**QUESTIONNAIRE**

**"La violence et son impact sur le droit à la santé"**

**Coordonnées**

Veuillez indiquer vos coordonnées dans le cas cas où nous aurions besoin de vous contacter dans le cadre de cette enquête. Veuillez noter que cette démarche est facultative.

|  |  |
| --- | --- |
| Type de partie prenante  (veuillez choisir une réponse) | ~~☐ État membre~~  ~~☐ État observateur~~  **☐ Autre (French Human Rights Institution)** |
| Nom de l’État /Nom du répondant | CNCDH - French Human Rights Institution |

**Questions**

Vous pouvez choisir de répondre à tout ou partie des questions ci-dessous. (La limite de mots par question est de 750 mots).

Lorsque vous répondez aux questions ci-dessous, veuillez utiliser le glossaire des définitions à la fin du questionnaire, et faites référence à toutes ou à certaines des formes de violence visées par cette étude, selon qu'elles sont applicables dans votre pays / région ou les pays concernés :

1. Veuillez décrire, partager des données et des informations sur les caractéristiques, le nombre de cas et le profil des victimes et des auteurs dans votre/vos pays ou région(s) concernant :  
   1. La violence à l’égard des femmes fondée sur le genre

Les violences à l’égard des femmes constituent en France un problème majeur. D’après l’Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2020 », de la Délégation aux victimes du ministère de l’Intérieur, en 2020 102 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire. 82 % des morts au sein du couple sont des femmes. Parmi les femmes tuées par leur conjoint, 35 % étaient victimes de violences antérieures de la part de leur compagnon. Malgré la gravité de la situation, la réponse pénale face à ces violences reste, dans l’ensemble, inadaptée[[1]](#footnote-1).

En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d’une année sont victimes de viols et/ou de tentatives de viol est estimé à 94 000 femmes. De la même manière que pour les chiffres des violences au sein du couple présentés ci-dessus, il s’agit d’une estimation minimale. Dans 91% des cas, ces agressions ont été perpétrées par une personne connue de la victime. Dans 47 % des cas, c’est le conjoint ou l’ex-conjoint qui est l’auteur des faits. Suite aux viols ou tentatives de viol qu’elles ont subi, seules 12 % des victimes ont porté plainte (qu’elles aient ensuite maintenu ou retiré cette plainte) (source : enquête « VIRAGE », INED, 2016).

Dans le milieu médical, le consentement des femmes ainsi que leur perception de la douleur sont souvent sous-estimés voire ignorés. La CNCDH a notamment relevé un problème de violences obstétricales se traduisant par la tenue de propos condescendants/discriminatoires lors de consultations gynécologiques. De plus, les besoins de la femme en tant que patiente passent parfois après des logiques organisationnelles. Ainsi, la péridurale ou la césarienne sont par exemple fortement conseillées, parfois afin de répondre à des problèmes d’organisation de service et des naissances planifiées pour les mêmes raisons[[2]](#footnote-2).

Au sein du système médical, les référentiels de prise en charge sont encore trop souvent bâtis sur un modèle masculin, menant à des sous-diagnostics chez les femmes. Les signes de maladies cardiovasculaires ont été identifiés à partir de symptômes ressentis par les hommes. Cela explique un déficit de diagnostic chez les femmes, une prise en charge plus tardive, et ce alors que les femmes y sont plus vulnérables que les hommes et que c’est la première cause de mortalité, bien loin devant le cancer du sein. Il en est de même de l’infarctus du myocarde qui reste sous diagnostiqué chez les femmes car il est considéré comme une maladie « masculine », typique d’hommes d’âge moyen stressés par leur travail. A l’inverse, l’ostéoporose qui est considéré comme une maladie féminine reste peu diagnostiqué chez les hommes.

Les territoires ultramarins sont particulièrement touchés par la violence à l’égard des femmes fondée sur le genre[[3]](#footnote-3). On note que les taux de grossesses précoces et le niveau de violences tant physiques que psychologiques sont notamment très élevés dans les départements et collectivités ultramarins.

* 1. La violence fondée sur le genre et les autres formes de violence à l'encontre des enfants

**Les violences physiques à l’égard des mineurs**

Selon les données du ministère de la Justice[[4]](#footnote-4) on compte 108 391 mineurs victimes d’atteintes corporelles volontaires dans les affaires poursuivies entre 2016 et 2021 parmi lesquels 57 225 filles et 51 166 garçons.

Sur la même période 78 452 mineurs victimes d’atteintes corporelles volontaires sont comptabilisés dans les condamnations en 1re instance au TC et en juridiction pour mineurs (parmi lesquels 38 765 filles et 39 687 garçons).

**Les violences liées à la scolarisation et au système scolaire :**

Un manque criant en matière de médecine scolaire (notamment de postes d’infimier.e.s et de médecins scolaires) est à déplorer ce qui ne facilite pas la prévention, la prise en charge et le suivi des jeunes victimes de violences.

L’espace scolaire est lui aussi vecteur de violences de genre. L’exemple des cours de récréations en est symbolique. Afin de remédier à ce problème on pourrait prévoir des aménagements propices à des interactions plus paisibles entre jeunes (notamment dans les relations filles/garçons et dans les relations avec les jeunes LGBT)[[5]](#footnote-5) afin de prévenir un certain nombre de violences ayant lieu entre élèves.

