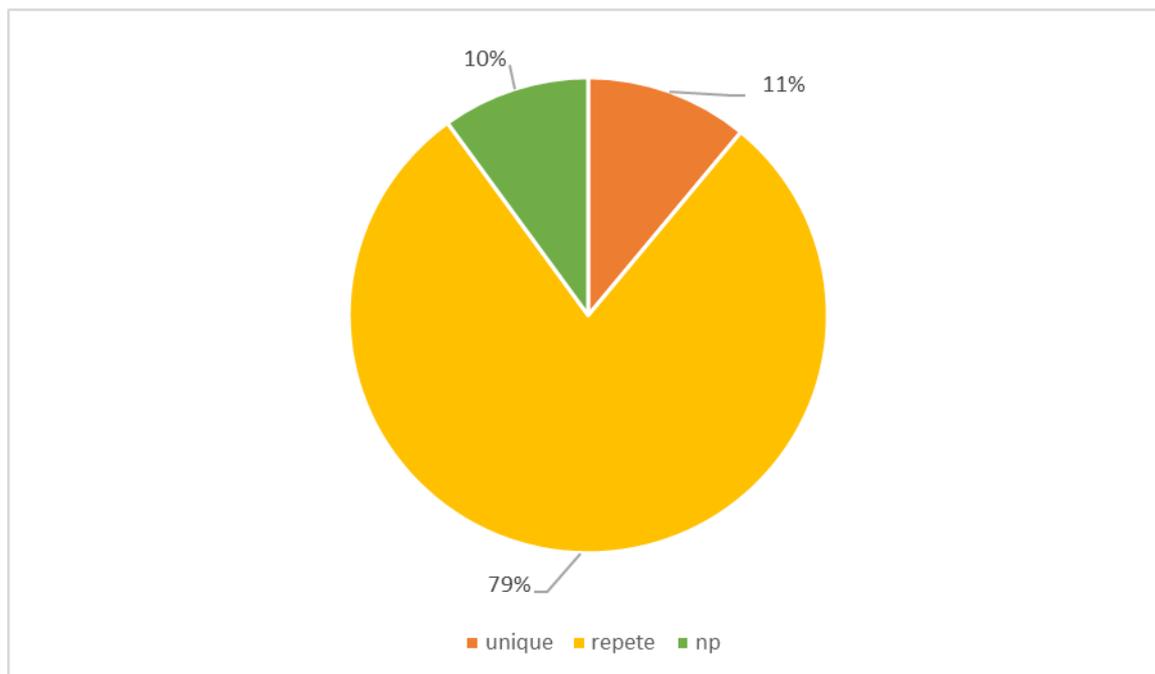


Figure 7 Antecedents de violences anterieures

IV. Les formes de violences :

La violence physique et psychique associées représente 43%, suivi de la violence physique avec un pourcentage de 32%, puis la violence sexuelle 17%, et en dernière place 8% pour la violence physique et sexuelle associées.

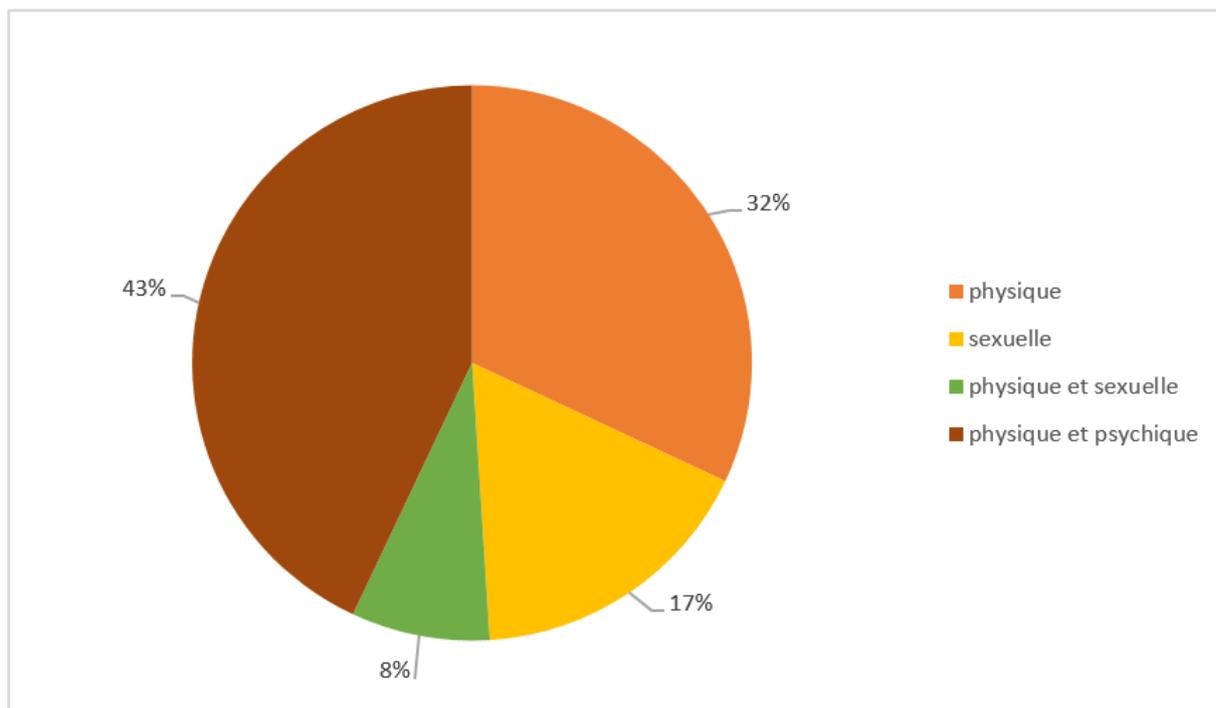


Figure 8 les formes de violences subies par les victimes.

V. Le lieu de l'agression :

Le lieu de l'agression est dans 58% le domicile conjugal, tandis que les lieux publics ne représentent que 10%.

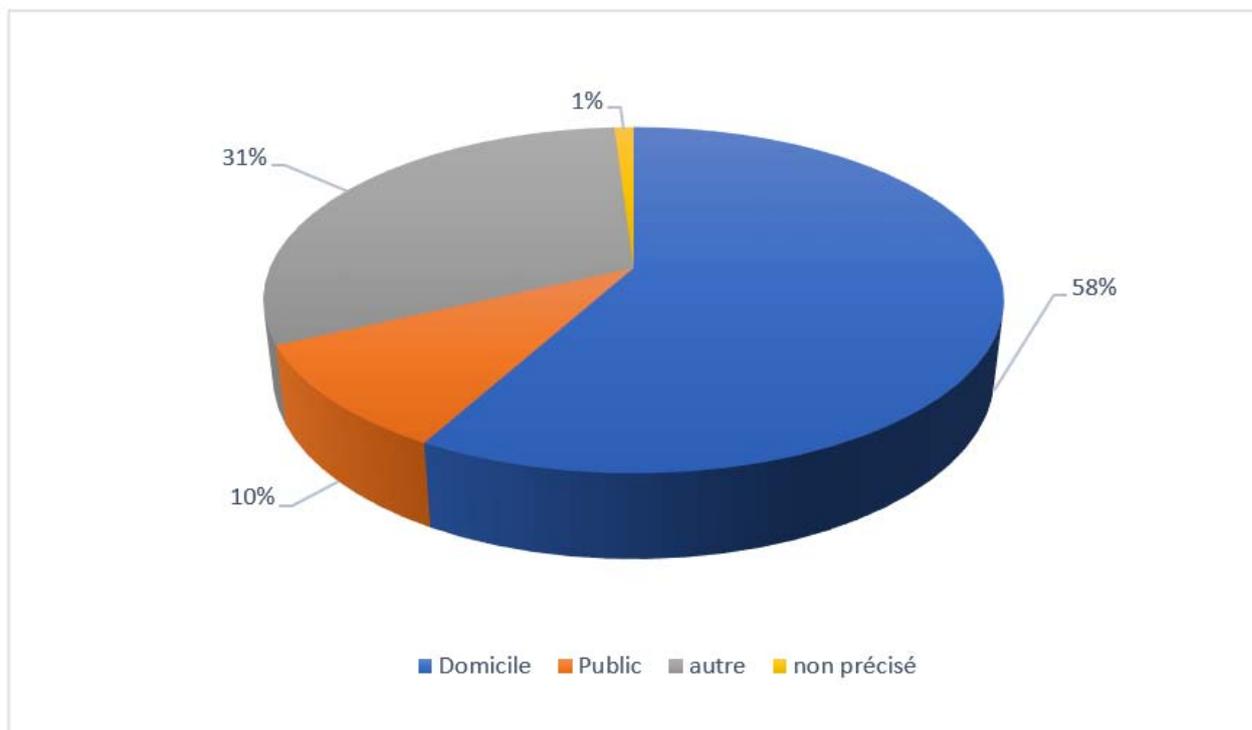


Figure 9 Le lieu de l'agression.

VI. L'agresseur :

L'agresseur est dans la majorité des cas représenté par le mari 85%.

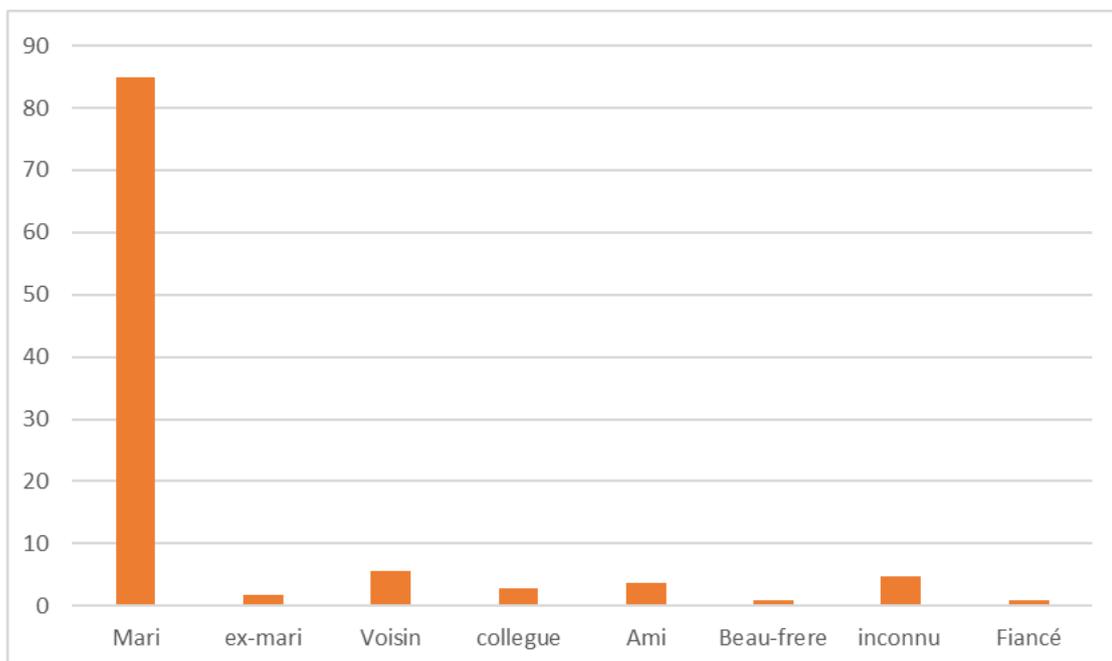


Figure 10 L'agresseur

VII. Classification des violences selon le siège du traumatisme:

Les traumatismes au niveau du membre supérieur sont les plus fréquents soit 24%, suivis des traumatismes des membres inférieurs et de la face (les yeux et oreilles 14,5%, bouche et nez 8%), et puis en dernière place on retrouve les traumatismes au niveau de l'abdomen et des fesses avec un pourcentage d'1%.

Tableau I Siège du traumatisme engendré par l'acte de violence

Traumatisme	Nombre	Pourcentage
Tête et visage	31	17%
yeux et oreille	26	14,5%
Thorax	8	4,5%
Abdomen	2	1%
MS	42	24%
MI	26	14,5%
Bouche et nez	14	8%
cou	11	6%
Dos	17	9,5%
Fesse	2	1%

VIII. Classification selon la nature des lésions engendrées:

Les lésions des parties molles sont les plus fréquentes, soit 58% pour les ecchymoses, et 10,5% pour les dermabrasions et griffure. Les lésions osseuses sont moins fréquentes, soit 4,5%, et en dernière position les morsures avec un pourcentage de 2,5%.

Tableau II Nature de la lésion engendrée par l'acte de violence

Lésion	Nombre	Pourcentage
Fracture	7	4,5%
ecchymose	92	58%
Plaie	11	7%
Hématome	6	4%
Ecorchure	5	3%
Dermabrasion	17	10,5%
Griffure	17	10,5%
Morsure	4	2,5%

IX. Prise en charge médico-légale :

1. Les implications médico-légales de la prise en charge d'une victime d'agression :

1.1. Les effets juridiques du certificat médical pour coups et blessures :

Ce certificat revêt généralement une importance cruciale dans la démarche judiciaire qu'entreprend une victime d'agression en vue de son éventuel prolongement. Il permet au magistrat de choisir le tribunal compétent pour juger l'auteur des faits et de déterminer les sanctions appropriées, en mettant en avant la gravité des préjudices découlant de l'infraction comme critère principal pour la graduation des peines.

Les certificats médico-légaux de constatation revêtent une importance capitale dans une procédure judiciaire.

Cependant, des circonstances aggravantes peuvent entrer en jeu, liées soit à la qualité des personnes impliquées (auteurs ou victimes de l'agression), soit aux circonstances entourant l'incident, telles que la préméditation, le guet-apens ou l'utilisation d'une arme. La présence de ces circonstances aggravantes conduit généralement à un doublement des peines encourues. Par exemple, si l'incapacité de travail personnel (ITP) ne dépasse pas vante jours, la peine initiale d'un mois à un an d'emprisonnement et/ou une amende peut être portée, en cas d'utilisation d'une arme de six mois à deux ans, conformément à l'article 400 du Code Pénal Marocain (CPM).

En cas d'ITP supérieure à vingt jours, la peine en présence d'une arme peut passer de deux à cinq ans d'emprisonnement, par rapport à un à trois ans prévu en l'absence de circonstances aggravantes (article 401 CPM). Si les blessures entraînent une infirmité permanente, la qualification pénale de l'infraction évolue vers un crime, passible de cinq à dix ans de réclusion, devenant dix à vingt ans en cas d'utilisation d'une arme (article 402 CPM). De même, en cas de décès résultant des blessures sans intention de le causer, la peine édictée est de vingt à trente ans de réclusion, devenant réclusion perpétuelle en cas d'utilisation d'une arme (article 403 CPM). Lorsque l'agresseur a recours à la torture ou à des actes de barbarie dans la commission d'un crime qualifié (tel que le viol ou le vol qualifié), la peine capitale peut être appliquée.

Le certificat médical guide largement ces différentes qualifications pénales. En certifiant d'abord l'existence des blessures et les décrivant, il sert de base à la discussion sur leur mécanisme. En garantissant une imputabilité correcte de ces blessures à l'acte qui les a provoquées, il facilite une évaluation appropriée des dommages subis en vue d'une éventuelle compensation financière.[4].

