

Étude sur les autres formes de violence faite aux femmes qui menacent leur capacité et leur droit de procréation et sur l'approche et l'intervention de l'administration locale dans ce domaine

Avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée, grossesse de substitution et crimes dits "d'honneur"



Financé par
l'Union européenne
NextGenerationEU



FEDERACION ESPAÑOLA DE
MUNICIPIOS Y PROVINCIAS



Plan de Recuperación,
Transformación y Resiliencia



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Étude sur les autres formes de violence faite aux femmes qui menacent leur capacité et leur droit de procréation et sur l'approche et l'intervention de l'administration locale dans ce domaine. Avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée, grossesse de substitution et crimes dits "d'honneur"

Première édition: octobre 2022

Réalisé par [RED2RED](#) pour la Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces (FEMP).

Direction de la recherche (investigateur principal) : Clara Inés Guilló-Girard

Équipe de recherche : Cynthia Bartolomé Esteban, María Luisa Velasco Gisbert, Noemi Soriano García, Laura Nuño Gómez, Helena López Paredes, Josefa Fernández Camacho, Judith García Padilla, Amalia Cuesta García, Eva Álvarez Moreno, Ángela María Serrano Ruiz y Esther Castellanos Torres; y Jaume Almendros Rodríguez, Daniel de Gracia Palomera, Jesús Barbero Quirós en el apoyo a la investigación.

Traduction : Florence Goujon.

Index

Remerciements.....	xi
Liste des abréviations	xi
I. PRÉSENTATION ET INTRODUCTION.....	1
1. Présentation du rapport	2
Objet d'étude	2
Équipe de recherche	3
Structure du rapport.....	4
2. Introduction.....	5
2.1. L'existence "d'autres violences" faites aux femmes.....	5
2.2. Objectifs du diagnostic.....	10
2.3. Méthodologie.....	10
2.3.1. Approche méthodologique.....	10
2.3.2. Principes de travail	16
II. LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION	17
3. Violence contre la capacité et droit à la reproduction.....	18
3.1. Caractéristiques et typologies	18
3.2. Formes de VR	19
3.3. Droits sexuels et reproductifs.....	26
3.4. Lien entre la VR et d'autres formes de violence	28
4. AEAF : avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée	32
4.1. Perspective dès le départ.....	32
4.2. Avortement forcé	34

4.2.1.	Approche du problème	34
4.2.2.	L'avortement sélectif en tant que pratique de sélection du sexe	38
4.2.2.1.	Description du phénomène	38
4.2.2.2.	Causes et conséquences	42
4.3.	Stérilisation forcée ou coercitive	44
4.4.	Contraception forcée.....	47
4.5.	Conséquences de l'AEAF	49
5.	AEAF : les femmes victimes et leurs besoins	53
5.1.	Femmes handicapées et femmes souffrant de maladies mentales	54
5.2.	Autres femmes touchées par l'AEAF	59
5.2.1.	Femmes victimes d'exploitation sexuelle	59
5.2.2.	Femmes migrantes, réfugiées et demandeuses de protection internationale	61
5.2.3.	Femmes roms et femmes d'autres groupes ethniques	68
5.3.	Besoins des femmes victimes d'AEAF	71
5.3.1.	Besoins communs.....	71
5.3.2.	Besoins en fonction du profil des personnes concernées.....	76
6.	AEAF : cadre réglementaire et institutionnel.....	78
6.1.	Contexte international et européen	78
6.1.1.	Cadre général	78
6.1.2.	Contexte européen.....	80
6.2.	Droits des femmes handicapées.....	84
6.3.	Cadre réglementaire espagnol	86
6.3.1.	Réglementation nationale.....	86