**La traite des enfants :**

Il apparaît également que les filles sont davantage victimes de traite que les garçons[[6]](#footnote-6). Ce constat a pu être fait dans le cadre des travaux de la CNCDH mais ressort aussi des données récentes du ministère de la Justice.[[7]](#footnote-7) Les données concernant les mineurs victimes de traite des êtres humains dans les condamnations en première instance au TC ou en juridiction pour mineurs sont particulièrement parlantes puisque l’on compte, entre 2016 et 2020, 602 filles face à 181 garçons.

**Les violences dans le cadre de l’enfermement**

La CNCDH recommande l’interdiction de la rétention administrative des mineurs qui constitue de trop nombreux préjudices aux droits des enfants[[8]](#footnote-8) et alerte sur le manque de prise en compte des droits fondamentaux des mineurs enfermés[[9]](#footnote-9). La situation des filles y est d’ailleurs particulièrement inquiétante.

Selon l’ordonnance du 2 février 1945 et le code de procédure pénale, les mineures doivent être séparées des majeures au sein des lieux de privation de liberté. Or, elles sont quasi-systématiquement incarcérées dans les mêmes locaux que les majeures, dans des cellules qui leur sont dédiées. Les mineures incarcérées bénéficient de peu de temps à l’extérieur de leurs cellules, pour leur éviter de croiser des majeures. De plus, cette absence de séparation stricte peut être dangereuse pour certaines mineures par exemple pour les victimes de traite des êtres humains, qui peuvent rencontrer leur exploiteuse. En outre, la mixité dans certains établissements pour mineurs complique la prise en charge des filles.

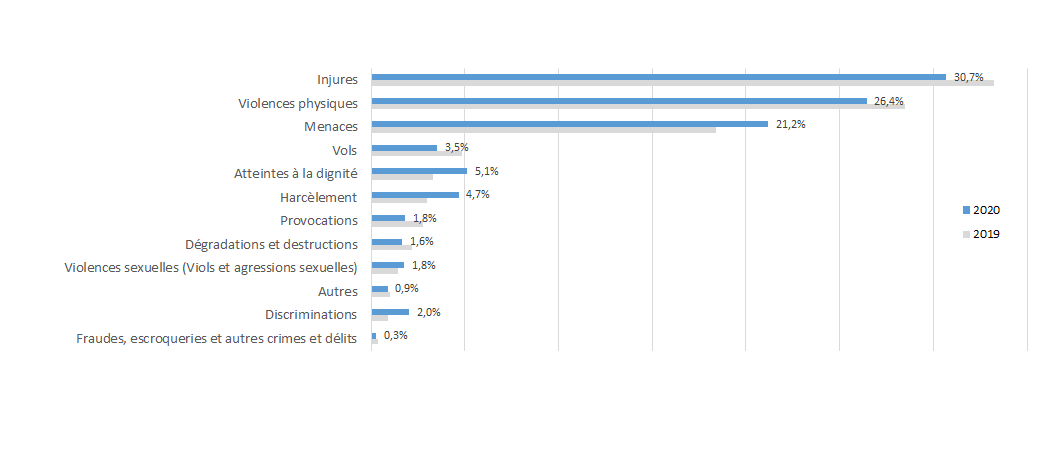
**Enfants intersexes.**

En 2017, on dénombrait 4 678 opérations réalisées sur des enfants intersexués de moins de 13 ans, dont 87,4 % sur des enfants de moins de 4 ans. Les opérations de conformation sont lourdes, mutilantes, parfois répétées. Elles sont généralement accompagnées d’une hormonothérapie ainsi que d’examens et de soins intrusifs. Ces traitements ont des effets secondaires majeurs en particulier sur la sexualité future, en plus des souffrances physiques et physiologiques occasionnées. Ces opérations se font au mépris du consentement de la personne, les parents devant décider immédiatement, et sans tenir compte des normes internationales de protection de l’enfant, du respect de son intégrité physique, et des recommandations de l’ONU (Comité des droits de l’enfant, Comité contre la torture, Comité pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes, 2016) et de l’Assemblée du Conseil de l’Europe (résolution 2191, 201754) ».

1.3. La violence fondée sur le genre à l'encontre des LGBTI ou d'autres personnes en raison de leur orientation sexuelle, de leurs caractéristiques sexuelles et de leur identité de genre, réelles ou supposées

En 2020, dans le contexte exceptionnel de la crise sanitaire, marqué notamment par deux périodes de confinement national de la population, les services de police et de gendarmerie nationale ont enregistré en France métropolitaine 1 590 victimes de crimes ou délits « anti-LGBTI ». Par rapport à 2019, le nombre de victimes d’actes criminels ou délictuels « anti-LGBTI » enregistré a donc diminué de 15 %, baisse non significative compte tenu du contexte particulier de l’année. En outre, 1 380 contraventions ont été enregistrées en 2020, en France métropolitaine par les services de sécurité en raison de l’orientation sexuelle réelle ou supposée de la victime, chiffre en hausse de 14 % sur un an, après une augmentation de 27 % en 2019.