1.2. Durée de l'incapacité de travail personnelle (ITP) délivrées au service médecine légale au CHU Med VI :

Dans notre série, 166 femmes victime de violences a été reçues au service de médecine légale au CHU Med VI durant la durée de notre étude allant du 1er janvier 2021 aux 31 décembre 2022, la totalité de ces femmes ont reçu un (CML), Le médecin légiste examine la victime et suite à son examen, il rédige un certificat médico-légal qui contient ses conclusions, ses constatations médicales et détermine la durée de l'incapacité totale de travail.

Durée de l'ITP	≤ 20Jours	> 20jours	Non précisée
Pourcentage des femmes	62%	26,5%	11,5%

1.3. Modalité de consultation :

Dans notre série de 166 femmes, la majorité des femmes soit 50% du total ont consulté au service de façon spontanée, suivi de 25% référée par d'autres service, 13% par une association et en dernier 12% sur réquisition judiciaire.

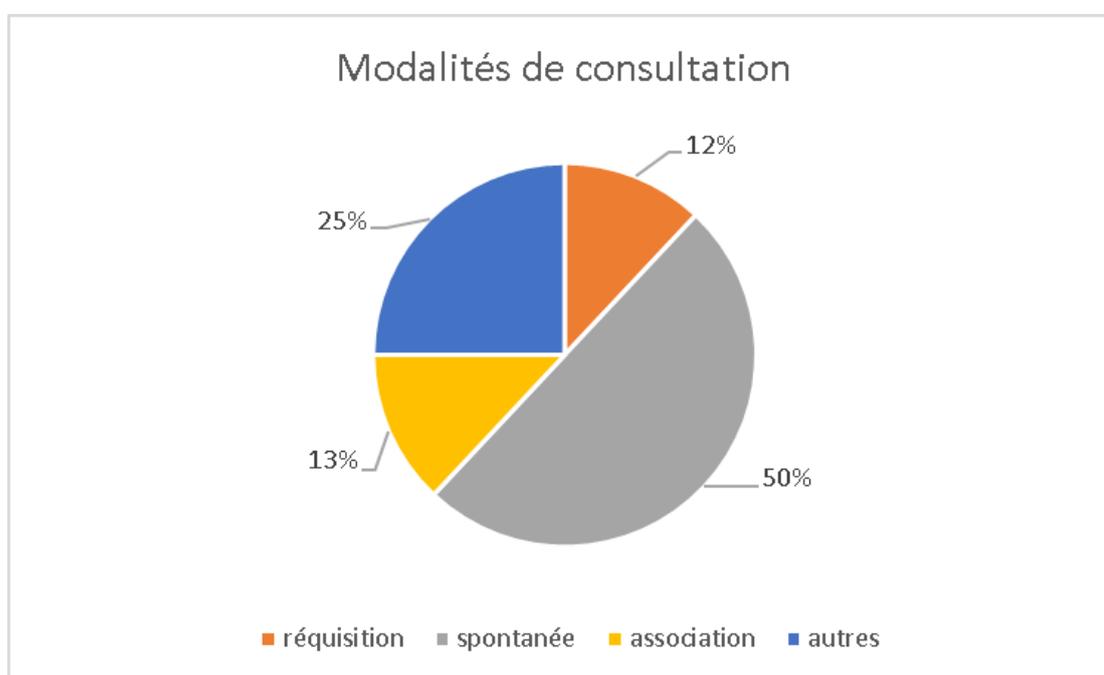


Figure 11:Modalités de consultation.

1.4L'accueil des victimes et les dérogations au secret médical :

Le secret médical est souvent évoqué comme une question de déontologie, un impératif éthique ancré dans les prescriptions hippocratiques. La consécration de ce principe dans le code de déontologie médicale marocain est clairement exposée à travers l'article 4, qui énonce : « Le médecin est tenu envers son patient au secret absolu sur tout ce qui lui a été confié ou qu'il a pu apprendre en raison de la confiance qui lui a été accordée ».[4]

La transgression du secret médical, perçue comme une perturbation de l'ordre social perpétrée par celui qui a la responsabilité du devoir de confidentialité, se matérialise également en un délit défini et sanctionné par la loi, tel que stipulé dans l'article 446 du code pénal marocain.[5]

Ainsi, le secret médical demeure inviolable, sauf en cas d'autorisation ou d'obligation prévue par la loi. C'est notamment le cas lors de la dénonciation aux autorités judiciaires de faits délictueux, d'actes de mauvais traitements ou de privations infligés à des mineurs de moins de 18 ans, ou encore lorsque l'un des époux agit ainsi envers l'autre ou envers une femme (article 446, alinéa 2 de la loi no 11-99). Dans ces situations, il s'agit en réalité d'une permission légale plutôt que d'une obligation de divulguer l'information. Il est toutefois important de souligner que le médecin ne doit pas adopter une attitude d'indifférence, car son inertie pourrait constituer le délit de non-assistance à une personne en danger.

La complexité de la situation émerge également de l'obligation de dénoncer un crime déjà tenté ou consommé, pesant sur tout citoyen, et dont la violation constitue un délit sanctionné par l'article 299 du Code pénal marocain.[5].

De plus, l'article 42 du code de procédure pénale impose à toute autorité constituée, ainsi qu'à tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de sa profession, a connaissance de la commission d'un crime ou d'un délit, l'obligation de le déclarer sans délai au procureur du Roi.[6]

Cependant, ces dispositions légales ont une portée générale, et la profession médicale n'est pas une profession ordinaire. Elle est réglementée par un texte spécifique qui impose le devoir de discrétion aux praticiens. Par conséquent, le simple fait d'admettre une victime d'agression ne justifie pas nécessairement une déclaration aux autorités judiciaires, même si le médecin obtient de son patient des aveux de crime ou les déduit de son examen. En revanche, si le médecin parvient à la conviction, voire à la certitude, que le patient s'apprête à commettre un crime, il est justifié de prévenir les autorités compétentes.

En effet, la connaissance par le médecin d'un danger imminent pour autrui constitue un motif justifié pour contourner le secret professionnel. Si la victime est mineure ou dans l'incapacité de se défendre, le médecin est également tenu de signaler la situation, car il agit de facto en tant que protecteur des intérêts de ces victimes vulnérables. Cependant, lorsque la victime est majeure, que son état n'est pas critique et qu'il n'existe pas d'indice formel laissant craindre la commission d'un nouveau crime, le secret professionnel reprend tous ses droits. Il appartient exclusivement au patient, qui peut en disposer à sa discrétion. Néanmoins, le médecin est tenu de fournir, sur demande du patient, un certificat exposant les constatations des blessures constatées, afin que le patient puisse en faire usage légitime, notamment en justice.

2. La rédaction du certificat médical pour coups et blessures :

Ce certificat peut être rédigé à la demande de la personne concernée, et dans ce cas, il lui est remis en mains propres, à moins qu'il ne s'agisse d'un mineur, auquel cas le certificat est remis au titulaire de l'autorité parentale. Il peut également être établi sur réquisition policière ou judiciaire, auquel cas il est envoyé à l'autorité requérante. Dans tous les cas, il s'agit d'un acte médical, ce qui implique un examen du patient, engageant ainsi la responsabilité du médecin signataire.

Ce certificat peut être élaboré sur un document pré-imprimé ou sur papier libre, mais il doit obligatoirement comporter deux mentions essentielles sous peine de nullité : l'identification du médecin et celle de la personne concernée. Une authentification par signature manuscrite est indispensable, et la date doit correspondre à celle du jour de la rédaction et de la signature. Accepter d'antidater ou de postdater un tel document serait considéré comme un faux en écritures, exposant à des poursuites pénales.[7]

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

2. 1 Dires et doléances de la victime :

Il est crucial de faire une distinction claire dans ce paragraphe afin de souligner que ce qui est consigné sur le certificat est la transcription des déclarations du patient et non les observations médicales du médecin. L'objectif est de recueillir exclusivement les éléments susceptibles de guider l'examen clinique et de faciliter la compréhension des blessures. Ces éléments peuvent inclure le lieu des faits, le nombre de personnes impliquées, l'impact des coups, les armes utilisées, ainsi que les symptômes subjectifs ressentis par le patient.[7]

2. 2 L'examen clinique et les examens complémentaires :[8]

L'objectif principal de l'examen médical est de déterminer le traitement médical approprié. Cependant, il est également possible de recueillir des preuves médico-légales qui pourraient être utiles à la victime dans le cadre d'une action en justice.

Il est important de noter que la victime a le droit de refuser que des preuves médico-légales soient prélevées, et dans ce cas, il est impératif de respecter son choix. Ces preuves médico-légales peuvent être cruciales pour différentes raisons, notamment :

- Confirmer l'existence d'un contact sexuel récent.
- Établir qu'il y a eu utilisation de la force ou de moyens de coercition.

- Confirmer le récit de la victime.
- Dans la mesure du possible, identifier l'agresseur.

Il est essentiel de collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après la violence, idéalement dans les 72 heures qui suivent l'agression. Documenter les blessures et prélever des échantillons tels que le sang, les cheveux, la salive et le sperme au cours de cette période peut jouer un rôle crucial dans la confirmation du récit de la victime et dans l'identification de son ou ses agresseurs.

Si la victime se présente après les 72 heures, la quantité et le type de preuves collectées dépendront de chaque situation spécifique.

Les blessures sont des témoignages actuels d'un traumatisme passé. Leur description doit être suffisamment précise pour permettre la discussion de leur mécanisme. Il est important de spécifier le type de blessures en utilisant un langage adapté et de détailler la localisation de la lésion par rapport aux repères anatomiques les plus proches. Pour chaque plaie, il convient de mentionner la forme (arrondie, étoilée, linéaire...), l'aspect des berges (nettes, déchiquetées, contuses, parfois surinfectées), les dimensions en hauteur, largeur et profondeur, en précisant le cas échéant les lésions sous-jacentes. Pour toute ecchymose, il est crucial de préciser l'aspect et la coloration. Ces informations revêtent une importance capitale, car elles fourniront des indications sur l'agent utilisé et les circonstances entourant la survenue des blessures.

a. L'agent utilisé :

Ainsi, l'aspect de la plaie à l'orifice d'entrée reproduit fréquemment la forme des instruments piquants. Dans le cas d'une plaie causée par un instrument tranchant, elle prend l'apparence d'une fente, dont un angle est aigu, correspondant à la partie aiguisée de la lame ou du fil, et l'autre angle est plus arrondi, correspondant au dos de la lame ou au talon. Les bords de la plaie sont nets et symétriques. Pour les plaies provoquées par des instruments coupants,

elles sont généralement plus allongées avec une terminaison en pente douce, souvent caractérisée par la forme classique en "queue de rat", parfois prolongée par une érosion épidermique linéaire ou même des estafilades. En ce qui concerne les ecchymoses, elles reproduisent délibérément la forme de l'objet contondant qui les a provoquées.

b. Les circonstances de survenue des blessures :

Les plaies résultant d'auto-agressions sont souvent multiples, superficielles, et elles touchent des zones facilement accessibles, tout en évitant délibérément les régions considérées comme dangereuses, telles que le cou ou les poignets. En revanche, les traumatismes causés par des agressions externes n'épargnent aucune zone corporelle et peuvent affecter diverses parties du corps.[9]

Les ecchymoses fournissent des indications sur la date de leur formation en fonction de leur couleur. Les griffures peuvent parfois signaler, par leur emplacement, l'existence de signes de lutte. Un exemple en est les éraflures en coups d'ongle autour de la bouche et des narines, résultant des tentatives de l'agresseur pour étouffer les cris de sa victime. Un examen général est essentiel, permettant de détailler le contexte dans lequel le traumatisme s'est produit et, par conséquent, ses implications. Il est important de signaler toute lésion en relation avec d'éventuelles séquelles antérieures, dans le but de faciliter ultérieurement une imputabilité correcte des différentes séquelles. Les examens complémentaires réalisés et leurs résultats doivent être consignés, de même que les traitements instaurés et, le cas échéant, le nombre de journées d'hospitalisation nécessitées.[10]

2. 3 La conclusion médico-légale :

a. L'incapacité de travail personnel (ITP)/incapacité temporaire totale (ITT) :

La raison d'être du certificat médical réside ici, dans ce qui confère sa valeur juridique. Il convient de noter immédiatement que le sigle global "ITT" prête à confusion en raison des multiples interprétations et significations qui lui sont attribuées. Tantôt, il est interprété comme une incapacité temporaire totale, tantôt il est assimilé à une incapacité totale du travail. [11] .

Dans ce contexte, nous évoluons sur le terrain pénal, et il est impératif de respecter la terminologie juridique, car le code pénal est soumis à une interprétation restrictive.

L'incapacité de travail personnel (ITP), telle qu'évoquée dans l'article 400 du Code pénal, ne doit pas être interprétée comme une incapacité absolue, et il n'est pas nécessaire que la victime soit complètement alitée ou dans le coma. Elle n'implique pas obligatoirement l'impossibilité pour la victime d'accomplir elle-même certains efforts physiques nécessaires à certaines tâches de la vie quotidienne. Par ailleurs, l'incapacité évaluée diffère fondamentalement de l'arrêt de travail professionnel. Considérer autrement priverait les personnes qui ne travaillent pas, ou qui ne travaillent plus, de leurs droits (enfants, chômeurs, retraités). De plus, il serait illogique que la gravité de la sanction soit liée à la nature du travail de la victime. [11].

Cependant, il est impératif de prendre en considération l'état antérieur et la condition générale de la personne blessée, conformément à un principe du droit de la responsabilité selon lequel l'auteur d'un préjudice est tenu de prendre sa victime telle qu'elle est. Ainsi, l'agresseur doit assumer les conséquences si sa victime est une personne physiquement et/ou psychologiquement vulnérable, ou si son état antérieur est susceptible d'être aggravé par un traumatisme apparemment mineur. Dans ce cas, la durée de l'incapacité pourrait être prolongée.[12].

b. Les réserves quant aux séquelles ultérieures :

Il est crucial, chaque fois que les blessures présentent un risque de laisser des séquelles, de le mentionner dans le certificat initial ou d'émettre des réserves pour l'avenir. Ces séquelles pourraient en effet répondre à l'un des éléments constitutifs de l'infraction prévue par l'article 402 du Code Pénal Marocain (CPM), qui réprime les coups et blessures volontaires entraînant une mutilation ou une infirmité permanente. Dans ce contexte, la qualification pénale des faits en crime ne dépend plus de l'existence ou non d'une incapacité de travail. La notion d'infirmité permanente, exigée dans ce cas, suppose la mise hors service de l'organe concerné ou son ablation. Il est donc important de souligner que toute incapacité permanente ne peut être assimilée automatiquement à une infirmité permanente. [13]

En toute circonstance, il appartient exclusivement au juge, informé de manière approfondie par le médecin sur la nature et la gravité des séquelles, de décider d'inclure ou d'écarter la notion d'infirmité permanente dans chaque cas. Si la victime décède des suites plus ou moins immédiates de ses blessures, le médecin chargé d'établir le certificat de décès doit signaler l'obstacle médico-légal à l'inhumation en cochant la case "mort naturelle" dans le certificat de décès. Cette action entraînera la saisine du parquet pour l'ouverture d'une enquête.[14].

c. Prise en charge après consultation médico-légale :

Dans notre série 59% des femmes victimes de violence ont nécessité une consultation psychiatrique soit 59% et ont été référées aux services de psychiatrie, 34% n'ont été référées à aucun service, et en dernier 7% ont nécessité une prise en charge par d'autres services comme la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et l'ophtalmologie.