6.3.2.	Références régionales	93
6.3.3.	Autres références institutionnelles.....	96
7.	AEAF : cartographie de la prise en charge des femmes victimes	105
7.1.	L'intervention des EELL.....	105
7.1.1.	Actions locales sur la VFF	105
7.1.2.	EELL : Expériences de soins dans l'AEAF	109
7.2.	Organismes spécialisés : attention AEAF	112
7.2.1.	Caractéristiques des structures.....	112
7.2.2.	Actions en matière d'AEAF.....	114
	Expériences intéressantes	117
7.3.	Analyse des pratiques consultées	120
7.3.1.	Résumé des expériences	120
	Expérience 1 : SAVIEX : Service de soutien aux femmes et aux jeunes filles handicapées victimes de violence à caractère sexiste en Estrémadure (Cermi Extremadura) ..	120
	Expérience 2 : Centre de réhabilitation psychosociale San Fernando De Henares (CRPS).....	122
	Expérience 3 : projet Construyendo Sexualidades du Conseil Municipal de Los Realejos et de l'association Sexualité et Handicap.....	123
	Expérience 4 : Service Alba pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes sourdes. Confédération Nationale des Sourds (CNSE).	124
	Expérience 5 : Canal de soutien sociojuridique pour les femmes atteintes de paralysie cérébrale qui sont victimes de violence sexiste. Confédération ASPACE.....	125
	Expérience 6 : Observatoire des femmes. Plena Inclusion Madrid.....	125
	Expérience 7 : Unités d'assistance spécialisées pour les femmes handicapées victimes de violence de genre dans la communauté. Confédération des organisations de	

personnes handicapées physiques et organiques d'Andalousie (CODISA PREDIF Andalousie).	127
7.3.2. Leçons tirées et défis dans la prise en charge des femmes victimes	128
7.3.2.1. Dépistage de la violence et accès aux soins	128
7.3.2.2. Parcours de soins et procédures	135
7.3.2.3. Actions de prévention et de sensibilisation.....	144
8. Gestation pour autrui	146
8.1.Caractéristiques de la maternité de substitution ou de la gestation pour autrui	146
8.1.1. Dimensions et aspects clés.....	146
8.1.2. Prévalence du problème.....	153
8.2. Les femmes victimes et les conséquences de cette VR.....	155
8.2.1. Caractéristiques des femmes victimes	156
8.2.2. Conséquences de la maternité de substitution.....	159
8.2.3. Besoins des femmes victimes de GPA	166
9. GPA : cadre réglementaire et institutionnel	170
9.1. Cadre international et cadre européen	170
9.1.1. Cadre général.....	170
9.1.2. Le contexte européen.....	178
9.2. Cadre réglementaire espagnol	182
9.2.1. Réglementation nationale.....	182
9.2.2. Références régionales	188
10. GPA : cartographie et expériences d'action.....	190
10.1.Consultation des autorités locales et des organisations et personnes expertes	190

10.1.1.	Caractéristiques des EELL et des organisations participantes	190
10.1.2.	Actions dans le domaine de la GPA	191
10.2.	Expériences intéressantes	193
11.	Violence ou crimes dits d'honneur.....	197
11.1.	Description du problème et typologies.....	197
11.2.	Caractéristiques et besoins des victimes	200
11.2.1.	Principaux groupes concernés.....	200
11.2.2.	Besoins des victimes.....	211
11.3.	Cadre réglementaire et institutionnel.....	214
11.3.1.	Contexte international et européen	214
11.3.2.	Cadre réglementaire espagnol	220
12.	CNH : Expériences pertinentes	224
12.1.	Résultats des enquêtes auprès des EELL et des organisations	224
12.1.1.	L'intervention des autorités locales	224
12.1.2.	L'intervention d'organisations et d'experts.....	225
12.2.	Analyse des pratiques internationales consultées	229
12.2.1.	Expériences de l'Allemagne et du Royaume-Uni	229
12.2.1.1.	Royaume-Uni	230
	Expérience 1 : PROJET HALO	231
	Expérience 2 : IKWRO.....	233
	Expérience 3 : Karma Nirvana	234
12.2.1.2.	Allemagne	235
	Expérience 4 : TERRE DES FEMMES.....	236
	Expérience 5 : PAPTAYA	238