**Figure : Répartition des crimes et délits « anti-LGBT » (2019-2020)**



*Sources : SSMSI, bases des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2019 et 2020. Champ: France métropolitaine.*

Des tendances générales s’observent au fil des années : un peu moins de trois victimes de crimes ou délits « anti-LGBT » sur quatre sont des hommes. Les victimes sont majoritairement des jeunes : en 2020, 60 % sont âgées de moins de 35 ans (contre 62 % en 2019).

Les services statistiques du ministère observent une hausse significative des condamnations pour des infractions commises à raison de l’orientation sexuelle ou l’identité de genre depuis 2017. En 2019, un peu plus de 200 de ces infractions ont ainsi été sanctionnées par les juridictions pénales (contre 99 en 2017).

En matière d’atteintes à la vie et de violences, les condamnations qui retiennent ces circonstances aggravantes ont presque doublé (21 en 2017 contre 39 en 2019). La tendance est encore plus marquée en ce qui concerne les injures et diffamations non publiques commises pour ce motif, puisque le nombre de condamnations a été multiplié par six en trois ans. Ces infractions représentent un tiers des infractions donnant lieu à une condamnation pour un motif discriminatoire lié à l’orientation sexuelle ou l’identité de genre.

Plus largement plus d’un homme gay ou bi sur 3 (32,7%) et plus d’une femme lesbienne ou bie sur 3 (36,8%) ont déjà ressenti, au cours de leur vie, un propos ou geste perçu comme déplacé quant à leur orientation sexuelle ou à l’homosexualité en général de la part de leur médecin généraliste. Par peur de subir des discriminations beaucoup font le choix de renoncer à certains soins. De plus, 85% des personnes transgenres déclarent avoir vécu de la transphobie ce qui les a conduites à renoncer à l’accès à certains services et notamment à des soins de peur de vivre des discriminations. A titre d’exemple on peut déplorer le non-respect du genre des personnes trans que l’on appelle avec le mauvais prénom en salle d’attente, exposant ainsi leur vie privée.

Les trans ne sont d’ailleurs que 3.3% à oser porter plainte, la plupart considérant que la police et la justice ne pourraient traiter leur cas.

Les maltraitances médicales envers les personnes trans sont encore plus fréquentes qu’envers les personnes LGBTI en général. Dans un avis datant de septembre 2018, le Défenseur des droits pointe de nombreux manquements aux droits des personnes trans en matière de santé :

* le consentement médical n’est pas assez respecté ;
* les informations sur les délais et sur les droits sont parfois inexistantes ;
* atteinte régulière au principe général de libre choix du médecin ;
* les parcours de soins sont marqués par « des exigences liées à des stéréotypes de genre et/ou des examens médicaux (intimes) contestés par les patients ».
* la dépsychiatrisation de la catégorie trans n’est pas encore effective dans les pratiques médicales ;
* l’autoconservation des gamètes leur est refusé ;
* les opérations de réassignation sexuelle leurs sont refusées ;
* le remboursement des frais médicaux n’est pas toujours effectif ;
* le remboursement des soins médicaux reçus à l’étranger est parfois très difficile à obtenir y compris lorsqu’ils sont pratiqués dans les pays de la communauté européenne et devraient, de ce fait, être pris en charge par la Sécurité sociale.

1.4. La violence contre les personnes handicapées, y compris la violence fondée sur le genre

Dans l’ensemble, on constate une forme de banalisation de la violence envers les femmes en situation de handicap. Parmi ces dernières, celles présentant un handicap mental semblent les plus impactées. Cette violence prend différentes formes : économique, psychologique et physique. Il ne faut pas sous-estimer le poids des violences intra-familliales notamment au cours de la pandémie. Les mesures de confinement ont contribué à isoler ces femmes, et potentiellement leur(s) enfant(s) avec leur bourreau. Les hommes handicapés sont également impactés par des actes de violence mais dans une moindre proportion. La rareté de données statistiques genrées en France ne facilite pas la mesure.

L’expérience de la parentalité et l’accès à la maternité, désormais considérés comme un droit, restent compliqués pour les femmes handicapées, et plus particulièrement pour celles présentant un handicap mental. La relation avec les professionnels de santé, dont les positions idéologiques oscillent de l’eugénisme d’une part au respect total du choix des personnes d’autres part, peut s’avérer complexe voire parfois aboutir à une entrave au droit à la vie. Au niveau institutionnel, il y a un paradoxe juridique du fait de la reconnaissance de la responsabilité parentale de ces femmes et de leur droit à procréer alors même qu’elles ne sont pas estimées responsables de leur patrimoine propre. Il existe par ailleurs un tabou, et une certaine opacité des pratiques, autour des stérilisations et avortements forcés et des contraceptions non consenties pratiquées au sein de structures médico-sociales spécialisées dans le handicap. Révélées dans les années 90, des témoignages de terrain révèlent la permanence de ces pratiques malgré l’absence totale de statistiques en la matière. Des problématiques similaires se posent par ailleurs pour des femmes suivies pour toxicomanie, ou alcoolémie (intervient aussi la problématique de la pauvreté de ces femmes et de l’accès à la santé).

La CNCDH considère que les inégalités sociales de santé doivent être davantage prises en compte en utilisant l’ensemble des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des personnes.