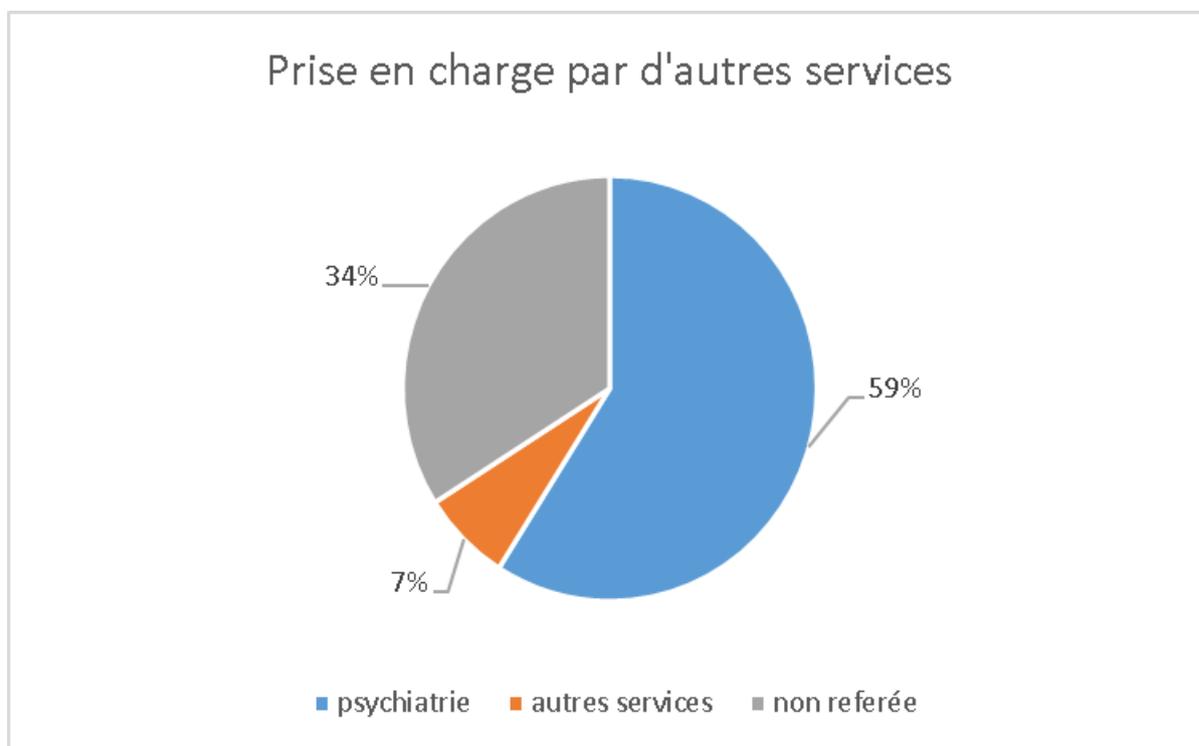


Figure 12 : Prise en charge des femmes victimes de violences par les autres services.



DISCUSSION



I. Définitions :

1. La violence fondée sur le genre (VFG) :

La violence basée sur le genre s'enracine principalement dans son utilisation au sein des sociétés et imprègne profondément la vie des femmes et des filles, laissant son empreinte à toutes les étapes de leur existence. Il s'agit d'une forme de violence que les femmes et les filles endurent principalement en raison de leur sexe et de leur identité de genre au sein de la société.

En tant que femmes, elles sont confrontées à une discrimination systématique perpétrée par un système profondément enraciné dans ses croyances, qui a légitimé des relations de pouvoir basées sur le genre. Ce système perpétue un modèle universel de soumission/subordination, plaçant ainsi les femmes et les filles dans une position très vulnérable face aux actes et/ou aux menaces physiques, sexuelles et psychologiques perpétrés par des hommes appartenant à leur famille ou à leur communauté, tels que les époux, les frères, le père, les petits amis ou amoureux, les enseignants et les employeurs. [15].

La définition de l'Agence des Nations unies pour la santé sexuelle et reproductive (UNFPA) capture de manière satisfaisante les aspects fondamentaux de la question :

"La violence basée sur le genre est celle qui implique à la fois les hommes et les femmes, où la victime est généralement une femme. Cette violence trouve son origine dans des relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes. Elle cible spécifiquement les femmes et les affecte de manière disproportionnée en raison de leur genre. Cela englobe, mais ne se limite pas à, des pratiques et des préjudices physiques, sexuels et psychologiques, y compris l'intimidation, la souffrance, la coercition et/ou la privation de liberté au sein de la famille ou de la communauté en général. Cela inclut également la violence perpétrée ou tolérée par l'État."

Trois critères clés à prendre en compte pour identifier/définir la Violence Fondée sur le Genre (VFG) sont les suivants :

- ❖ Discrimination sexuelle.
- ❖ Déséquilibre dans la relation de pouvoir entre homme et femme : autorité-soumission.
- ❖ Tolérance/acceptation sociale.

Cette définition met en évidence de manière explicite les aspects sociaux de la violence fondée sur le genre. De plus, elle constitue en elle-même le cadre qui orientera l'attention et la sensibilité nécessaires pour focaliser les efforts en matière de politique, de programmation et de services sur la complexité associée à la violence fondée sur le genre.

Il y a six étapes cruciales dans la vie des femmes ou des filles au cours desquelles elles sont très susceptibles d'expérimenter et de subir des formes spécifiques de violence. Ces périodes sont les suivantes :

- ❖ Avant la naissance
- ❖ Petite enfance (ou première enfance)
- ❖ Enfance
- ❖ Adolescence
- ❖ Age reproductif
- ❖ Age avancé (vieillesse)[16] .

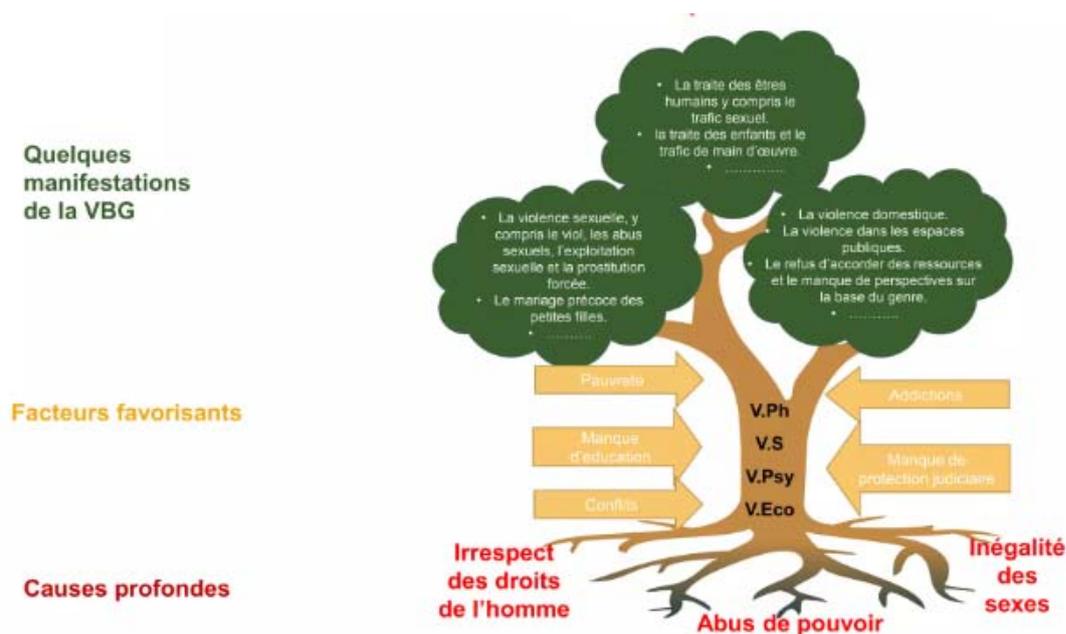


Figure 13: Aux racines de la VBG.

Tableau III:La violence sexiste au long d'une vie d'une femme:[17]

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

2. Les catégories de la violence contre la femme

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

La 2ème catégorie est la collectivité ; espace dans lequel les femmes sont victimes de viol, de sévices sexuels, d'harcèlement sexuel et d'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, de proxénétisme et de prostitution forcée. Enfin, la 3ème catégorie, c'est l'état, responsable de violence qu'il a directement perpétrée ou qu'il a toléré, cette catégorie englobe la violence engendrée par la législation d'un état. Aucune région du monde n'est un havre de paix pour les femmes et si chaque région a des particularités, partout, on retrouve ces trois catégories avec, comme dénominateur commun, l'insuffisance des politiques développées par les autorités publiques pour prévenir ces violences et punir leurs auteurs[18].

3. La violence Physique :

La plupart du temps, la violence physique ne se manifeste que lorsque la femme oppose une résistance à la violence psychologique. Cependant, en raison de ses traces visibles, c'est l'agression physique, plutôt que l'abus psychologique antérieur, qui est perçue comme violence tant par la femme elle-même que par son entourage.[19]

La violence physique englobe une vaste gamme de sévices, allant d'une simple bousculade à des actes aussi graves que l'homicide. Cela peut inclure des pincements, des gifles,

des coups de poing, des coups de pied, des tentatives de strangulation, des morsures, des brûlures, le torsionnement des bras, des agressions avec une arme blanche ou à feu, et même la séquestration. Des actions telles que "frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculer, tordre les bras" peuvent également se produire sans laisser de traces, une réalité que certains hommes connaissent parfaitement.[19]

Lorsque les individus violents s'expriment, il n'est pas rare de voir des femmes arriver aux urgences des hôpitaux dans un état similaire à celui d'un boxeur après un match, avec des arcades sourcilières défoncées, des fractures du nez ou des perforations du tympan. Il est notable que de nombreux coups sont dirigés vers le ventre lorsque la femme est enceinte, comme s'il s'agissait de porter atteinte à sa capacité de reproduction. Cela est corroboré par une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) menée dans une dizaine de pays à travers le monde. Ces actes de violence visent à marquer le corps de la femme, symbolisant ainsi l'emprise exercée sur elle.[19]

La violence physique peut aussi s'exprimer indirectement en malmenant un enfant d'un autre lit, son propre enfant ou un animal familial. Toutes les études montrent que les femmes qui subissent de la violence, qu'elle soit physique ou psychologique, ont un état de santé nettement moins bon que les autres femmes et qu'elles consomment beaucoup plus de médicaments, en particulier des psychotropes. Nous voyons bien qu'un lien se fait là avec la violence psychologique. Le geste violent que l'on anticipe, mais qui ne vient pas à un effet tout aussi destructeur que le vrai coup porté.

C'est souvent quand les femmes ont pris la décision de partir que leur compagnon est le plus violent physiquement.[19]

Les femmes sont conscientes de la situation, c'est pourquoi elles redoutent d'aggraver les choses en quittant la relation. Le chantage, les menaces et la manipulation sont des éléments redoutés et redoutables : "Si je pars, il y aura des représailles. Est-ce que je pourrai faire face ?"

Il leur arrive également de craindre que l'homme ne réagisse de manière négative, qu'il sombre dans la dépression, voire qu'il envisage le suicide. C'est pourquoi les femmes ont besoin d'accompagnement et de soutien pour discerner entre le chantage et les situations sérieuses. Il peut parfois être nécessaire de mettre en place un véritable plan de sécurité pour les aider à y voir plus clair.[19]

- **Traumatismes maxillo-faciaux chez les femmes victimes de violences conjugales :**

D'après une étude faite en France à l'université de Bordeaux en 2021, les chirurgiens maxillo-faciaux se retrouvent en première ligne pour repérer les cas de violence. Cependant, ils mettent en œuvre les protocoles nécessaires pour prendre en charge les victimes et leur fournir les informations nécessaires. C'est pour cela qu'il est crucial de sensibiliser les professionnels de la santé à la détection et à la prise en charge des cas de violence, afin d'améliorer le soutien offert aux victimes et de favoriser une intervention précoce.[20]

4. La violence psychologique

La violence psychologique, tout comme la violence verbale, peut se manifester de manière insidieuse ou très directe. Le partenaire vise l'intégrité psychologique de la personne, cherchant à détruire son estime de soi en dénigrant sa valeur en tant qu'individu. Voici quelques exemples [21]:

- Dénigrer la famille et les proches afin de créer un isolement socio-affectif.
- Dénigrer la personne, son intelligence, ses capacités.
- Ignorer l'autre, le boudier.
- User de manipulation pour empêcher l'autre de sortir.
- Exigence démesurée pour les tâches.

- **Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales :**

Il est fréquent d'observer des troubles psychiatriques, tels que la dépression et le trouble de stress post-traumatique, chez les victimes de violences de la part d'un partenaire intime. Ces troubles psychiatriques sont plus fréquemment associés chez les patients atteints de troubles psychiatriques que dans la population générale. Quelle que soit la direction de cette association, il apparaît crucial dans la pratique clinique de rechercher systématiquement la présence de violences de la part d'un partenaire intime chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Cette démarche permettrait une prise en charge plus complète et adaptée à la complexité des besoins de ces patients.[22]

5. La violence sexuelle :

C'est la forme de violence dont les femmes ont le plus de mal à parler et pourtant elle est très souvent présente. La violence sexuelle comprend un spectre très large, allant du harcèlement sexuel à l'exploitation sexuelle, en passant par le viol conjugal. Cette définition comprend l'obligation d'une personne à des activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, ou le plus souvent il s'agit d'obliger une personne à une relation sexuelle non désirée, sous la menace.

Les violences sexuelles peuvent entraîner des traumatismes pelviens, des grossesses non désirées ou des maladies sexuellement transmissibles. Une étude récente menée en France par l'université de Bordeaux en 2005 sur 148 femmes victimes de violence conjugale, ayant fait l'objet de décisions de justice, a révélé que 68% des victimes interrogées avaient subi, en plus des coups et blessures, des violences sexuelles au sein de leur couple et ces résultats ne concordent pas avec l'étude de notre série qui n'a objectivé que 17% de violences sexuelle et 7% de violences physique et sexuelle associées. Les femmes agressées sexuellement présentaient de manière significative plus de symptômes psychologiques post-traumatiques que celles qui

n'avaient subi que des violences physiques sans composante sexuelle. Le viol conjugal demeure souvent considéré comme faisant partie du "devoir conjugal" de la femme envers son époux.[23]

Beaucoup de femmes acceptent des rapports sexuels non désirés, simplement pour que leur partenaire cesse de les harceler. Le recours à un vocabulaire vulgaire et grossier, aux injures avilissantes à connotation sexuelle, assimilant la femme à une prostituée est une autre manière d'humilier la femme et de la dominer.

Toute violence sexuelle constitue un traumatisme majeur. Les personnes qui subissent une violence sexuelle vivent souvent avec le sentiment qu'elles sont méprisables et qu'aucun partenaire ne voudra d'elles.

II. La violence conjugale

Dans le monde, la forme la plus courante de violence à l'égard des femmes est la violence au foyer dans notre série le pourcentage est de 61%. Dans la majorité des couples, la violence s'aggrave avec le temps.

1. Les différentes théories sur la violence

Plusieurs théories explicatives de la violence contre les femmes ont été rapportées nous citerons quelques-unes d'entre elles. [24]

- **La société patriarcale:**

Il est vrai que la société prépare souvent les hommes à assumer un rôle dominant, les encourageant à exercer ce privilège par la force, voire la violence si nécessaire. Un exemple illustratif de cette mentalité peut être trouvé dans la citation de Saint Augustin : "Homme, tu es le maître, la femme est ton esclave. C'est Dieu qui l'a voulu." Cette perspective historique reflète

une conception traditionnelle des genres qui a longtemps justifié la domination masculine, renforçant ainsi des normes sociales préjudiciables.[24].