12.2.2.	Le cas particulier de la Suède	203
	Expérience 6 : Centre national contre la violence et l'oppression liées à l'honneur ...	204
13.	Conclusions	209
	III. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D'INTERVENTION.....	219
14.	Propositions pour améliorer la connaissance et l'utilisation des Big data ...	220
14.1.	Améliorer la production de connaissances	220
14.2.	Outils de big data	225
15.	Propositions d'intervention	228
15.1.	Renforcer le cadre institutionnel des "autres violences"	228
15.2.	Soins complets et coordonnés.....	231
15.2.1.	Droits et intégrité des soins.....	231
15.2.2.	Accessibilité universelle.....	233
15.3.	Principes de prise en charge/intervention auprès des victimes	235
15.4.	Indicateurs facilitant la détection	238
15.5.	Garantir l'accès aux ressources / services.....	241
15.6.	Faciliter l'accréditation des victimes.....	242
15.7.	Renforcer l'exhaustivité et la coordination	243
15.8.	Avoir accès à des ressources humaines et matérielles suffisantes	246
15.8.1.	Profils professionnels	246
15.8.2.	Formation continue	247
15.8.3.	Infrastructures de soins	248
15.9.	Réparations pour les victimes.....	249
15.10.	Renforcer les associations et le mouvement des femmes	251
15.11.	Prévention et sensibilisation.....	252

16.	Recommandations concernant ATENPRO	256
16.1.	Présentation du service	256
16.2.	Évaluations et propositions	260
16.3.	Fonctionnement et exploitation du service	261
16.4.	Sur la communication interpersonnelle et l'accompagnement.....	266
16.5.	Sur l'évaluation des résultats.....	267
17.	Propositions pour un modèle d'intervention locale	269
17.1.	La prévention	270
17.1.1.	Prévention secondaire : détection précoce et diagnostic	270
17.1.2.	Éducation et sensibilisation.....	272
17.2.	Soins complets	275
17.2.1.	Assistance sociale intégrale et réparation	275
17.2.2.	Protection et accès à la justice.....	279
17.3.	Coordination et protocoles.....	281
17.3.1.	Organes de coordination et de collaboration	282
17.3.2.	Protocoles et outils analogiques.....	283
IV.	BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES	286
18.	Bibliographie	287
	Annexe 1. Autorités locales participant à l'enquête.....	316
	Annexe 2. Organisations et experts ayant participé à l'enquête.....	320
	Annexe 3. Entretiens : liste des expériences et des informateurs	322

Index des graphiques

Graphic 1. Statistiques sur les personnes condamnées pour avortement 2013-2021. Unités : infractions	35
Processus de stérilisation des personnes handicapées en Espagne (2008-2020).....	46
Graphique 3. Répartition des femmes selon si elles utilisent ou non des méthodes contraceptives, le type de contraception et l'âge.....	48
Graphique 4. EELL : violences connues dans le développement du travail au sein de l'autorité locale.....	106
Graphique 5. EELL : actions actuellement menées auprès des victimes de violence (en général)	106
Graphique 6. EELL : groupes de femmes ou de vulnérabilités qui sont les plus présents dans l'approche de travail actuelle de l'autorité locale	108
Graphique 7. Expérience organisationnelle en matière de violence faite aux femmes.....	113
Graphique 8. Organisations spécialisées groupes de femmes ou de vulnérabilités qui sont les plus présents dans l'approche de travail actuelle de l'autorité locale	113
Graphique 9: Nombre de demandes déposées dans les bureaux consulaires espagnols entre 2010 et 2022 pour l'enregistrement des enfants nés par GPA par pays.....	154
Graphique 10. Evolution du nombre de demandes d'enregistrement de bébés nés par GPA auprès des consulats espagnols par année (2010-2022).....	155
Graphique 11. Domaines de connaissance et/ou d'intervention des organisations expertes consultées.....	191
Graphique 12. CH : groupes de femmes les plus vulnérables présents dans le travail des organisations.....	226
Graphique 13 : ATENPRO : évolution dans le temps du nombre d'utilisateurs actifs (2010-2023)	256