En ce sens, elle considère que le fonctionnement de l’Allocation Adulte Handicapé (AAH) offre un terrain propice à diverses formes de violence à l’égard des femmes en situation de handicap[[10]](#footnote-10). Celles-ci, qui sont davantage victimes de discriminations croisées en tant que femmes et en tant que personnes handicapées se trouvent dépendantes de leur partenaire. Cette dépendance les rend d’autant plus vulnérables dans l’accès aux soins, au matériel relatif à la santé (serviettes hygiéniques, couches…) ainsi que plus vulnérables dans des situations de violence domestique (alors même qu’elles sont davantage victimes d’abus et de violences conjugales). L’ensemble de ces conditions contribuent à les rendre beaucoup plus vulnérables que les hommes à situation comparable.

1.5. La violence fondée sur le genre à l'encontre des hommes

1.6. La violence fondée sur le genre lié aux conflits, y compris la violence sexuelle

1.7. Veuillez partager l'analyse et les données disponibles sur l'impact de COVID-19 sur les formes de violence susmentionnées.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 et notamment le confinement survenu en 2020 ont aggravé la situation des femmes victimes de violence : la Fédération Nationale Solidarité Femmes, qui gère le numéro national d’écoute pour les violences faites aux femmes, a constaté une augmentation de 350% des appels hebdomadaires au cours des deux premiers confinements alors que 7000 appels hebdomadaires sont recensés habituellement.

1. Veuillez décrire si le cadre juridique interdit et sanctionne ces formes de violence et les définitions et formes de violence incluses dans le système juridique. Veuillez expliquer les possibilités de recours pour les survivants de la violence (le parcours qu'ils suivent s'ils décident de déposer une plainte), le niveau d'impunité et si l'accès à des soins physiques et mentaux complets pour les survivants de la violence fondée sur le genre est reconnu comme une forme de réparation.

Le code pénal français réprime les violences fondées sur le genre. La loi du 27 janvier 2017[[11]](#footnote-11) a généralisé la circonstance aggravante de faits commis envers une personne « à raison de son sexe, son orientation sexuelle ou identité de genre » à tous les crimes et délits punis d’une peine d’emprisonnement[[12]](#footnote-12). Cette généralisation inclut la dimension sexiste de la violence, commise envers les femmes ou les hommes. Les violences envers les femmes pouvant recouvrir des réalités multiples, certaines font l’objet de dispositions spécifiques, comme les violences commises par le conjoint érigées également en circonstance aggravante[[13]](#footnote-13). Si celle-ci est retenue, l’auteur encourt une peine plus élevée. Les violences commises sur les enfants peuvent, quant à elles, être réprimées à titre d’infraction principale[[14]](#footnote-14) ou en tant que circonstance aggravante[[15]](#footnote-15). S’agissant des personnes en situation de handicap, elles sont désignées dans le code pénal par les termes de « vulnérabilité » et de « personne qui n’est pas en mesure de se protéger », laissant au Juge le soin d’apprécier la qualification juridique. La vulnérabilité peut être un élément constitutif de l’infraction[[16]](#footnote-16) ou une circonstance aggravante[[17]](#footnote-17).

Le parcours judiciaire des victimes commence généralement par un dépôt de plainte au commissariat ou en gendarmerie, dont l’enregistrement est une obligation légale[[18]](#footnote-18). En pratique, de nombreuses démarches n’aboutissent pas, soit en raison d’un refus de prendre la plainte ou d’une injonction à déposer une main courante ou encore en raison d’un accueil inapproprié décourageant la victime.

La plainte permet l’ouverture d’une enquête préliminaire placée sous l’autorité du ministère public, au cours de laquelle différents actes d’enquête pourront être diligentés (auditions, garde-à-vue, confrontation…). A l’issue de l’enquête, si les faits lui semblent avérés, le procureur de la République pourra décider d’engager des poursuites en saisissant le juge d’instruction ou le tribunal correctionnel en fonction de la gravité des faits ou encore en proposant une procédure d’alternatives aux poursuites. Si la plainte initiale n’a donné lieu à aucune suite[[19]](#footnote-19), la victime a la possibilité de saisir directement le tribunal par la voie de la citation directe ou de saisir le juge d’instruction en déposant une plainte avec constitution de partie civile[[20]](#footnote-20). Une fois la juridiction saisie, l’affaire est jugée par le tribunal correctionnel ou la cour d’assises.

Si la victime s’est constituée partie civile et qu’elle est reconnue comme telle, elle peut obtenir réparation de son préjudice physique, moral et patrimonial. L’accès à des soins n’est pas en tant que tel prononcé comme réparation mais l’indemnisation du préjudice moral ou physique peut inclure une compensation pour les dépenses de santé réalisées ou à venir.

1. Veuillez donner des exemples de types de violence structurelle et institutionnelle ayant pour origine l'État (perpétrée ou tolérée par l'État) ou perpétrée par des personnes ne représentant pas l'État ou n'y étant pas affiliées dans votre/vos pays/région(s), et qui en est affecté. En particulier, décrivez la violence structurelle/institutionnelle dans le milieu médical à l'encontre des femmes et des filles, des personnes LGBTI et des personnes handicapées ou de tout autre individu ou groupe pertinent dans votre/vos pays région(s).

Les personnes principalement touchées en France par les violences dans le milieu médicales sont notamment les femmes, les personnes vivant avec un handicap, les personnes lesbiennes, gaies, bies et trans, les personnes en situation d’exclusion ou encore les personnes perçues comme étant en surpoids[[21]](#footnote-21). Ces facteurs de discriminations peuvent se cumuler et les maltraitances qui en découlent prennent des formes variées.