- **L'apprentissage sexuel :**

Effectivement, l'éducation des garçons et des filles peut contribuer à expliquer ce type de violence. Dès la petite enfance, les garçons sont souvent encouragés à adopter des comportements d'affirmation de soi et d'agressivité, tandis que les jeunes filles sont davantage orientées vers la souplesse de caractère, la conciliation et l'évitement des conflits. Ces schémas d'éducation genrée peuvent influencer les attitudes et les comportements tout au long de la vie, contribuant ainsi à la perpétuation des normes de genre et à la manifestation de comportements violents, notamment envers les femmes. Il est important de remettre en question ces stéréotypes dès le plus jeune âge pour promouvoir des relations égalitaires et prévenir la violence basée sur le genre.

- **L'apprentissage social:**

Absolument, l'environnement dans lequel un enfant grandit, notamment au sein d'une famille marquée par la violence conjugale et les abus envers les femmes, peut avoir un impact profond sur son développement et ses perspectives comportementales. Les enfants issus de tels contextes peuvent être imprégnés de modèles relationnels malsains et peuvent apprendre à normaliser des comportements violents. Cette transmission intergénérationnelle de la violence souligne l'importance cruciale de briser ce cycle par le biais de programmes d'éducation, de sensibilisation et de soutien pour les familles afin de favoriser des environnements sains et non violents pour les enfants.

- **Théorie biologique:**

Il est vrai que le système limbique, qui est la partie du cerveau impliquée dans le traitement des émotions, joue un rôle essentiel dans la compréhension de la violence. Un dysfonctionnement de la neurotransmission, en particulier du système sérotoninergique, a été associé à des comportements agressifs. Certains chercheurs suggèrent que la violence pourrait résulter d'une décharge électrique incontrôlée dans le lobe temporal, une région du cerveau impliquée dans la régulation des émotions et du comportement. Cependant, il est important de noter que la violence est un phénomène complexe et multifactoriel, influencé par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Les recherches sur les bases neurobiologiques de la violence sont en constante évolution et restent un domaine complexe et en développement dans les sciences cognitives.

2. Les formes de violence conjugale

La violence conjugale peut revêtir plusieurs formes : violence physique, psychologique, verbale, sexuelle, économique et spirituelle[25], [26], [27].

Il est malheureusement vrai qu'une femme peut être victime de plusieurs formes de violence, et les modalités de la violence employée par un conjoint violent peuvent évoluer au fil du temps. Plus un homme est enclin à la violence et a des démêlés avec la justice, plus il a tendance à recourir à diverses formes de violence contre sa conjointe. Son objectif peut être de la dominer et de contrôler non seulement ses paroles et ses actions, mais même de s'immiscer dans ses pensées. Cette escalade dans la diversité des formes de violence souligne la gravité de la situation et la nécessité d'une intervention efficace pour protéger les victimes et prévenir de futurs actes violents.

Tableau IV: Les formes de violence conjugale

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

2. 1 Cycle de la violence conjugale :

Il s'agit d'un cercle vicieux répétitif et évolutif. Plus il se répète, plus les épisodes de violences sont sévères et rapprochés. (Figure 11).

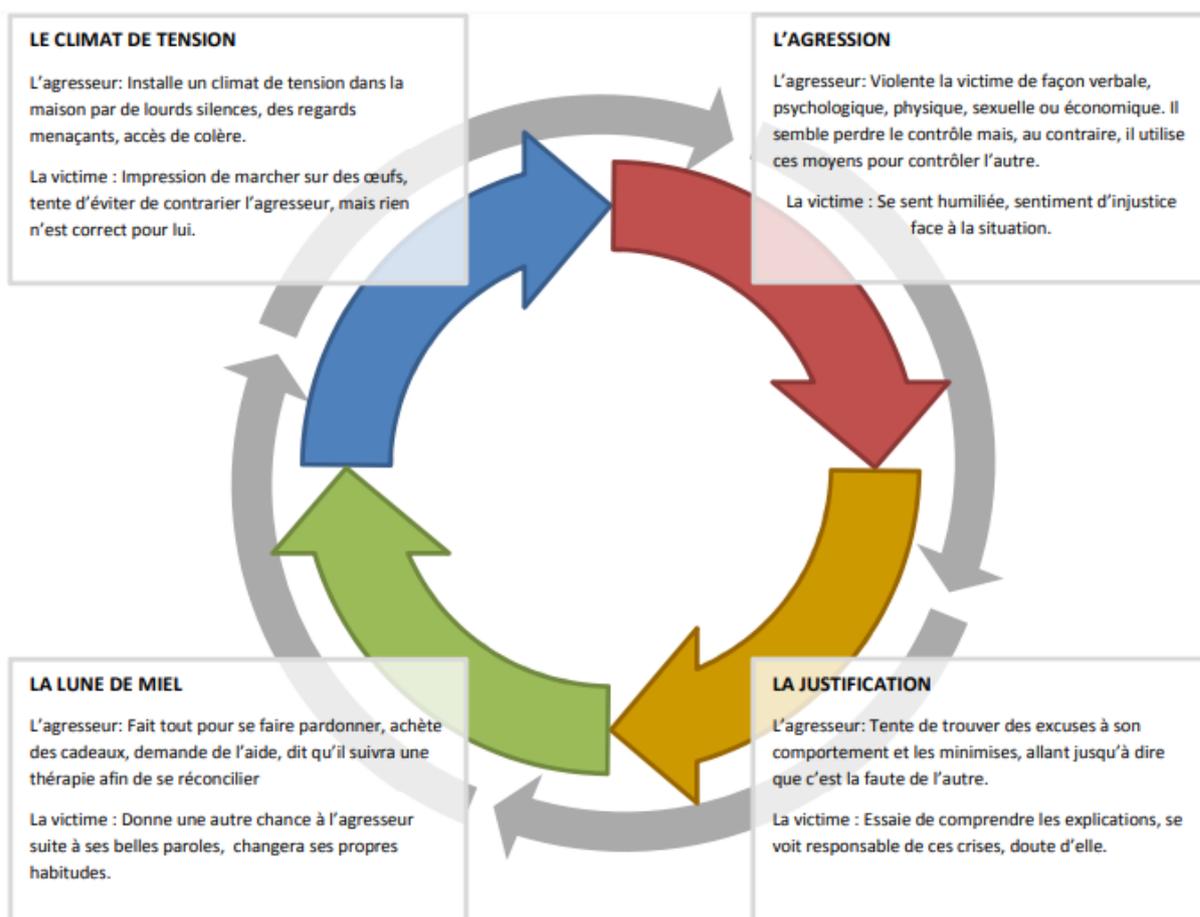


Figure 14 : Cycle de la violence conjugale

2. 2 Les causes de la violence conjugale

La violence conjugale a des racines sociales et historiques profondes [25].

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

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

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

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

L'alcool, la drogue et le stress peuvent favoriser l'expression de la violence, mais ce ne sont en rien des causes de la violence [25]. Il n'existe pas de substances ou de situations stressantes qui possèdent le pouvoir de rendre quelqu'un violent contre sa volonté [26].

Certains événements peuvent déclencher une agression : la conjointe réplique, refuse d'avoir des relations sexuelles, ne s'occupe pas bien du foyer, va quelque part sans autorisation, questionne la fidélité du conjoint.[28] Ces événements ne sont toutefois pas à l'origine de la violence, ce sont des « prétextes » invoqués par l'agresseur pour justifier la violence.

3. Les femmes victimes de violence conjugale

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

Certains groupes de femmes présentent néanmoins des taux de victimisation plus élevés[28], [29], [30]. C'est notamment le cas :

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

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

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

4. Violence conjugal et extra conjugal

Quand un partenaire utilise des comportements violents de toutes sortes pour contrôler comment les choses se passent dans la famille et dans la vie en général, on parle de violence conjugale.

5. Age des femmes victimes de violence :

L'Organisation Mondiale de la Santé quant à elle, affirme dans une étude multi pays que la prévalence de la violence sexuelle et physique varie de 15% à 71% parmi les femmes âgées de 15- 49ans [31].

Dans notre étude, il a été observé que l'âge moyen des femmes qui ont subi des violences était de 49 ans, ce qui correspond aux tendances internationales.

Chaque année en France en moyenne, on estime que 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales graves (violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint). Parmi elles, 16% ont déposé plainte.

On estime que 86 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou de tentatives de viol. Dans 86% des cas, la victime connaît son agresseur. 10% des victimes déclarent avoir déposé plainte[32]

En Belgique, d'après une enquête menée en 2010 auprès de la population belge, il a été constaté qu'une femme sur 20, âgée de 18 à 75 ans, a fait l'expérience de situations de violences conjugales très graves au cours des 12 derniers mois[33]

Parmi les dix pays sur lesquels porte une étude de 2005 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 50 % des femmes du Bangladesh, d'Éthiopie, du Pérou et de Tanzanie

déclarent avoir été victimes de violence physique ou sexuelle commise par leur partenaire intime, et le chiffre atteint le niveau ahurissant de 71 % dans les zones rurales d'Éthiopie. Dans un seul pays (le Japon), moins de 20 % des femmes déclarent des actes de violence familiale[34]

En République Démocratique du Congo, l'âge varie entre 2 et 80 ans, ce chiffre tient compte des violences faites aux filles[35]

L'analyse des données de l'enquête de 2019 du Haut commissariat au plan montre que, au niveau de la région de Souss Massa, presque 9 filles et femmes sur 10 ont subi au moins une forme de violence durant leur vie (88.3% contre 82.6% au niveau national) soit un effectif de 966 milles filles et femmes âgées de 15 à 74 ans[36], ce qui nous fait une moyenne d'âge de 44,5. Tandis que notre série montre une moyenne d'âge un peu plus élevée de 48,5.

Tableau V : Age moyen des victimes selon les différentes séries .

	France 2010–2013	Belgique 2010	RDC 2016	HCP Maroc 2019	Notre étude 2021–2022
Age minimum (ans)	18	18	2	15	17
Age Maximum (ans)	75	75	80	74	80
Age moyen (ans)	46,5	46,5	41	44,5	48,5

6. Etat matrimonial des femmes victimes de violence :

Dans notre étude, la majorité des femmes victimes de violence sont des femmes mariées 63% (105 F/166), ce chiffre est une évidence puisque nous avons remarqué que les violences conjugales étaient plus nombreuses comparativement aux violences extra conjugales, et cela reste un fait si nous tenons compte du contexte marocain où la majorité des couples sont censés être au regard de la loi des couples mariés.

7. Niveau scolaire et violence basée sur le genre :

Les femmes de tous les milieux et de toute catégorie sociale puissent être vulnérables à la violence conjugale, certaines le sont plus que d'autres, notamment les femmes moins éduquées et vivant dans la précarité[37].

Au Rwanda une étude rétrospective a été faite au cours des années 2010 et 2011 sur 243 cas, les victimes scolarisées de la violence domestique s'élevaient à 87,7%, parmi elles, 49,7% avaient fait l'école primaire, 26,3% avaient fréquenté l'école secondaire. Les universitaires et post universitaires étaient représentés respectivement dans 10,2% et 1,2%. Seuls 12,3% n'avaient pas fréquenté l'école[37].

Au Canada en 2009, le niveau de revenu familial et le niveau d'éducation semblaient avoir peu d'impact sur l'expérience de la violence conjugale. Les victimes et les auteurs de violence conjugale n'étaient pas d'avantage susceptibles d'être diplômés universitaires que d'avoir abandonné l'école secondaire.

De même, il y avait peu de différence dans les proportions de victimes de violence conjugale parmi les divers groupes de revenus. Que les Canadiens appartiennent à la catégorie de revenu familial la plus élevée ou la plus basse, la proportion de victimes de violence conjugale se situait entre 1 % et 2 %.[38].

Tandis que notre étude a démontré que la majeure partie des femmes victimes de violences soit 38% ont été scolarisée jusqu'à l'école primaire contre 4% qui ont reçu leurs études au niveau du M'SID.

8. Origine démographique et violence basé sur le genre :

Dans une enquête sur la violence basée sur le genre, les données sociodémographiques sont fondamentales.

D'après le Haut commissariat au plan, en milieu urbain, le taux de prévalence de la violence est de 90% contre 83.1% au niveau national, en milieu rural, 85.7% contre 81.6% au niveau national. La violence psychologique reste encore la plus élevée (81.8% contre 76.7% au niveau national) puis celle sexuelle³ (31.4%), 29% au niveau national, ou physique (29.9%) contre 39.3% au niveau national[36]

Au Maroc plus de 7,6 millions de femmes, soit un pourcentage de 57,1%, ont subi un acte de violence, tous contextes et toutes formes confondus. Cette violence touche plus les femmes du milieu urbain (5,1 millions de femmes, soit 58,3%) que celles résidant en milieu rural (2,5 millions, soit 55%).[39]

Tableau VI : Taux de violence (%) auprès des filles et des femmes de 15 à 74 ans selon les formes de violence au niveau national et régional (Souss Massa)

Forme de violence	Urbain (%)		Rural (%)		Ensemble (%)	
	Région	Maroc	Région	Maroc	Région	Maroc
Physique	30.90	39.20	28.30	39.50	29.90	39.30
Sexuelle	38.20	31.10	21.40	25.10	31.40	29.00
Psychologique	83.60	76.80	79.20	76.60	81.80	76.70
Toutes formes confondues	90.00	83.10	81.60	81.60	88.30	82.60

9. Statut professionnel et violence basée sur le genre :

Dans notre échantillon la majorité (70%) des femmes qui ont subies une violence physique étaient des femmes au foyer. En France en 2000 une enquête a été réalisée sur la violence envers les femmes appelée (ENVEFF) , (L'enquête nationale sur les violences envers les

femmes en France) a montré que les femmes totalement inactives et chômeuses en situation de violence très grave représentent 2.8%, les cadres supérieurs représentent 6,1% et les ouvrières 4,6%[40].

La majorité des femmes victimes de la violence sont sans profession ou ont abandonné leur activité, néanmoins même une femme active ou disposant des ressources personnelles peut elle aussi être victime de l'emprise d'un conjoint violent.[41]

D'après un Rapport sur les violences faites aux femmes et aux filles fait par le Haut commissariat au plan, les filles et femmes en chômage ont subi deux fois plus de violence (30,9%) par rapport aux femmes qui sont en activité professionnelle (14,2%).[39]

Les cadres moyens et employées de bureau et les femmes occupant des postes de direction sont aussi victimes de cette violence avec des prévalences respectives de 18% et 10%.[39]

10. Lieux de survenus de l'agression :

Dans notre étude, dans les deux tiers des cas soit 61%, la violence est survenue à domicile, ceci reste logique puisque la majorité de la violence subie est une violence conjugale.

Richard Devantoy en 2008 a démontré que la violence est perpétrée dans 63% des cas au domicile de la victime plus rarement chez l'agresseur [42].

C'est dans les lieux publics que la violence physique est la plus répandue, avec un taux de prévalence de 9,7 %. Le contexte extraconjugal vient en deuxième position avec 7,6 %, suivi du contexte conjugal avec 6,4 %.