Index des illustrations

Illustration 1. Définitions : article 3 de la Convention d'Istanbul	7
Illustration 2. Répartition des EELL participant à l'enquête selon les régions autonomes (% du total)	13
Illustration 3. Taux de natalité masculine par province (année 2021). Unités : nombre d'hommes pour 100 femmes (%).	40
Illustration 4. Répartition du nombre de femmes bénéficiaires d'une protection internationale dans le système d'accueil par communauté autonome. Total des séjours. Total national au 31/3/2023.	67
Illustration 5. Pictogrammes-SAAC sur la violence à l'égard des femmes et des filles	130
Illustration 6 : Diffusion d'un exposé informatif. SAVIEX - CERMI Extremadura.....	145
Illustration 7 : Diffusion de la formation spécialisée. CODISA PREDIF Andalousie	145
Illustration 8. Carte de la vulnérabilité potentielle (*) aux banques nationales de crédit en Espagne (par provinces). % de femmes étrangères** par rapport à la population féminine totale.....	205
Illustration 9. Cartes de la vulnérabilité potentielle (*) aux MNH en Espagne, par province et par région d'origine des femmes (Afrique ; sous-continent indien ; Moyen-Orient). % de femmes enregistrées (par pays de naissance**) par rapport à la population féminine totale.....	207
Illustration 10 : Schéma d'exploitation de l'ATENPRO (juillet 2023)	260
Illustration 11. Extrait du fichier utilisateur - Protocole d'action ATENPRO.....	265
Illustration 12. Schéma d'un modèle d'action de base.....	285

Index des tableaux

Tableau 1. Nombre de questionnaires réalisés et de réponses obtenues.....	13
Tableau 2. Avortement (infraction) : peines d'emprisonnement par durée de la peine (2012-2021). Unités : Peines	36

Tableau 3 : Femmes utilisant une méthode contraceptive : pourcentage par type et par groupe d'âge (2018).....	49
Tableau 4 : EELL : disponibilité de protocoles sur la violence faite aux femmes.....	107
Tableau 5 : Principaux défis liés à l'intervention dans le domaine de la VR selon le type d'entité	143
Tableau 6 : Formes actuelles de maternité de substitution.....	151
Tableau 7 Services et prestations de base de l'assistance sociale globale et de la réparation (Catalogue de référence des politiques et services dans le domaine de la violence à l'égard des femmes 2022)	277

Remerciements

ACCEM

Adriana Kaplan

Adriana María Gomes de Souza

Alba Prado Mendoza

Alicia Márquez

Haut-Commissariat des Nations Unies
pour les Réfugiés (HCR Espagne)

Ángeles Blanco

Association AMI3 Madrid

PakMir, Association des femmes
pakistanaïses

Association Nationale de Sexualité et
Handicap

Conseil Municipal de Los Realejos (Santa
Cruz de Tenerife)

Mairie de Madrid (Direction Générale des
politiques d'Égalité et de lutte Contre la
Violence à l'égard des Femmes)

Belén Gallo

Centre de Réhabilitation Psychosociale de
San Fernando de Henares (CRPS)

CERMI Extremadura

Clara Moratalla

Commission Espagnole d'Aide aux
Réfugiés (CEAR)

Confédération ASPACE

Confédération des Organisations
d'Handicapés Physiques et Organiques
d'Andalousie (CODISA PREDIF Andalusia)

Confédération Nationale des Sourds
(CNSE)

Cristina López Arellano

Croix-Rouge Espagnole (CRE)

Délégation Gouvernementale sur la
Violence de Genre (DGVG)

Diana Nammi

Eva Menéndez Sebastián

Fondation de Solidarité Amaranta

Gala Castellanos Poza

IKWRO (Royaume-Uni)

Itziar Abad Andújar

Joaquín Corcobado Romo

Kriseneinrichtung PAPATYA (Allemagne)