Cela peut consister en des paroles et des attitudes maladroites, déplacées voire discriminatoires, exprimées plus ou moins consciemment. Cela est particulièrement fréquent pour les personnes LGBTI, mais aussi les personnes en situation de handicap ou de surpoids.

L’obligation de respecter le consentement libre et éclairé des patients n’est pas toujours effective. L’Association des paralysés de France explique ainsi que des soignants découragent des femmes en situation de handicap qui souhaitent avoir un enfant en leur affirmant qu’elles seront victimes de fausses couches, d’infections urinaires à répétition ou qu’un recours à des césariennes sera nécessaire alors qu’aucune documentation sérieuse ne peut étayer ces propos.

Lorsqu’elles font face à des problèmes de santé, les personnes LGBTI ont davantage tendance à cacher certaines informations au personnel soignant, à repousser des consultations ou à ne pas aller se faire soigner par manque d’inclusion et par peur de subir des discriminations LGBTIphobes ou des propos et actes déplacés. Ce phénomène complexe reste difficile à évaluer, faute notamment du manque d’études qualitatives[[22]](#footnote-22). Pourtant, les discriminations dans le milieu médical reviennent de façon récurrente dans les études. Le Défenseur des droits rappelle que « *34,7 % des personnes homosexuelles qui ont dévoilé leur orientation sexuelle à leur médecin se sont senties jugées[[23]](#footnote-23)* » et que « *57,5 % des femmes et 44,1 % des hommes ont peur d’être discriminés ou jugés en annonçant leur sexualité[[24]](#footnote-24)* ». La dernière enquête sur la santé des personnes LGBT indique que "*60 % des sondés LGBTQI* » ont « *eu le sentiment d’être mal à l’aise du fait de leur orientation sexuelle et/ou de genre, devant un.e médecin[[25]](#footnote-25)*». Ce phénomène est encore plus marqué chez les personnes trans puisque « *85 % des personnes transgenre déclarent avoir vécu de la transphobie ce qui les a conduites à renoncer à l’accès à certains services et notamment à des soins de peur de vivre des discriminations* »[[26]](#footnote-26). En France, près d’un homme gay ou bi sur trois (32,7 %) et plus d’une femme lesbienne ou bie sur trois (36,8 %) ont déjà ressenti, au cours de leur vie, un propos ou geste perçu comme déplacé quant à leur orientation sexuelle ou à l’homosexualité en général de la part de leur médecin généraliste[[27]](#footnote-27) et 65 % des personnes trans ont eu le sentiment d’avoir été discriminées au cours de leurs entretiens de santé[[28]](#footnote-28). Selon SOS homophobie[[29]](#footnote-29), ces discriminations sont renforcées lors d’hospitalisations et de traitements de longue durée.

De la même manière, des préjugés réels, associés à la peur d’en être victimes, peuvent conduire certains patients et patientes handicapés à renoncer aux soins dont ils ont besoin. Les témoignages de violences obstétricales (verbales ou physiques) sont aussi à déplorer.

Le manque de moyens et de personnels impacte profondément le parcours de soin des individus, particulièrement dans les territoires ultramarins. Notamment, l’absence ou la faible prise en charge médicale des personnes handicapées, surtout celles présentant des troubles mentaux, psychiques ou du neuro-développement, dans les territoires ultramarins et dans les déserts médicaux est préoccupante. De manière générale, sur l’ensemble du territoire, malgré l’existence de dispositifs, les préjugés sur le handicap et l’absence d’informations ne permettent pas aux personnes handicapées de disposer d’un égal accès aux soins tant en matière de contraception, de suivi gynécologique, de suivi médical global que de vaccination ou de fin de vie.

1. Veuillez également partager des informations sur l'impact de la criminalisation du travail sexuel, des relations homosexuelles, des personnes transgenres, de l'avortement, de l’abus de drogues, des pratiques préjudiciables en matière de soins obstétriques, des mutilations génitales féminines sur la violence subie par les personnes affectées et sur leur jouissance du droit à la santé.

En France, le travail sexuel n’est pas criminalisé et le délit de racolage a été supprimé. Seul l’achat d’un acte sexuel est condamné depuis la loi du 13 avril 2016 *visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées*, qui illustre l'engagement abolitionniste de la France. La loi de 2016 a cependant eu des effets néfastes entraînant une précarisation des personnes prostituées, une détérioration de leurs conditions de travail et une augmentation des violences à leur égard. On note par exemple que davantage de clients tenteraient de ne pas payer et on déplore un accroissement des rapports sexuels sans protection.

Les relations homosexuelles, les personnes transgenres, et l’avortement ne sont pas non plus criminalisés.