Par milieu de résidence, le taux de prévalence dans les lieux publics est près de 5 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (14,2 % contre 3,1 %). A titre indicatif, ce taux est de 17 % au Mozambique, de 12 % en Finlande et de 8 % en Australie (58)

III. Les aspects juridiques et déontologiques internationaux :

1. La convention sur l'élimination de toute les formes de discrimination à l'égard des femmes CEDAW (1979) :

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979. Elle est entrée en vigueur le 3 septembre 1981 à la suite de la ratification du vingtième État partie. L'organe de supervision de la Convention, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), a été mis sur pied en 1982.[43]

Les Etats parties à la présente Convention,

Notant que la Charte des Nations Unies réaffirme la foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine et dans l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Notant que la Déclaration universelle des droits de l'homme affirme le principe de la non-discrimination et proclame que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit, et que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de sexe,

Notant que les Etats parties aux Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme ont l'obligation d'assurer l'égalité des droits de l'homme et de la femme dans l'exercice de tous les droits économiques, sociaux, culturels, civils et politiques,

Considérant les conventions internationales conclues sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies et des institutions spécialisées en vue de promouvoir l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Notant également les résolutions, déclarations et recommandations adoptées par l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées en vue de promouvoir l'égalité des droits de l'homme et de la femme,

Préoccupés toutefois de constater qu'en dépit de ces divers instruments les femmes continuent de faire l'objet d'importantes discriminations,

Rappelant que la discrimination à l'encontre des femmes viole les principes de l'égalité des droits et du respect de la dignité humaine, qu'elle entrave la participation des femmes, dans les mêmes conditions que les hommes, à la vie politique, sociale, économique et culturelle de leur pays, qu'elle fait obstacle à l'accroissement du bien-être de la société et de la famille et qu'elle empêche les femmes de servir leur pays et l'humanité dans toute la mesure de leurs possibilités,

Préoccupés par le fait que, dans les situations de pauvreté, les femmes ont un minimum d'accès à l'alimentation, aux services médicaux, à l'éducation, à la formation, ainsi qu'aux possibilités d'emploi et à la satisfaction d'autres besoins,

Convaincus que l'instauration du nouvel ordre économique international fondé sur l'équité et la justice contribuera de façon significative à promouvoir l'égalité entre l'homme et la femme,

Plaintes en vertu du Protocole facultatif :

Le Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a reçu une plainte contre le Canada en 2008 de Cecilia Kell. La plaignante avait été impliquée dans un conflit de propriété et s'est battue pendant dix ans au moyen du système de droit canadien pour reprendre ses droits de propriété. « En 2008, après avoir puisé tous les recours possibles, Mme Kell a déposé une plainte personnelle contre le Canada par l'entremise du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, alléguant être victime d'une violation de ses droits sur certains articles de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. » En 2012 le « Comité a établi que le Canada, en tant qu'État partie de la

Convention et de son Protocole facultatif, n'avait pas rempli ses obligations en vertu des articles 1, 2 et 16 et qu'il devrait fournir une compensation monétaire et des solutions d'hébergement afin de compenser ce dont Mme Kell a été privée. Le Comité a en outre recommandé de recruter et de former plus de femmes autochtones pour fournir de l'aide juridique, ainsi que pour réviser le système juridique canadien afin d'assurer que les femmes autochtones victimes de violence familiale puissent accéder facilement au système de justice ».[43]

2. La convention relative au droit de l'enfant (1989), ratifié en 1993 :

Alors que la notion de droits humains se développe à travers le monde courant XVIIIe siècle, l'idée qu'il est nécessaire de protéger les enfants par des droits spécifiques apparaît au début du XIXe siècle. Les premières lois protectrices apparaissent en Europe. Elles concernent le travail des enfants [44] .

La pandémie mondiale de la Covid-19 marque le début de cette nouvelle décennie et fait peser des menaces considérables sur les enfants, sur leur sécurité, leur bien-être, leur avenir et leurs droits. Au-delà d'une crise sanitaire, le monde fait face à véritable crise des droits de l'enfant, rappelant plus que jamais l'importance et tout le sens de la CIDE[45]

La Convention relative aux droits de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989.

L'adoption de cette Convention a marqué la fin d'un processus qui avait commencé avec les préparatifs de l'Année internationale de l'enfant en 1979. Cette même année, des discussions avaient été entamées concernant un projet de convention remis par le Gouvernement polonais.[46]

La question des enfants avait auparavant fait l'objet de débats dans la communauté internationale. La Ligue des Nations et les Nations Unies avaient toutes deux adopté des déclarations sur les droits de l'enfant en 1924 et 1959 respectivement. En outre, des dispositions spécifiques concernant les enfants avaient été intégrées dans plusieurs traités

relatifs aux droits de l'homme et au droit humanitaire. Néanmoins, certains États ont estimé qu'il était nécessaire d'élaborer une déclaration globale qui soit contraignante au regard du droit international.[46]

Ces affirmations étaient influencées par plusieurs rapports faisant état de graves injustices subies par les enfants, comme une mortalité infantile élevée, des soins de santé inadéquats, ou encore des possibilités limitées d'éducation de base. Des témoignages alarmants d'enfants maltraités, livrés à la prostitution ou exploités dans des emplois dangereux, d'enfants en prison ou confrontés à d'autres circonstances difficiles, et d'enfants réfugiés ou victimes de conflits armés avaient également vu le jour.[46]

Le texte de la Convention a été rédigé au sein d'un groupe de travail mis en place par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies. Les représentants des gouvernements formaient le noyau du groupe de rédaction, mais des représentants d'organismes et d'institutions spécialisées des Nations Unies, ainsi qu'un certain nombre d'organisations non gouvernementales, ont pris part aux délibérations. Le projet initial soumis par le Gouvernement polonais a été largement modifié et élargi au cours de longs débats.[46]

L'adoption unanime de la Convention par l'Assemblée générale a ouvert la voie à sa ratification par les États et à la mise en place d'un comité de suivi, à savoir le Comité des droits de l'enfant. En moins d'un an, en septembre 1990, 20 États avaient légalement approuvé la Convention, qui est ainsi entrée en vigueur.[46]

Le même mois, le Sommet mondial pour les enfants s'est tenu à New York à l'initiative de l'UNICEF et de six États (Canada, Égypte, Mali, Mexique, Pakistan et Suède). Ce Sommet a été l'occasion d'encourager tous les États à ratifier la Convention. D'ici la fin de l'année 1990, 57 pays avaient ratifié la Convention, devenant ainsi des États parties à cette dernière. Lors de la Conférence mondiale sur les droits de l'homme qui s'est tenue à Vienne en 1993, l'objectif visant à la ratification universelle de la Convention avant la fin de l'année 1995 a été annoncé. Le 31 décembre 2015, 196 pays avaient ratifié la Convention ou y avaient adhéré. À ce jour, un seul

État manque pour obtenir la ratification universelle. Ce nombre est une première dans le domaine des droits de l'homme.[46]

❖ **Principes généraux :**

Quatre principes généraux sont inscrits dans la Convention. Ils visent à aider à interpréter la Convention dans son ensemble et à guider ainsi les programmes nationaux de mise en œuvre.

Non-discrimination (article 2) : les États parties doivent garantir que tous les enfants relevant de leur juridiction jouissent de leurs droits. Aucun enfant ne doit souffrir de discrimination. Cela s'applique à chaque enfant, « indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation ». Le principal message est l'égalité des chances. Les filles doivent avoir les mêmes chances que les garçons. Les enfants réfugiés, les enfants d'origine étrangère, les enfants autochtones ou de groupes minoritaires doivent avoir les mêmes droits que les autres. Les enfants handicapés doivent avoir les mêmes chances de bénéficier d'un niveau de vie suffisant.

Intérêt supérieur de l'enfant (article 3) : lorsque les autorités d'un État prennent des décisions qui ont une incidence sur les enfants, l'intérêt supérieur de ces enfants doit être une considération primordiale. Ce principe s'applique aux décisions prises par les tribunaux, les autorités administratives, les organes législatifs, et les institutions publiques ou privées de protection sociale. Il s'agit d'un message fondamental de la Convention, dont la mise en œuvre constitue un défi majeur.

Droit inhérent à la vie, à la survie et au développement (article 6) : l'article sur le droit à la vie fait également référence au droit à la survie et au développement, qui doit être garanti « dans toute la mesure possible ». Le terme de « développement » dans ce contexte doit être interprété

au sens large, en ajoutant une dimension qualitative : il s'agit non seulement de la santé physique, mais aussi du développement mental, émotionnel, cognitif, social et culturel.

Opinions de l'enfant (article 12) : chaque enfant doit être libre d'exprimer son opinion sur toute question l'intéressant, et ces opinions doivent être dûment prises en considération « eu égard à son âge et à son degré de maturité ». Ce principe repose sur l'idée que les enfants ont le droit d'être entendus et qu'on prenne leurs idées au sérieux, y compris dans toute procédure judiciaire ou administrative les intéressant.[46]

3. La Constitution marocaine du projet de Politique Publique Intégrée de la Protection de l'Enfance en (2011) :

Le projet de Politique Publique Intégrée de la Protection de l'Enfance, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la nouvelle constitution du Royaume du Maroc de 2011, décline les orientations de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, dans le domaine de la promotion de la situation de l'enfance, et traduit les objectifs du programme gouvernemental 2012-2016 en matière de la promotion de la situation de l'enfance. Ce projet répond également aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours du Plan d'Action National pour l'Enfance 2006-2015.[47]

Ce projet constitue un engagement national, pour bâtir un cadre fédérateur et cohérent, en vue de garantir l'implication de tous les acteurs. Il ambitionne d'introduire la dimension de la protection de l'enfance dans les différentes politiques publiques et les programmes sectoriels aux niveaux central et local, et de créer des dispositifs locaux intégrés de protection de l'enfance, accessibles pour les enfants, en leur favorisant une protection efficace et durable contre toutes les formes de négligence, d'abus, de violence et d'exploitation.[47]

Accorde aux conventions internationales ratifiées et publiées la primauté sur le droit interne du pays.

Prohibe la discrimination pour motif du sexe, consacre l'égalité et la parité (art 19)

. Recommandations concernant certaines dispositions du projet de loi N° 79-14 relatif à l'Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination

Le Conseil national des droits de l'Homme (CNDH) est une institution nationale pluraliste et indépendante, chargée de connaître toutes les questions relatives à la défense et à la protection des droits de l'Homme et des libertés, à la garantie de leur plein exercice et à leur promotion ainsi qu'à la préservation de la dignité, des droits et des libertés individuelles et collectives des citoyennes et citoyens et ce, dans le strict respect des référentiels nationaux et universels en la matière.[48]

4. L'avis du CNDH sur le projet de loi N° 79-14 et ses défis :

Le Conseil national des droits de l'Homme émet son avis sur le projet de loi N° 79.14 relatif à l'Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination, tel qu'adopté par la Chambre des représentants le 10 mai 2016.[49]

Dans le cadre de son engagement à soutenir et accompagner le Gouvernement et le Parlement dans la création des nouvelles instances de protection et de promotion des droits de l'Homme prévues par la Constitution, notamment l'Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination (Apald), le CNDH a entamé un processus d'échanges et de réflexions. Cela concerne la création de cette Autorité en tant qu'instance spécialisée conformément aux articles 19 et 164 de la Constitution, lui conférant la responsabilité de veiller au respect des droits et libertés énoncés à l'article 19, sous réserve des attributions dévolues au Conseil national des droits de l'Homme.

La Constitution ouvre un champ de compétence étendu à cette Autorité, laissant à la loi le soin de le définir plus précisément. Il revient à la loi de déterminer le champ d'intervention de cette Autorité ainsi que ses relations avec les autres mécanismes institutionnels nationaux dédiés à la protection et à la promotion des droits de l'Homme.[49]

Le CNDH souhaite rappeler que l'élaboration de la loi instaurant l'Apald a été le fruit d'un processus approfondi, marqué par des réflexions et des propositions émanant tant des institutions nationales que des organisations de la société civile nationales, ainsi que des institutions internationales.

À l'initiative de Mme Bassima Hakkaoui, Ministre de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, un comité scientifique ad hoc a été constitué. Ce comité avait pour mission de formuler des propositions pour le projet de loi créant l'Apald. Il a recueilli des contributions écrites de diverses parties prenantes, organisé des auditions avec des personnes ressources, et a également reçu 82 contributions de partis politiques, de syndicats, de chercheurs et d'associations. Ce comité a présenté un projet de loi relatif à la création de l'Apald le 28 juin 2013.[49]

Dans le même ordre d'idées, la Ministre de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social a sollicité un soutien technique du Conseil de l'Europe à travers la Commission européenne pour la démocratie par le droit, également connue sous le nom de Commission de Venise, lors de l'élaboration du projet de loi pour la création de l'Apald.

Parallèlement, le CNDH a réalisé une étude comparative sur les expériences internationales dans le domaine de l'institutionnalisation de la lutte contre la discrimination. Cette étude visait à formuler des orientations et des recommandations pour guider l'élaboration de la loi créant l'Apald, datant de novembre 2011. Fondé sur les principales analyses et recommandations de cette étude, le CNDH a rédigé un premier mémorandum le 6 octobre 2012, suivi d'un mémorandum additionnel concernant l'avant-projet de la Loi sur l'Apald en juin 2013. Ces deux avis ont respectivement été publiés en janvier 2013 et en mai 2014.[49]

À la suite d'une demande d'avis du Président de la Chambre des représentants concernant le projet de Loi N° 79.14 en novembre 2015, le CNDH, de même que le Conseil économique, social et environnemental (CESE), ont confirmé dans leurs avis respectifs les points de convergence soutenus par d'autres institutions.

Lors de l'examen du projet de loi par la commission des secteurs sociaux à la Chambre des Représentants, les groupes parlementaires de la majorité et de l'opposition ont formulé des propositions d'amendements en avril 2016. Ces propositions convergent principalement avec les avis, les propositions et les recommandations émises par le CNDH et le CESE.[49]

À l'issue de ce processus d'échanges et de concertation approfondi, il est possible d'affirmer que le projet de la Loi N° 79.14, tel qu'adopté par la Chambre des représentants lors de sa séance plénière du 10 mai 2016, n'a pas pris en compte les avis et les propositions provenant des diverses parties prenantes. Cela concerne notamment les aspects suivants : la vocation constitutionnelle attribuée à l'Apald en tant qu'instance de protection et de promotion des droits de l'Homme, conformément à l'article 164 de la Constitution, qui positionne cette autorité parmi les "Instances de Protection et de Promotion des Droits de l'Homme".[49]

5. Loi 27.14 adopté en 2016 :

La loi 27-14 relative à la lutte contre la traite des êtres humains dans son article premier définit les formes d'exploitation comme faisant partie de la traite des êtres humains. Cette loi criminalise et réprime sévèrement les formes suivantes d'exploitation :

- ❖ L'exploitation sexuelle, la prostitution, la pornographie et le travail forcé.
- ❖ La mendicité, la servitude et l'esclavage ou pratiques analogues.
- ❖ Les prélèvements ou trafic d'organes et de tissus humains, l'expérimentation et recherches médicales effectuées sur des êtres vivants.[50]

La loi 27-14 prévoit aussi des sanctions vis à vis des personnes impliquées dans des cas de traite des êtres humains (celles-ci sont portées au double si la victime de traite est mineure) et renforce les sanctions à l'égard des criminels quand les victimes sont des femmes et des enfants. La définition de ces victimes par la loi 27.14 inclut les nationaux ainsi que les étrangers.[50]

- ❖ + loi 79.14 (2017) relative à l’Autorité pour la parité et la lutte contre toute forme de discrimination.