Laura Membiela Ontoria

Laura Ramos

M^a Carmen García

Macarena Gámir Linares

Margarita Rullas Trincado

Marta Oliva de la Torre

Nadia Berodia Sánchez

Natalia Rubio Arribas

Nieves Galán

Nuria González López

Plena Inclusion Madrid

Rebeca Tur Baraja

Rubia Naz

Sandra Santos Fraile

UNHCR Espagne

Valeria Tosi

Yolanda Vega

Liste des abréviations

AEAF	Avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée
ATENPRO	Service téléphonique pour l'attention et la protection des victimes de la violence à caractère sexiste
CBC	Center for Bioethics and Culture (Centre pour la Bioéthique et la Culture)
CA	Communautés Autonomes en
CEDAW	Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme (également connue sous le nom de "Cour de Strasbourg")
CESCR	Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels
CESE	Comité Économique et Social Européen
CH	Crimes dits d'honneur
CHU Migrants	Centre d'Hébergement d'Urgence pour les Migrants
CIAMS	Coalition internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIDPH	Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées
CP	Code Pénal
CREADE	Centres d'accueil, de soins et d'orientation des personnes déplacées en espagnol, abrégé en CREADE.
CRPD	Comité des Droits des Personnes Handicapées
CGPJ	Conseil Général du Pouvoir Judiciaire en espagnol, abrégé en CGPJ.
D.G.	Direction Générale
DGRN	Direction Générale du Greffe et du Notariat en espagnol, abrégé en DGRN.
DGVG	Délégation Gouvernementale contre la Violence de Genre
DI/TDI	Femmes présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du développement intellectuel
DROITS DE L'HOMME	Droits de l'Homme
DSRR	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs
EELL	Autorités locales
EEUU	États-Unis
EEVM	Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences de Genre (2022-2025) en espagnol, abrégé EEVM.

FCSE	Forces et Corps de Sécurité de l'État (Guardia Urbana, police municipale ou locale, police régionale, police nationale, Guardia Civil).
FEMP	Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces
GPA	Gestation Pour Autrui
HCDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme
LOSSRIVE	Loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse.
LSE	Langue des signes espagnole, abrégée en LSE.
MGF	Mutilations génitales féminines
MISSM	Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations
MVV	Femme victime de violence en espagnol, abrégé en MVV.
MVVM	Femmes victimes de violences sexistes en espagnol, abrégé en MVVM.
ODD	Objectifs de développement durable
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PECVG	Pacte d'État Contre la Violence de Genre
PEIEMH	Plan Stratégique pour l'Égalité Effective des Hommes et des Femmes (2022-2025) en espagnol, abrégé en PEIEMH.
PI	Protection Internationale
PRTR	Plan de Redressement, de Transformation et de Résilience
RAIEPP	Réseau Académique International d'Études sur la Prostitution et la Pornographie
RECAV	Réseau National contre la Maternité Pour Autrui en espagnol, abrégé RECAV.
RRSS	Les réseaux sociaux (Instagram, Twitter, Facebook, etc.).
SCEDH	Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme
SSR	Santé sexuelle et reproductive
STS	Arrêt de la Cour Suprême en espagnol, abrégé STS.
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Agence des Nations Unies pour les Réfugiés
VFF	Violence faite aux Femmes
VFH	Violence fondée sur l'honneur
VG	Violence de Genre
VR	Violence Reproductive

VS	Violence Sexuelle
VVCM	Victimes de la violence à l'égard des femmes en espagnol, abrégé en VVCM.
VVG	Victimes de Violences Sexistes ou de Genre

I. PRÉSENTATION ET INTRODUCTION

1. Présentation du rapport

Objet d'étude

*L'étude sur les autres formes de violence faites aux femmes qui menacent leur capacité et leurs droits reproductifs (avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée, grossesse de substitution, crimes dits "d'honneur") et sur l'approche et l'intervention de l'administration locale dans ce domaine a pour objectif principal **d'améliorer la compréhension des types moins connus de violence faite aux femmes et de formuler des propositions d'actions à échelle locale.***

La Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces (FEMP) a développé cette recherche grâce au financement du Plan de Récupération, de Transformation et de Résilience (PRTR), qui est aussi soutenu par les fonds Next GenerationEU de l'Union européenne. Le cadre institutionnel de financement est celui de l'investissement 4 de la composante 22 du PRTR, et a donc été guidé par les dispositions du décret royal 1042/2021, qui réglemente l'octroi direct d'une subvention à la FEMP à cette fin¹ grâce à la promotion du *plan L'Espagne vous protège contre la violence masculine* (2021).