Concernant les pratiques préjudiciables en matières de soins obstétriques affectant le droit à la santé des femmes, la CNCDH a adopté un avis le 22 mai 2018 *pour agir contre les maltraitances dans le système de santé, une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*. Elle demandait alors un rapport du Haut Conseil à l’égalité entre les femmes et les hommes « pour objectiver et quantifier les violences obstétricales ». Le Haut Conseil à l’égalité entre les femmes et les hommes a publié un rapport le 26 juin 2018 sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétricale. Ce rapport institutionnel porte 26 recommandations sur la reconnaissance des actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical, sur la prévention de ces actes et sur l’amélioration des procédures de signalement et la condamnation de ces pratiques par la loi. Une proposition de loi a été déposée à l’Assemblée nationale le 14 septembre 2020 visant à mettre en œuvre ces recommandations. Parallèlement, le Conseil de l’Europe dont la France est Etat partie a adopté une résolution sur les violences obstétricales et gynécologiques insistant sur la nécessaire prévention de ces actes, le recueil du consentement libre et éclairé et sur les possibilités de signalement, au regard des droits humains notamment le droit à la santé.

Concernant les mutilations génitales féminines, la CNCDH a adopté un avis le 28 novembre 2013 formulant des recommandations pour améliorer la protection et la prise en charge des filles et femmes qui en sont victimes. Le secrétariat d’Etat chargé de l’égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations a adopté un plan national d’action visant à éradiquer les mutilations sexuelles et féminines le 21 juin 2019. Il constatait que 60 000 femmes vivent excisées en France en 2019. Ce plan national d’action vise notamment à améliorer la santé des femmes victimes de mutilations sexuelles par le soutien à la chirurgie réparatrice, l’amélioration de la transmission des informations et l’organisation du signalement systématique des filles, adolescentes et femmes mutilées qui accouchent dans les maternités françaises.

1. Veuillez partager des informations sur les réponses en matière de santé et d'autres types de réponses fournies par l'Etat et/ou d'autres acteurs dans votre/vos pays ou régions apportées aux survivants de chacune/de certaines des formes de violence susmentionnées. Veuillez évaluer ce qui fonctionne bien et moins bien, et si le COVID-19 a eu un impact sur ces réponses et comment.

La lutte contre ces violences constitue une priorité du Gouvernement français et figure dans les engagements volontaires de la France au Conseil des droits de l’homme des Nations Unies. Cette lutte s’est concrétisée notamment avec la Grenelle des violences conjugales qui s’est déroulé du 3 septembre 2019 au 25 novembre 2019. Il constitue un dispositif gouvernemental ayant abouti à l’adoption de 46 mesures pour lutter contre ces violences. Certaines mesures ont été mises en œuvre effectivement (comme le bracelet électronique anti-rapprochement qui reste très peu utilisé). Cependant, plusieurs de ces mesures sont toujours à l’heure actuelle en cours de réalisation voire sans suivi à cause d’un manque de moyens techniques, humains et financiers (à l’instar de la question des hébergements d’urgence). A la date du 25 novembre 2020, sur les 46 mesures adoptées, 61% sont effectives et 39% en cours de réalisation[[30]](#footnote-30).

S’agissant de la lutte contre la Covid-19, le gouvernement a mis en place plusieurs mesures spécifiques pour faire face à la situation sanitaire. On peut citer par exemple le dispositif de signalement en pharmacie[[31]](#footnote-31). Toutefois, et de manière générale, les associations ont déploré une réponse insuffisante comme par exemple s’agissant de la question de l’hébergement spécialisé[[32]](#footnote-32).

1. Veuillez préciser le budget alloué dans votre pays/les pays concernés aux réponses en matière de santé apportées aux survivants de toutes/de certaines des formes de violence mentionnées ci-dessus. Veuillez indiquer le pourcentage du budget national qui y est consacré et le pourcentage de l'aide internationale fournie ou reçue à cet effet. Veuillez expliquer l'impact de COVID-19 sur le financement des réponses à toutes/quelques formes de violence dans votre Etat/institution.
2. Veuillez décrire les besoins des survivants des formes de violence susmentionnées tels qu'identifiés par votre Etat/institution. Veuillez faire part des besoins identifiés par les survivants eux-mêmes et ceux de leurs familles, en mettant l'accent sur les besoins sanitaires d'urgence et à long terme.
3. Veuillez partager des exemples de bonnes pratiques et des exemples de réponses sanitaires globales apportées aux survivants de la violence et indiquer les efforts multisectoriels efficaces aux niveaux communautaire, national, régional et international par des acteurs étatiques ou non étatiques.
4. Veuillez décrire les initiatives et les mesures prises par l’État et les autres acteurs pour prévenir ces formes de violence, le budget spécifique alloué à la prévention et les bonnes pratiques à cet égard.

Selon la communication officielle du gouvernement français, plusieurs mesures ont été mises en place par ses différents ministères pour prévenir ces formes de violence.

Le ministère des Solidarités et de la Santé lutte contre les risques de maltraitance au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Cela passe par « un renforcement des procédures de suivi et de traitement des signalements de maltraitance en institution par les autorités administratives et les acteurs compétents » et « le renforcement du contrôle de ces structures pour veiller au respect de la législation et de la réglementation qui s’appliquent à son activité ». 9000 établissements hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées (enfants et adultes) ont ainsi fait l’objet d’un contrôle ciblé ces dix dernières années[[33]](#footnote-33).

Le ministère des Solidarités et de la Santé a également établi une stratégie nationale de la prévention et de lutte contre la pauvreté en 2018, dont l’un des engagements est de garantir l’accessibilité des droits sociaux. Cela se traduit dans le secteur de la santé par le fait de garantir à chacun l’accès à une complémentaire par le biais de la fusion entre la CMU-c et l’ACS dans la Complémentaire santé solidaire[[34]](#footnote-34). Cela permettra de simplifier l’accès aux droits de santé des personnes les plus vulnérables et précaires et de réduire le renoncement aux soins.