Le projet de loi 79-14 relatif à l’Autorité pour la Parité et la Lutte contre toutes les formes de discrimination a été adopté par la Chambre des Représentants le 10 mai 2016, était, & fin juin 2017, toujours en cours d’examen par la deuxième Chambre. Ce texte reste, toutefois, en deca des aspirations et des attentes en matière d’égalité de genre.[51]

la décision de la Cour constitutionnelle n°40/17 du 29 hija 1438 (20 septembre 2017) ayant déclaré que « les dispositions des articles premier, 2, 3 et 4 de la loi n° 79-14 ne sont pas contraires à la Constitution, cette loi a été promulguée et a été publiée au Bulletin officiel à la suite du présent dahir, la loi n° 79-14 relative à l’Autorité pour la parité et la lutte contre toutes formes de discrimination, telle qu’adoptée par la Chambre des représentants et la Chambre des conseillers.[51]

IV. POLITIQUES SECTORIELLES

1. Intégration de la lutte institutionnelle contre les violences faites aux femmes dans le Plan Gouvernemental pour l'Égalité (PGE) hommes-femmes 2012-2016 :

Le plan « ICRAM » : une Politique Publique en matière de l'égalité reflétant les enjeux et les engagements du département en matière de genre :

Le plan Gouvernemental pour l'Égalité « ICRAM » dans ses deux versions « ICRAM 1 » pour la période 2012-2016 et « ICRAM 2 » pour la période 2017-2021, constitue le cadre de référence et de convergence des interventions des départements gouvernementaux en matière d'égalité.

En effet, adopté par le Conseil de Gouvernement, le plan ICRAM traduit l'engagement du gouvernement marocain pour la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes et qui ont été identifiées en tant que prioritaires et pour le traitement de leurs causes et conséquences.

La dynamique gouvernementale et sectorielle créée par « ICRAM1 » a permis la réalisation d'un bilan important en termes de réformes structurelles et structurantes, que ce soit au niveau législatif et institutionnel, ou au niveau de la programmation et de la planification, à travers la mise en place de mécanismes et le lancement de stratégies sectorielles consacrant la culture de planification intégrant le genre. Il s'agit d'un bilan important qui décline l'atteinte de 75% des mesures avec un taux de réalisation de 100%. Le taux de réalisation de 86% des mesures a dépassé 70%, ce qui représente un résultat important compte tenu de l'aspect structurel des réformes et chantiers lancés sur le plan législatif et institutionnel. L'importance de ce bilan réside également dans son impact sur les politiques publiques, qui a suscité le souci d'institutionnaliser l'égalité au niveau de certains secteurs qui ont mis en place des mécanismes ou ayant lancé des stratégies sectorielles qui instaurent une culture de planification intégrant le genre.

Capitalisant sur les acquis et progrès réalisés, le deuxième Plan Gouvernemental pour l'Égalité «ICRAM 2» 2017–2021 a été approuvé par la Commission Ministérielle. Ce plan s'appuie sur la planification axée sur les résultats, sur l'approche territoriale en termes de planification et de suivi, et selon une approche droits de l'homme et démocratie participative. Ces approches ont permis la prise en compte des besoins des citoyens et des citoyennes d'une part, et la réduction des inégalités sociales et territoriales d'autre part.

Ce plan a impulsé le lancement d'autres programmes en faveur de l'égalité des sexes dans plusieurs domaines : il s'agit de programmes nationaux et régionaux dotés d'une vision stratégique, cohérente avec les objectifs de développement durable et les accords et pactes internationaux.

L'année 2021 est considérée comme la dernière année de la mise en œuvre des mesures du plan gouvernemental pour l'égalité « ICRAM 2 ». En plus des bilans périodiques des années précédentes, Le ministère a préparé le bilan de l'année 2020 et a lancé la préparation du bilan pour la période 2017–2021.

En plus du reporting mené par le ministère, une évaluation externe a été lancée dans le cadre du programme d'appui de l'UE au plan « ICRAM » dans le but d'évaluer les progrès et les efforts déployés par les différents départements gouvernementaux et institutions nationales qui ont été impliqués dans la préparation, et la mise en œuvre des mesures programmées, ainsi que d'identifier les contraintes, les défis et les perspectives d'avenir les plus et formuler des propositions et des recommandations qui constitueront le premier noyau pour préparer le prochain plan gouvernemental pour l'égalité.

Cette évaluation externe permettra également de déterminer dans quelle mesure le plan gouvernemental pour l'égalité « ICRAM 2 » a pu répondre aux nouveaux besoins résultant des répercussions de la crise du Coronavirus sur les femmes et les filles et sa capacité d'adaptation aux crises.

2. Rapport annuel du CNDH de 2022 :

Le rapport annuel du CNDH au titre de l'année 2022 présente une évaluation de la situation des droits de l'homme au Maroc ainsi qu'un bilan des actions du CNDH en matière de protection, de promotion et de prévention des violations des droits de l'homme, avec des données chiffrées portant sur 21 droits thématiques et 5 droits catégoriels, outre les droits des femmes et des filles. Conformément à l'article 20 de la loi 76-15 relatif à la réorganisation du CNDH, les rapports d'activités des trois mécanismes nationaux ont été inclus dans leur intégralité dans le rapport annuel. Il s'agit en l'occurrence des rapports du Mécanisme national de prévention de la torture, du Mécanisme national de recours pour les enfants victimes de violation de leurs droits, et du Mécanisme national de protection des personnes en situation de handicap. Ce rapport sur la situation des droits de l'Homme, adopté par l'Assemblée générale du Conseil tenue en Octobre 2022, présente des conclusions et des recommandations générales, et s'articule autour des neuf axes suivants : [52]

- Situation des droits thématiques et catégoriels
- Bilan d'activités du Mécanisme national de prévention de la torture
- Bilan d'activités du Mécanisme national de recours pour les enfants victimes de violation de leurs droits
- Bilan d'activités du Mécanisme national de protection des personnes en situations de handicap
- Harmonisation des législations, renforcement des capacités, et médias et droits de l'homme
- Relations de coopération nationale
- Relations de coopération internationale
- Suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'Instance Equité et Réconciliation
- Réunions des organes du Conseil, des CRDH, nouveautés administratives et système informatique.

L'introduction générale met en exergue les trois éléments de contexte, national et international, qui semble avoir pesé lourdement sur la situation des droits de l'homme au Maroc en 2022.

Il s'agit en premier lieu des effets à long terme de la pandémie qui continuent d'avoir des effets négatifs sur l'accès des citoyens aux droits économiques et sociaux, et plus particulièrement le droit à la santé, le droit à l'éducation et le droit au travail.

En deuxième lieu, l'année 2022, a été marquée par les effets géoéconomiques de la guerre Ukraine –Russie, cause principale de la flambée des cours du pétrole et par ricochet de la hausse de l'indice des prix à la consommation. Enfin, cette année s'est distinguée également par un niveau sans précédent de stress hydrique, mettant au grand jour la vulnérabilité climatique du Maroc.[52]

3. La loi n° 103.13 relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes

La loi n° 103.13 relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes constitue une révolution dans l'arsenal juridique marocain, car elle a permis au Royaume de disposer d'un cadre juridique complet pour lutter contre la violence à l'égard des femmes sous toutes ses formes. [53]

Entrée en vigueur en septembre 2018, cette loi vise à assurer une protection juridique aux femmes victimes de violences, à travers quatre dimensions visant à assurer la prévention, la protection, la lutte contre l'impunité et à la prise en charge de qualité.

Le bilan provisoire de l'application de cette loi peut être résumé dans la mise en œuvre de mesures de protection et d'un ensemble de décisions judiciaires rendues dans les affaires de violences à l'égard des femmes, notamment la violence psychologique. Ces décisions ont approuvé la possibilité de rassembler plusieurs mesures de protection dans les jugements prononcés dans des affaires de violence contre les femmes, comme l'interdiction pour le condamné dans une affaire de violence conjugale d'entrer en contact avec la victime ou de

s'approcher du lieu où elle se trouve ou de communiquer avec elle par quelque moyen que ce soit durant une année de la date de notification du jugement et le condamner également à se soumettre à un traitement psychiatrique adéquat durant une année.

Le décret d'application n° 2.18.856 a également été promulgué pour mettre en œuvre la loi 103.13, ce décret stipule ce qui suit :[53]

La composition de la cellule centrale et des cellules décentralisés pour la prise en charge des femmes victime de violence créées au sein des tribunaux de première instance et des cours d'appel ainsi qu'au sein des services centraux et déconcentrés des départements chargés de la justice, de la santé, de la jeunesse et de la femme, de même que de la Direction générale de la sûreté nationale et du Haut commandement de la Gendarmerie royale. ;

4. La loi n° 77-17 relative à l'organisation de l'exercice des missions de la médecine légale

L'article premier de la loi énonce que celle-ci a pour objet de définir les conditions et les règles régissant la pratique de la médecine légale. Elle précise également les missions, les droits, et les devoirs des médecins exerçant cette discipline, ainsi que les modalités de leur désignation par les autorités judiciaires compétentes. En outre, elle prévoit les dispositions pénales et disciplinaires applicables en cas d'infractions aux dispositions de la présente loi.

L'article 2 : stipule que les médecins qui exercent la médecine légale sont considérés comme des auxiliaires de la justice. Ils sont tenus d'accomplir leurs missions en conformité avec les conditions énoncées dans la présente loi, ainsi qu'avec les textes réglementaires pris pour son application. Ils doivent également se conformer aux autres textes législatifs et réglementaires en vigueur.[54]

5. La Stratégie nationale de la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles et plan opérationnel de SNLCVFF

Au Maroc, la synergie d'efforts, l'approche participative et les négociations concertées et consensuelles ont couronnés deux moments phares décisifs dans le cadre de la lutte contre la violence à l'égard des femmes :

- Le lancement inédit d'une campagne nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes (1998) ;
- L'élaboration d'une Stratégie Nationale de Lutte contre la Violence à l'égard des Femmes (SNLCVF, 2002).[55]

L'élaboration d'une SNLCVF va signer le souci d'asseoir l'intervention dans ce domaine complexe, et lui offrir la vision et les orientations claires et plausibles nécessaires à tout travail qui veille à l'exigence de la garantie de ses résultats. Désormais, l'urgence d'une politique "volontariste" en matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes est soulignée et les domaines prioritaires qui intègrent les besoins incessants et critiques sont identifiés. Le domaine juridique est postulé comme la plus grande des priorités. Comment enfin donner contenu aux domaines prioritaires en termes d'activités opérationnelles, selon des engagements explicites, des différents partenaires concernés, avec les moyens humains et financiers adéquats et disponibles et enfin à l'appui d'une qualité de gestion et des organes d'exécution assurés ? Les réponses à toutes ces questions ont abouti à la formulation d'un plan opérationnel d'exécution de la SNLCVF. Ce Plan interpelle autant les partenaires institutionnels que les acteurs de la société civile concernés (associations et centres d'écoute psychologique et d'assistance juridique), et les partenaires internationaux engagés ou prêts à l'être dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Le PO de la SNLCVF initié en septembre 2004 a été élaboré à travers un processus participatif et de concertation par les partenaires sectoriels et ceux de la société civile impliqués et dont les grands axes stratégiques ont été présentés lors de la journée

de lancement de la campagne nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes, le 25 novembre 2004. A l'occasion de cette campagne placée sous le thème: « La violence à l'égard des femmes, une responsabilité de tous, dénonçons la», le Premier ministre qui en a présidé le lancement, en présence de Mme la Secrétaire d'Etat Chargée de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées, le Ministre des Habous et des Affaires Islamiques, le Ministre de la Justice, le Ministre de la Santé, le Ministre du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité, la Ministre déléguée chargée des Marocains Résidents à l'Etranger..., a mis en relief l'importance et l'intérêt accordés par le gouvernement à cette campagne et son souci de promouvoir la condition de la femme marocaine. A ce propos il a déclaré : «il ne peut y avoir de développement dans une société où prévaut la discrimination et où est bafouée la dignité de la femme, entravant ainsi la participation de la femme à la production», s'appuyant en cela, sur « les nombreuses études et rapports internationaux qui ont mis en évidence le coût économique et social, dont souffre l'effort de développement en présence de tout phénomène discriminatoire fondé sur les rapports entre hommes et femmes, la violence et la marginalisation ». La symbolique est de taille, en effet, outre la présence du Premier Ministre et celle d'une importante délégation ministérielle au lancement de cette campagne et les recommandations relatives à l'exécution effective et soutenue de ce Plan, laissent présager que le processus entamé a toutes les chances d'être décisif. Il n'en demeure pas moins que ces efforts doivent être consolidés par tout particulièrement les moyens financiers et humains à même d'assurer les résultats attendus et de répondre aux objectifs retenus[55]

6. La création de la 1ère unité intégrée de prise en charge de femmes et enfants victimes de violence à Marrakech en 2006 :

Le Ministère de la Santé a initié en 2006 à Marrakech la première Unité Intégrée de Prise En Charge des Femmes et Enfants Victimes de Violences (UIPECFEVV). Depuis, ce modèle a progressivement été généralisé pour garantir la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence dans toutes les régions du pays. À l'heure actuelle, le Ministère de la Santé a établi un réseau de 113 unités réparties dans plusieurs villes. La mission de ces unités est d'assurer une prise en charge intégrée, globale et multidisciplinaire, tant sur le plan médical que psychologique, des femmes et des enfants victimes de violence.[56]

Les femmes victimes de violence ont le droit de recevoir gratuitement un certificat médical délivré par l'unité. Ces unités se chargent également de faciliter les démarches administratives et d'accompagner la victime au sein de l'hôpital pour lui prodiguer les soins nécessaires. De plus, elles jouent un rôle crucial dans l'orientation des victimes vers les cellules de la justice, de la police, ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG) actives dans le domaine de la protection et du soutien des femmes victimes de violence. Le fonctionnement de ces unités repose sur une équipe pluridisciplinaire.[56]

7. La circulaire n°1040 du 17 juin 2008 et la généralisation des unités:

Par ailleurs, en 2005, le département contribue à la mise en place de la Stratégie Nationale de Lutte contre la Violence à l'égard des Femmes puis de 2008 à 2012 le programme TAMKINE va faire converger les actions de tous les départements en matière de lutte contre les violences de genre, et permettre la mise en place des unités intégrées de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence au sein des hôpitaux dont la généralisation fut portée par la circulaire n°1040 du 17 juin 2008. Ces unités ont leurs vis-à-vis au niveau de la police et au niveau des tribunaux avec une disposition en chaine de prise en charge qui fonctionne au niveau des provinces et préfectures. [56]

Le Programme TAMKINE a cédé place au Plan Gouvernemental pour l'Égalité à l'horizon de la parité (ICRAM, 2012–2016) dont la finalité est la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes à travers huit domaines d'interventions dont un concerne la promotion de l'accès équitable et égal des femmes aux services de santé et qui a permis le renforcement de l'offre à travers les 96 unités intégrées dédiées à la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence. Le 2ème Axe de ce plan est consacré à la lutte contre toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des femmes, avec deux grands objectifs visant à appuyer la politique de prévention et améliorer les services de prise en charge des femmes victimes de violence : [56]

- Objectif 7 : Développement de programmes préventifs en matière de lutte contre les discriminations et les violences à l'encontre des femmes et des jeunes filles.
- Objectif 8 : Institutionnalisation de la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé a été partie prenante dans toutes les stratégies et politiques nationales visant la protection de l'enfance et tout particulièrement son droit à la santé, ainsi dans le cadre du Plan d'Action National pour l'Enfance 2006 – 2015, le département était pleinement engagé dans 5 des 10 objectifs du plan, ce qui a permis d'améliorer considérablement plusieurs des indicateurs relatifs à la santé de l'enfant.