En complément, la Feuille de Route « santé mentale et psychiatrie » a pour objectif de garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité[[35]](#footnote-35).

Le ministère chargé de l’Egalité entre les femmes et les hommes a également mis en place des mesures, notamment pour favoriser l’accès des jeunes femmes à la contraception grâce à la prise en charge intégrale des frais liés à la contraception dès le 1er janvier 2022 pour toutes les femmes jusqu’à l’âge de 25 ans et non plus seulement les mineures. Un autre objectif est de réduire l’influence des stéréotypes de genres sur les pratiques médicales et le parcours de soin des patients. Par exemple, une mission d’élaboration d’une stratégie nationale contre l’endométriose a été lancée en mars 2021. L’Assemblée nationale a par ailleurs reconnu le statut d’affection longue durée pour cette maladie, le 13 janvier 2022, contre l’avis du gouvernement[[36]](#footnote-36).

Concernant l’accès à la santé des LGBT, en 2021 l’accès à la PrEp pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a été généralisée. Elle peut être accessible auprès des médecins généralistes[[37]](#footnote-37).

Enfin, le secrétariat d’Etat chargé des Personnes handicapées a mis en place depuis 2019 la stratégie nationale de mobilisation et de soutien « Agir pour les aidants 2020-2022 » pour répondre aux besoins quotidiens de ces proches aidants, notamment : « l’accès aux droits sociauxet la facilitation de leurs démarches administratives, la lutte contre l’isolement, le soutien aux jeunes aidants, l'amélioration du suivi médical, le droit au répit, la conciliation entre vie privée et vie professionnelle... »[[38]](#footnote-38).

1. Voir notamment : CNCDH, Avis sur la lutte contre les violences sexuelles : une urgence sociale et de santé publique, un enjeu pour les droits fondamentaux, 20 novembres 2018. [↑](#footnote-ref-1)
2. Voir notamment : CNCDH, Avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », 22 mai 2018. [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir notamment, CNCDH, Avis sur les violences de genre et les droits sexuels et reproductions dans les outre-mer, <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-les-violences-de-genre-et-les-droits-sexuels-et-reproductifs-dans-les-outre> [↑](#footnote-ref-3)
4. Ministère de la justice/SG/SEM/SDSE/Fichier statistique Cassiopée [↑](#footnote-ref-4)
5. Pour plus d’informations sur le sujet voir notamment les travaux d’Edith Maruéjouls. [↑](#footnote-ref-5)
6. Voir : CNCDH, Rapport sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains, 4 mai 2016, <https://www.cncdh.fr/fr/publications/rapport-sur-la-lutte-contre-la-traite-et-lexploitation-des-etres-humains> [↑](#footnote-ref-6)
7. Ministère de la Justice/SG/SEM/SDSE/Fichier statistique Cassiopée [↑](#footnote-ref-7)
8. CNCDH, Communiqué de presse « La rétention administrative des enfants doit être interdite », 24 septembre 2020, <https://www.cncdh.fr/fr/publications/la-retention-administrative-des-enfants-doit-etre-interdite> et CNCDH, Avis sur le projet de loi « Pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif », 2018, <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-le-projet-de-loi-pour-une-immigration-maitrisee-et-un-droit-dasile-effectif> [↑](#footnote-ref-8)
9. Voir notamment : CNCDH, Avis sur la privation de liberté des mineurs, 27 mars 2018, <https://www.cncdh.fr/sites/default/files/180327_avis_sur_la_privation_de_liberte_des_mineurs.pdf> ; CGLPL, Les droits fondamentaux des mineurs enfermés, février 2021, <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/03/CGLPL_Rapport-Droits-fondamentaux-des-mineurs-enferm%C3%A9s_web.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. CNCDH, Avis sur la déconjugalisation de l’Allocation adulte handicapé, 30 septembre 2021, <https://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-deconjugalisation-de-lallocation-adulte-handicape-2021-10> [↑](#footnote-ref-10)
11. # Loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