Le Ministère a également contribué à l'élaboration de la Politique Publique Intégrée de Protection de l'Enfance et de son programme national de mise en œuvre 2016 – 2020 qui compte cinq objectifs stratégiques auxquels le département participe soit en tant qu'acteur directement responsable sur certaines mesures ou alors en tant que partenaire pour d'autres.[56]

8. La Stratégie sectorielle du Ministère de la Santé pour la période 2012–2016 : atouts et aux dangers de la technologie :

La Stratégie Sectorielle « Santé » pour la période 2012–2016 s'inscrit dans la mise en œuvre du programme gouvernemental. Son élaboration par le Ministère de la Santé (MS) a pris en compte la nécessité de renforcer les acquis des stratégies antérieures et de répondre aux nouveaux besoins. Cependant, les transformations politiques et sociales qu'a connues le Maroc, tout comme la majorité des pays arabes, ont incité à une nouvelle approche visant à donner une orientation sectorielle aux dispositions de la nouvelle constitution, en particulier celles relatives aux droits d'accès aux soins et à la couverture médicale.[57]

La stratégie sectorielle pour la période 2012–2016 comprend sept axes stratégiques :

- ❖ L'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services,
- ❖ Le renforcement de la santé de la mère et de l'enfant,
- ❖ La promotion de la santé des populations à besoins spécifiques,
- ❖ Le renforcement de la surveillance épidémiologique et le développement des vigilances sanitaires,
- ❖ Le développement du contrôle des maladies non transmissibles,
- ❖ Le développement et la maîtrise des ressources stratégiques de la santé, et
- ❖ L'amélioration de la gouvernance du système de santé.[57]

La technologie présente de nouvelles opportunités pour prévenir et traiter les violences faites aux femmes, mais elle introduit également de nouveaux risques en permettant la perpétration de tels actes. Ces questions ont été débattues lors des discussions entre chercheurs et juristes lors de l'édition 2019 de la semaine Droit, justice et développement organisée par le Groupe de la Banque mondiale.[58]

Après plusieurs années d'expérimentation sur le terrain, l'organisation Physicians for Human Rights a introduit MediCapt, une application mobile. Cette application permet aux médecins au Kenya et en République démocratique du Congo de recueillir, enregistrer et préserver des preuves médico-légales pour étayer d'éventuelles poursuites judiciaires liées aux cas de violences sexuelles.[58]

Les chercheurs et professionnels du terrain travaillant sur ces applications mettent en lumière les points suivants :

- La technologie ne vise pas à remplacer les approches conventionnelles, mais plutôt à renforcer les mécanismes existants et à compléter les mesures destinées à assurer la prise en charge des victimes par des professionnels formés.
- Les solutions technologiques doivent être élaborées en collaboration avec les populations concernées, dans une approche d'égal à égal, afin de garantir leur adaptation culturelle, pertinence et acceptation. Bien que cela puisse nécessiter des investissements en temps et coûter cher, Physicians for Human Rights a démontré l'efficacité de la co-conception pour améliorer les compétences du personnel de santé et de justice, en développant une application réellement utile.
- Les solutions technologiques demandent des investissements et un suivi continu, souvent négligés. Il est crucial d'informer précisément les institutions partenaires sur les besoins, assurant ainsi que les technologies restent pertinentes et durables. Dans ses actions avec les autorités municipales, Physicians for Human Rights veille à budgétiser les coûts de fonctionnement pour l'année à venir.
- Il est essentiel de ne pas ignorer la fracture numérique entre les sexes. Les disparités hommes-femmes en termes de compétences informatiques, d'accessibilité économique et physique aux équipements nécessaires limitent la capacité des victimes à utiliser les ressources numériques.

- Indépendamment du type de technologie utilisée, il est crucial de garantir que les victimes aient accès à un réseau structuré et spécialisé d'accompagnement et d'assistance, en mettant en place un écosystème complet de soutien.[58]

Similairement à d'autres formes de violence envers les femmes, celles facilitées par la technologie peuvent avoir des conséquences aussi oppressantes qu'insidieuses. Plus de 85 % des personnes interrogées, victimes de violence en ligne, ont déclaré subir des répercussions dans le monde réel, telles que des craintes pour leur sécurité, un sentiment d'angoisse ou de découragement.[58]

À l'ère où la technologie offre de nouveaux outils aux acteurs du développement, aux chercheurs et aux professionnels sur le terrain pour améliorer la prévention et la lutte contre la violence, il est essentiel d'exercer la prudence nécessaire avant d'intégrer ces solutions à notre ensemble de ressources éprouvées et de les exploiter avec précaution.[58]

V. LA DÉCLARATION DE MARRAKECH POUR LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

Le 8 mars 2020, Son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem, présidente de l'Union Nationale des Femmes du Maroc (UNFM), a présidé la cérémonie de célébration de la Journée Internationale de la Femme au Palais Bahia à Marrakech. Cet événement significatif a été marqué par la signature de la Déclaration de Marrakech 2020.[59]

La Déclaration de Marrakech 2020 prévoit un ensemble d'engagements visant à lutter contre la violence envers les femmes. Ces engagements ont été pris par sept institutions signataires, à savoir le Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Santé, le Ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, le Ministère délégué chargé de l'Enseignement Supérieur et de la

Recherche Scientifique, la Présidence du Ministère Public et la Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle. Ces engagements témoignent d'un effort collectif et institutionnel pour promouvoir l'égalité des sexes et lutter contre les violences faites aux femmes.[59]

VI. LES SANCTIONS PÉNALES MAROCAINES ET SITUATION DU PRATICIEN

❖ Les sanctions pénales marocaines :

Le recours à la violence envers les conjoints est réprimé par le Code pénal marocain. Les modifications apportées en 2003 ont renforcé la clarté des sanctions imposées à ceux qui maltraitent leurs épouses de manière lâche. Les dispositions du Code pénal sont explicites à ce sujet, notamment l'article 404 qui réprime les actes de violence envers les parents ou les proches.

Dès 1962, il a été précisé que : « **quiconque volontairement fait des coups à son père, à sa mère ou à tout autre ascendant, est puni : dans les cas et selon les distinctions prévues aux articles 400 et 401, du double des peines édictées auxdits articles ; dans le cas prévu à l'article 402, alinéa 1, de la réclusion de dix à vingt ans ; dans le cas prévu à l'alinéa 2, de la réclusion de vingt à trente ans ; dans le cas prévu à l'alinéa 1 de l'article 403, de la réclusion de vingt à trente ans et dans le cas prévu à l'alinéa 2, de la réclusion perpétuelle** ».[60]

Cet article du Code pénal pénalisait la violence contre les parents et proches, mais il n'était pas assez dissuasif aux yeux de certains hommes. D'où son amendement en 2003 par un ajout qui clarifie à tout jamais la question.

L'amendement de loi n°24/ 2003 modifie les termes de l'article 404 du Code pénal comme suit : « **quiconque volontairement fait des coups à son père, à sa mère, à son conjoint ou à tout autre ascendant, est puni** ». Les peines sont proportionnelles à la gravité de la violence. Le Code pénal assure la protection des femmes victimes de violence, que ce soit au sein du

domicile conjugal ou à l'extérieur. Les sanctions sont plus sévères lorsqu'il s'agit du mari ou du parent, et cela s'applique aussi bien aux femmes qu'aux filles mineures. Le Code pénal, dans son article 1-503, condamne l'agresseur à une peine d'emprisonnement de 1 à 2 ans assortie d'une amende allant de 5 000 à 50 000 dirhams.

❖ **La situation du praticien:**

Le professionnel chargé d'assister une femme victime de violence conjugale se retrouve dans une position délicate. Il est confronté à la fois à son devoir de protéger la santé de ses patientes et aux impératifs du secret professionnel. En effet, les dispositions législatives créent une apparente contradiction entre différents articles du code pénal:

- Article 431 du code pénal : « **quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ni pour les tierces, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans. Amende 120 à 1000 dirhams ou l'une de ces deux peines**».[60]
- Cependant l'article 446 du même code précise : « **Les médecin chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femme et toute autre personne dépositaire par état ou profession ou par fonction temporaire ou permanente, des secrets qu'on leur confie qui, hors la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 120 à 1000 dirhams**».[60]

Aux articles du code pénal correspondent des articles du code de déontologie médical, qui confirment la réalité du conflit entre la prise en compte de l'intérêt du patient et l'obligation du secret professionnel :

- Article 3 du code de déontologie : « **quelle que soit sa fonction, ou sa spécialité hors le seul cas de force majeure tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés** ». [4]

- Article 4 du code déontologique : « **Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée** ». [4]

Dans tous les cas se sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doit dicter au médecin sa décision, il ne s'agit pas de retrancher derrière le code déontologique lorsque la vie d'une personne est en danger. Le vrai dire, l'efficacité quand il y a danger ne passe pas forcément par le droit, il peut aussi consister à adresser en urgence la personne en danger à une association d'aide aux victimes ou la mettre à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais. Le cas de conscience ne se posera réellement que si la femme refuse obstinément tout soutien et toute solution alors qu'elle paraît être en danger de mort.



CONCLUSION



Il est alarmant de constater que des millions de femmes à travers le monde, sans distinction de statut socio-économique, de niveau d'éducation, d'appartenance culturelle ou religieuse, sont victimes d'actes de violence qui entravent leur pleine participation à la vie sociale.

La violence envers les femmes se manifeste sous diverses formes, comprenant les abus familiaux, les viols, les mutilations génitales, les mariages précoces, pour n'en citer que quelques-unes. Toutes ces formes de violence représentent des violations manifestes des droits fondamentaux de l'individu.

Le problème de la violence envers les femmes et les filles revêt une dimension universelle, touchant au moins une femme sur trois dans le monde. Ces femmes ont été victimes de violences physiques, de contraintes sexuelles ou d'autres formes de sévices au cours de leur vie. Il est fréquent que l'auteur de ces violences soit une personne familière à la victime.

Les conséquences sociales et sanitaires de cette violence sont alarmantes, comme en témoignent les statistiques.

Les données recueillies à partir des appels au numéro vert révèlent une prévalence de la violence sur l'ensemble du territoire marocain, avec une fréquence accrue dans les grandes villes. Il est crucial de souligner la diversité des formes de violence, englobant les aspects psychologique, physique, économique, sexuel et juridique. Notamment, la violence conjugale représente la majorité des cas (61%), suivie de la violence sexuelle (17%).

Selon notre étude, les femmes les plus fréquemment exposées à la violence sont majoritairement mariées (63%), et les agresseurs sont le plus souvent les conjoints (84,9%). Le gouvernement marocain, conscient de la nécessité de combattre toutes les formes de discrimination, a mis en place des réformes, notamment des réformes législatives, visant à consacrer les droits humains et les libertés fondamentales des femmes. Diverses actions ont été entreprises, conduisant à l'adoption de politiques, de stratégies et de programmes, bénéficiant d'un partenariat actif impliquant les institutions, les organisations de la société civile et les partenaires internationaux.



Modèle de certificat pour coup et blessure :

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

Madame.....

Née le , domiciliée à.....

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

à (lieu)..... par (inconnu ou personne inconnue).....

se plaint de.....

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

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

L'examen anal : (lésions traumatiques décelables)

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

Evaluer le risque de grossesse:

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

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

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

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

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

Signature

Modèle de certificat médical pour violence sexuelle :

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

Madame.....

Née le , domiciliée à.....

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

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

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

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

L'examen anal : (lésions traumatiques décelables)

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

Evaluer le risque de grossesse:

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

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

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

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

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

Signature

Fiche d'exploitation :

Questionnaire :

- Age: ans.
- Milieu : Rural Urbain
- Statut matrimonial: Mariée Divorcée Veuve
- Nombre d'enfants:
- Statut professionnel :
- Niveau scolaire : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire
- PEC par une association : Oui Non
- Type d'agression : Physique Sexuelle Psychique
- Usage d'arme blanche : Oui Non
- Lieu d'agression :
- chronicité de l'agression :
- Agresseur :
- Classification des lésions :
- parties molles :
- os :
- viscères :
- Durée l'(ITP) :



RESUMES



On entend par violence dirigée contre le sexe féminin: " tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant, ou pouvant causer, aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques y compris la menace de tels actes , la contrainte ou la privation arbitraire de liberté , que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

Ce travail est une étude rétrospective analytique descriptive basée sur l'analyse de 166 dossiers de femmes victimes de violence reçus au service de médecine légale au CHU Mohamed VI à Marrakech sur une période de 2 ans allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022.

Les objectifs de notre travail:

- Dresser le profil socio-démographique des victimes.
- Dresser le profil épidémiologique des auteurs.
- Déterminer les modalités de la violence basée sur le genre.
- Préciser les modalités de la prise en charge médico-légale.
- Relever les défis des professionnels de santé devant la prise en charge des victimes.

L'âge moyen de ces femmes est de 49 ans avec un âge minimal de 18 ans et maximal de 80 ans. On remarque que la tranche d'âge la plus prépondérante est celle entre 40 et 49 ans avec un pourcentage de 23% suivi de 20% pour celle entre 30 à 34ans et 19% entre 25 et 29ans.

La majorité de ces femmes victimes de violences sont mariées avec un pourcentage de 63%, 18% sont célibataires et 16% sont divorcée.

Les femmes victimes de violences en milieu urbain représentent 77%, tandis que le milieu rural ne représente que 23%.

Les femmes sont majoritairement victimes de violence dans le cadre conjugal avec un pourcentage de 61%, tandis que les violences extra-conjugale représentent 39%.

L'agresseur dans la majorité des cas est représenté par le mari soit 85%.

La violence physique et psychique associées représente 43%, suivi de la violence physique avec un pourcentage de 32%, puis la violence sexuelle 17%, et en dernière place 8% pour la violence physique et sexuelle associées.

La violence basée sur le genre s'enracine principalement dans son utilisation au sein des sociétés et imprègne profondément la vie des femmes et des filles, laissant son empreinte à toutes les étapes de leur existence. Il s'agit d'une forme de violence que les femmes et les filles endurent principalement en raison de leur sexe et de leur identité de genre au sein de la société.

Le recours à la violence envers les conjoints est réprimé par le Code pénal marocain. Les modifications apportées en 2003 ont renforcé la clarté des sanctions imposées à ceux qui maltraitent leurs épouses de manière lâche. Les dispositions du Code pénal sont explicites à ce sujet, notamment l'article 404 qui réprime les actes de violence envers les parents ou les proches.

Diverses actions ont été entreprises, conduisant à l'adoption de politiques, de stratégies et de programmes, bénéficiant d'un partenariat actif impliquant les institutions, les organisations de la société civile et les partenaires internationaux.

Summary

The term violence directed against females encompasses all acts of violence targeted at the female gender, causing or capable of causing physical, sexual, or psychological harm or suffering, including the threat of such acts, coercion, or arbitrary deprivation of liberty, whether in public or private life.

This work is a retrospective analytical descriptive study based on the analysis of 166 case files of women who were victims of violence received at the Forensic Medicine Department at CHU Mohamed VI in Marrakech over a period of 2 years, from January 1, 2021, to December 31, 2022.

The objectives of our work are as follows:

- To outline the socio-demographic profile of the victims.
- To outline the epidemiological profile of the perpetrators.
- To determine the modalities of gender-based violence.
- To specify the modalities of forensic medical care.
- To highlight the challenges faced by healthcare professionals in dealing with victims.

The average age of these women is 49 years, with a minimum age of 18 and a maximum of 80. The most predominant age group is between 40 and 49 years, accounting for 23%, followed by 20% for those between 30 and 34 years, and 19% between 25 and 29 years.

The majority of these women victims of violence are married, comprising 63%, while 18% are single, and 16% are divorced. Women victims of violence in urban areas represent 77%, while rural areas account for only 23%.

Women are predominantly victims of violence within the marital context, with a percentage of 61%, while extra-marital violence represents 39%. The aggressor in the majority of cases is represented by the husband, accounting for 85%.

Physical and psychological violence combined represent 43%, followed by physical violence at 32%, then sexual violence at 17%, and finally, 8% for the combination of physical and sexual violence.

Gender-based violence primarily stems from its use within societies and deeply permeates the lives of women and girls, leaving its mark at all stages of their existence. It is a form of violence that women and girls endure mainly due to their gender and gender identity within society.

The use of violence against spouses is condemned by the Moroccan Penal Code. Amendments made in 2003 have enhanced the clarity of sanctions imposed on those who mistreat their spouses. The provisions of the Penal Code are explicit on this matter, notably Article 404, which penalizes acts of violence against parents or relatives.

Various actions have been taken, leading to the adoption of policies, strategies, and programs, benefiting from an active partnership involving institutions, civil society organizations, and international partners.

ملخص

يعرف بأن العنف الموجه ضد الإناث: "جميع الأعمال العنيفة الموجهة ضد الجنس النسائي والتي تتسبب، أو قد تتسبب، في تكبد النساء أضراراً أو آلاماً جسدية أو جنسية أو نفسية، بما في ذلك التهديد بمثل هذه الأعمال، أو الإكراه، أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء في الحياة العامة أو في الحياة الخاصة".

هذا العمل هو دراسة تحليلية وصفية استيعابية مستندة إلى تحليل 166 ملفاً لنساء كانوا ضحايا للعنف وصلوا إلى قسم الطب الشرعي في مستشفى محمد السادس في مراكش على مدى فترة تمتد لمدة عامين من 1 يناير 2021 إلى 31 ديسمبر 2022.

أهداف عملنا:

- رسم ملامح الملف الاجتماعي-الديموغرافي للضحايا.
- رسم ملامح الوباء للجنة.
- تحديد طرق العنف القائم على النوع.
- توضيح طرق الرعاية الطبية-الشرعية.
- إبراز تحديات الفاعلين الصحيين أمام رعاية الضحايا.

يتراوح عمر النساء بين 18 و 80 سنة مع عمر متوسط 49 سنة. نلاحظ أن الفئة العمرية الأكثر سيطرة هي تلك بين 40 و 49 عاماً بنسبة 23٪، تليها 20٪ لتلك بين 30 و 34 عاماً و 19٪ بين 25 و 29 عاماً.

الأغلبية العظمى من هؤلاء النساء ضحايا العنف متزوجات بنسبة 63٪، بينما تكون العازبات 18٪ والمطلقات 16٪. تُمثل النساء ضحايا للعنف في البيئة الحضرية 77٪، بينما لا تُمثل البيئة الريفية سوى 23٪.

تكون النساء غالباً ضحايا للعنف في سياق الحياة الزوجية بنسبة 61٪، بينما يُمثل العنف خارج الزواج 39٪. الجاني في غالب الحالات يُمثل الزوج بنسبة 85٪.

العنف الجسدي والنفسي المرتبط يُمثل 43٪، تليه العنف الجسدي بنسبة 32٪، ثم العنف الجنسي بنسبة 17٪، وفي المرتبة الأخيرة 8٪ للعنف الجسدي والجنسي المرتبط.

تتبع العنف القائم على النوع بشكل رئيسي من استخدامه ضمن المجتمعات ويتغلغل بشكل عميق في حياة النساء والفتيات، مما يترك بصمته في جميع مراحل حياتهن. إنها شكل من أشكال العنف الذي يتحمله النساء والفتيات بشكل رئيسي بسبب جنسهن وهويتهن الجنسية ضمن المجتمع.

يُعاقب استخدام العنف ضد الشركاء بموجب القانون الجنائي المغربي. قد تعزز التعديلات التي أُدخلت في عام 2003 وضوح العقوبات المفروضة على أولئك الذين يعاملون شركائهم بطريقة فظة. تكون أحكام القانون الجنائي واضحة في هذا الشأن، خاصة المادة 404 التي تعاقب أعمال العنف ضد الآباء أو الأقارب.

تم اتخاذ العديد من الإجراءات، مما أدى إلى اعتماد سياسات واستراتيجيات وبرامج، استفادت من شراكة نشطة تشمل المؤسسات ومنظمات المجتمع المدني والشركاء الدوليين.



BIBLIOGRAPHIE



1. « Petit robert, la rousse . Définition de la violence ».
2. « Rapport mondial sur la violence et la santé . OMS Genève 2002 page □: 5 ».
3. « Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. A/RES/487104,1994. ».
4. « Code de deontologie médicale. ».
5. « Dahir no 1-59-413 », p. Bulletin officiel, 843, 26 novembre 1962.
6. « Dahir no 1-58-261 portant code de procédure pénale marocain », 10 février 1959.
7. Epain, D, « Certificats médicaux et urgence – certificats de coups et blessures. », p. 448-467, 2005.
8. Duband, S., & Debout,
« Le parcours médical et judiciaire d'une victime de violences. In Traité de médecine légale et de droit de la santé », p. 194-204, 2010.
9. Debout, M., & Durigon, M,
« Médecine légale clinique : médecine et violence. », p. 13-18, 1994.
10. « Onzième Jeudi de l'ordre. (2001). Les relations médecine/justice □: du conflit à la coopération. Le bulletin de l'ordre des médecins, no 5.. ».
11. Chariot, P., Tedlaouti, M., & Debout, M,
« L'incapacité totale de travail et la victime de violences. Actualité Juridique Pénal (Dalloz) », p. 7-8, 300-303, 2006.
12. Barrot, R.,
« Différence entre le critère pénal et le critère civil en matière d'incapacité temporaire. », p. 299-306, 1987.
13. Penneau, M., Causeret, M., & Delahaye, J. F,
« Le médecin et le nouveau code pénal. J Med Leg Droit Med, 39(7-8). », p. 548-551, 1969.

14. **Penneau, M., Causeret, M., & Delahaye, J. F, Bernice, S., & Elger.,**
« Le médecin et le nouveau code pénal. *J Med Leg Droit Med*, 39(7-8). Le secret médical. *Forum Med Suisse*, 11(1-2), 3-4. », p. 7-8, 548-551, 2011 1996.
15. **« Benhadid. F. Violence contre les femmes, violence fondée sur le genre:cadre conceptuelle et contexte international. UNFPA CST Novembre 2005. ».**
16. **L. L. Heise, J. Pitanguy, et A. Germain,**
« Violence against women: the hidden health burden », *World Bank Discuss. Pap.*, vol. 255, 1994, Consulté le: 21 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/violence-against-women-the-hidden-health-burden-2>
17. **L. L. Heise, J. Pitanguy, et A. Germain,**
« Violence against women: the hidden health burden », *World Bank Discuss. Pap.*, vol. 255, 1994, Consulté le: 21 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/violence-against-women-the-hidden-health-burden-2>
18. **C. Escoffier,**
« Communautés d'itinérance et savoir-circuler des transmigrant-es au Maghreb », PhD Thesis, Université Toulouse le Mirail-Toulouse II, 2006. Consulté le: 21 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00085929/>
19. **A. Garcia et I. Dumont,**
« Harcèlement, violence intraconjugale, viol: Enjeux, politiques et perspectives », in *Corps de femmes*, De Boeck Supérieur, 2002, p. 175-202. Consulté le: 12 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-page-175.htm?ora.z_ref=li-33047062-pub
20. **D. Ramgoulaman,**
« Traumatismes maxillo-faciaux chez les femmes victimes de violences conjugales: revue systématique de la littérature ».
21. **« La violence conjugale ».**
22. **Z. Dallay,**
« Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales: revue de la littérature et analyse de l'enquête PréOCUP ».

23. **Hirigoyen Marie France,**
« Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. », 2005.
24. **C. G. West, A. Fernandez, J. R. Hillard, M. Schoof, et J. Parks,**
« Psychiatric disorders of abused women at a shelter », *Psychiatr. Q.*, vol. 61, n° 4, p. 295-301, 1990, doi: 10.1007/BF01064869.
25. **G. du Québec,**
« Politique d'intervention en matière de violence conjugale: prévenir, dépister, contrer la violence conjugale », *Qué. Ministère Justice*, 1995.
26. **L. Arseneau, C. Lampron, R. Levaque, et F. Paradis,** *La violence conjugale: activité de sensibilisation*. Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux ..., 2005.
27. **B. Roy et G. Rondeau,**
« Le contrôle exercé sur la conjointe: comparaison de quatre groupes d'hommes », *Criminologie*, vol. 30, n° 2, p. 47-65, 1997.
28. **L. Heise et C. Garcia-Moreno,**
« La violence exercée par des partenaires intimes », *Rapp. Mond. Sur Violence Santé*, p. 97-135, 2002.
29. **Johnson. H,**
« Les sévices physiques durant la grossesse. Agence de santé publique du Canada février 2004. www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/factshts/abuseprg_f.html .. ».
30. **Mihorean. K,**
« La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005. Ottawa, ON : Centre canadien de la statistique juridique. Catalogue numéro 85-224-XIF. », p. 13-34.
31. **« Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: rapport succinct ».**
Consulté le: 1 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/publications-detail/9241593512>
32. **« Document 6_0.pdf ».**
Consulté le: 26 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%206_0.pdf

33. **J. Pieters, P. Italiano, A.-M. Offermans, et S. Hellemans,**
« Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle », 2010, Consulté le: 26 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/62418>
34. **C. García-Moreno, H. A. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise, et C. Watts,** *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. World Health Organization, 2005. Consulté le: 26 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/93/ekutuphane4.1.6.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. **N. Douma, D. J. M. Hilhorst, et J. Matabaro,**
« Appréciations-nous correctement?: Réponse aux violences sexuelles en République Démocratique du Congo: une comparaison entre 2011 et 2014 », *Secure Livelihoods Research Consortium*, 2016. Consulté le: 30 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://library.wur.nl/WebQuery/wurpubs/fulltext/401281>
36. « **Note d'information violence version finale_fr.pdf** ».
Consulté le: 19 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hcp.ma/region-agadir/docs/Note%20d%27%27informatio%20violence%20version%20finale_fr.pdf
37. **D. A. Nyamwasa, R. Ndejuru, I. Schäfer, F. Sinayobye, L. Munyankindi, et C. Munyashongore,** « Prise en charge holistique des victimes de la violence conjugale: Une étude rétrospective de 243 cas colligés à isange one stop center, hôpital de police de Kacyiru, Kigali, Rwanda », vol. 72, p. 8-12, juin 2015.
38. « **Family Violence in Canada: A Statistical Profile** ».
39. « **Haut commissariat au plan. Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc. MAROC.** », 2009.
40. **J.-Y. CHAMBONET, V. DOUILLARD, J. URION, et R. MALLET,**
« La violence conjugale: prise en charge en médecine générale », *Rev. Prat. Médecine Générale*, vol. 14, n° 507, p. 1481-1485, 2000.
41. **N. Chetcuti et M. Jaspard,**
« (dir.) Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière », *Trav. Genre Sociétés*, vol. 195, 2009, Consulté le: 12 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2009-1-page-195.htm>

42. **S. Richard-Devantoy et al.,**
« Homicide et psychose: particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises », *L'Encéphale*, vol. 34, n° 4, p. 322-329, 2008.
43. **« La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ».**
44. **« Convention relative aux droits de l'enfant – BICE »**,
BICE – ONG de protection des droits de l'enfant. Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://bice.org/fr/droits-de-lenfant/convention-relative-aux-droits-de-l-enfant/>
45. **« La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) – UNICEF ».**
Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>
46. **« Contexte de la Convention »**,
OHCHR. Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crc/background-convention>
47. **« PPIPEM-Version-française.pdf ».**
Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.association-bayti.ma/doc-bayti/PPIPEM-Version-fran%C3%A7aise.pdf>
48. **« Présentation du Conseil national des droits de l'Homme | Conseil National des Droits de l'Homme ».**
Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.cndh.ma/fr/presentation/presentation-du-conseil-national-des-droits-de-lhomme>
49. **Conseil national des Droits de l'Homme,**
« Avis du CNDH sur le projet de loi N° 79-14 », 2015.
50. **« 10-_cndh_-_traite_fr_-_pdf ».** Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cndh.ma/sites/default/files/10-_cndh_-_traite_fr_-_pdf

51. « [ma-bulletin-officiel-dated-2018-02-01-no-6644.pdf](#) ». Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://gazettes.africa/archive/ma/2018/ma-bulletin-officiel-dated-2018-02-01-no-6644.pdf>
52. « [rapport_annuel_cndh_2022_vf_-_resume_executif_2022_1.pdf](#) ». Consulté le: 21 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cndh.ma/sites/default/files/rapport_annuel_cndh_2022_vf_-_resume_executif_2022_1.pdf
53. « **Loi n° 103.13 relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes** », Royaume du Maroc Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille. Consulté le: 20 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://social.gov.ma/loi-n-103-13-relative-a-la-lutte-contre-la-violence-a-legard-des-femmes/>
54. « **ROYAUME DU MAROC BULLETIN OFFICIEL** », p. Loi 77-17.
55. « **PLAN OPERATIONNEL DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES** », juin 2005.
56. « **Programme National de la Santé Pour la Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence** ».
57. « **Stratégie sectorielle de santé de 2012-2016** », mars 2012.
58. ALICIA HAMMONDMIRAI MARUODIANA J. ARANGO, « **Les violences de genre face aux atouts et aux dangers de la technologie** », déc. 2019.
59. « **S.A.R. la Princesse Lalla Meryem préside à Marrakech la cérémonie de célébration de la Journée internationale de la femme.**
La HACA signataire de la Déclaration de Marrakech 2020 pour la lutte contre la violence faite aux femmes | Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle ». Consulté le: 29 décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.haca.ma/fr/actualites/sar-la-princesse-lalla-meryem-pr%C3%A9side-%C3%A0-marrakech-la-c%C3%A9r%C3%A9monie-de-c%C3%A9l%C3%A9bration-de-la>
60. « **Code pénal Marocain.** ».



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي فِي إِنْقَادِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

الجوانب الطبية والقانونية للعنف المبني على النوع

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/02/02

من طرف

السيد أسامة السريوي

المزاد في 1997/08/17 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

العنف - الجنس - الاعتداءات - النوع - زوجي - الرعاية - التكفل
المصاحبة.

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكم

عضو

مشارك

ن. المنصوري

أستاذة في طب الفم وجراحة الفكين

ع. دامي

أستاذ في الطب الشرعي

ح. رايس

أستاذة في علم التشريح المرضي

خ. كردودي

الوكيل العام للملك بمراكش

السيدة

السيد

السيدة

السيد