    [↑](#footnote-ref-11)
12. Article 132-77 alinéa 1 du code pénal : « Lorsqu'un crime ou un délit est précédé, accompagné ou suivi de propos, écrits, images, objets ou actes de toute nature qui soit portent atteinte à l'honneur ou à la considération de la victime ou d'un groupe de personnes dont fait partie la victime à raison de son sexe, son orientation sexuelle ou identité de genre vraie ou supposée, soit établissent que les faits ont été commis contre la victime pour l'une de ces raisons, le maximum de la peine privative de liberté encourue est relevé ainsi qu'il suit ». [↑](#footnote-ref-12)
13. Violences physiques (art 222-8 du code pénal), harcèlement moral (art 222-33-2-1 du code pénal), agressions sexuelles (art 222-22 du code pénal), viol (art 222-24 du code pénal), meurtre (art 221-4 al 9 du code pénal). [↑](#footnote-ref-13)
14. Article 227-17 du code pénal alinéa 1 (mise en péril de la vie du mineur) : « Le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. » ; article 222-22 du code pénal sur l’atteinte sexuelle. [↑](#footnote-ref-14)
15. Article 222-24 alinéa 1er, 2° du code pénal : « Le viol défini à l'article 222-23 est puni de vingt ans de réclusion criminelle : 2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ». [↑](#footnote-ref-15)
16. Article 222-14 alinéa 1 du code pénal : « Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies (…) ». [↑](#footnote-ref-16)
17. Article 222-24 alinéa 1er 3° du code pénal : Le viol défini à l'article 222-23 est puni de vingt ans de réclusion criminelle : (…)3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur. [↑](#footnote-ref-17)
18. Article 15-3 du code de procédure pénale, qui précise que les plaintes doivent être reçues y compris qu’elles « *sont déposées dans un service ou une unité de police judiciaire territorialement incompétents* ». [↑](#footnote-ref-18)
19. Soit à l’issue d’un délai de trois mois suivant son dépôt soit à l’issue d’un classement sans suite [↑](#footnote-ref-19)
20. Article 85 du code de procédure pénale [↑](#footnote-ref-20)
21. Pour aller plus loin : CNCDH, Avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », 22 mai 2018. [↑](#footnote-ref-21)
22. L’étude sur *Les minorités de genre et de sexualité face aux soins* indique que bien que le nombre d’études « *focalisées sur la santé des personnes appartenant aux minorités sexuelles soit en croissance* » il a « *encore très peu d’études qualitatives ou intersecctionnelle*s ». Voir Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn, Anastasia Meidani, Gabrielle Richard, Marielle Toulze (dir.), Santé LGBT. Les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Lormont, Le Bord de l'eau, coll. « Documents », 2020, page 72. [↑](#footnote-ref-22)
23. JEDRZEJEWSKI Thibaut, « EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France, Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l’histoire et les subjectivités gays et lesbiennes », thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Dr Michel OHAYON, université Diderot - Paris 7, 2016. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ibid. [↑](#footnote-ref-24)
25. ALESSANDRIN Arnaud, DAGORN Johanna, MEIDANI Anastasia, RICHARD Gabrielle, TOULZE Marielle, Santé LGBT : les minorités de genre et de sexualité face aux soins, Éditions Le bord de l’eau, 2020. [↑](#footnote-ref-25)
26. CNCDH, *Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides*, adopté par l’Assemblé plénière le 26 mai 2016, disponible sur le site de la CNCDH : [www.cncdh.fr](http://www.cncdh.fr) . [↑](#footnote-ref-26)
27. JEDREZEJWSKI Thibaut, EGaLe-MG, État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France, Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l’histoire et les subjectivités gays et lesbiennes », thèse de doctorat en médecine sous la direction du Dr Michel OHAYON, université Diderot – Paris 7, 2016. Disponible en ligne : [www.bichat-larib.com/publications.documents/5210\_JEDRZEJEWSKI\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf) [↑](#footnote-ref-27)
28. Thibaut Jedrezejwski, *Op.cit.* [↑](#footnote-ref-28)
29. Rapport sur les LGBTIPHOBIES 2020, SOS homophobie, disponible en ligne : <https://www.sos-homophobie.org/rapport-sur-les-lgbtiphobies-2020> [↑](#footnote-ref-29)
30. Voir notamment : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/communique-bilan-du-grenelle-des-violences-conjugales-25-11-2020/> [↑](#footnote-ref-30)
31. Voir notamment : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/crise-santaire/crise-sanitaire-dispositifs-pour-proteger-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales/ [↑](#footnote-ref-31)
32. Fondation des Femmes, « Violences faites aux femmes : une réponse à la hauteur se fait toujours attendre »: « *Il manque à ce jour plusieurs milliers de places d’hébergement spécialisé* ». [↑](#footnote-ref-32)
33. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Orientations prioritaires de la politique nationale », publié le 23/01/15, mis à jour le 10/12/21 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires> [↑](#footnote-ref-33)
34. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Les 5 engagements de la stratégie pauvreté. Engagement n°4 vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l’activité », publié le 12/09/18 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/les-5-engagements-de-la-strategie-pauvrete/article/engagement-no-4-vers-des-droits-sociaux-plus-accessibles-plus-equitables-et> [↑](#footnote-ref-34)
35. Voir notamment : Ministère des Solidarités et de la Santé, « Mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie. Etat d’avancement au 21 janvier 2021 » : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cssmp_bilan_fdr_janvier_2021_consolide_dmsmp-_14.01.2021.pdf> [↑](#footnote-ref-35)
36. Voir notamment : Ministère chargé de l’égalité entre les femmes et les hommes, « Accès à la santé, aux droits sociaux et politiques »: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/acces-a-la-sante-aux-droits-sociaux-et-politiques/> [↑](#footnote-ref-36)
37. Voir notamment : Ministère chargé de l’Egalité entre les femmes et les hommes, « Accès à la santé des personnes LGBT »: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/lgbt/acces-a-la-sante-des-personnes-lgbt/> [↑](#footnote-ref-37)
38. Voir notamment : Secrétariat d’Etat chargé des Personnes handicapées, « Agir pour les aidants », publié le 23/10/19, mis à jour le 14/01/22 : <https://handicap.gouv.fr/agir-pour-les-aidants?source=2b2a105a-51d1-4e71-82ee-b2a5fac95ea1> [↑](#footnote-ref-38)