L'étude contribue également aux objectifs d'autres instruments de politique publique, à la fois à l'ODD5 de l'Agenda 2030 des Nations Unies pour le développement durable en Espagne, et à la mise en œuvre de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes et la violence domestique (2011) dans notre pays.

La FEMP promeut de manière transversale le principe d'égalité des chances entre hommes et femmes dans toutes les politiques locales, et travaille activement au développement et à l'innovation d'actions visant à éradiquer la violence faites aux femmes dans le cadre de ces politiques.

¹ Décret royal 1042/2021, du 23 novembre, qui régit l'octroi direct d'une subvention à la Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces pour la modernisation et l'expansion de mécanismes de prise en charge et de protection des victimes de violence à caractère sexiste dans le cadre du Plan de Récupération, de Transformation et de Résilience, BOE n° 282, du 25 novembre 2021.

La FEMP souligne, conformément à la Déclaration Mondiale sur les Femmes dans le Gouvernement Local (CGLU, 2021)², que les **responsables locaux jouent un rôle crucial dans la garantie des droits reproductifs des femmes** en tant que fournisseurs de services et de conditions de vie acceptables.

Depuis 2004, la FEMP est responsable de la gestion du service téléphonique d'attention et de protection des victimes de la violence à caractère sexiste (ATENPRO)³, qui est géré par la délégation gouvernementale contre la violence à caractère sexiste (Ministère de l'Égalité). **ATENPRO doit être modernisé afin** d'optimiser les services qu'il fournit dans le cadre de la lutte contre la violence faites aux femmes sous toutes ses formes et dans toutes ses dimensions. Cette étude vise à contribuer à cet objectif en fournissant des propositions sur un modèle complet d'actions contre la violence de genre qui couvre toutes les formes de violence, y compris les formes de violence moins connues qui, dans ce cas, se réfèrent à la violence reproductive et aux crimes dits "d'honneur".

Ci-après, pour faciliter la lecture, des abréviations sont souvent utilisées (voir Liste des abréviations), ainsi **AEAF sera** utilisé pour l'avortement forcé, la stérilisation forcée, la contraception forcée ; **GPA sera utilisé** pour la gestation pour autrui ; et **CH sera** utilisé pour les crimes dits "d'honneur".

Équipe de recherche

La recherche a été menée par le département d'Innovation et de Politiques Publiques de RED2RED et a impliqué une grande équipe interdisciplinaire de chercheurs : Clara Inés Guilló Girard (directrice), Cynthia Bartolomé Esteban, María Luisa Velasco Gisbert, Noemi Soriano García, Laura Nuño Gómez, Helena López Paredes, Josefa Fernández Camacho, Judith García Padilla, Amalia Cuesta García, Eva Álvarez Moreno et Ángela María Serrano Ruiz, Esther Castellanos Torres; et Jaume Almendros Rodríguez, Daniel de Gracia Palomera, Jesús Barbero Quirós pour le soutien à la recherche. Travail de traduction par Florence Goujon.

Plusieurs entités et experts ont apporté une aide précieuse à cette équipe : ACCEM ; Rebeca Tur Baraja ; Commission Espagnole d'Aide aux Réfugiés (CEAR) ; Alicia Márquez- Amaranta

² Déclaration commune à la 65ème session de la Commission des Nations Unies sur le Statut des Femmes (CSW65) de la part de la Taskforce Mondiale des Gouvernements Locaux et Régionaux. [Accès](#)

³ Selon son protocole actuel, ATENPRO "a pour objectif fondamental que la victime se sente en sécurité et accompagnée pendant le processus qui lui permet de reprendre le contrôle de sa vie, en facilitant le contact avec un environnement sûr et en permettant une intervention immédiate, avec la mobilisation, le cas échéant, des ressources de soins nécessaires".

Solidarity Foundation ; Eva Menéndez Sebastián- UNHCR Espagne ; Rubia Naz- PakMir Pakistani Women's Association ; et Valeria Tosi. Nous les remercions tous pour leur implication dans le projet.

Nous tenons à remercier toutes les personnes et entités qui ont généreusement participé aux enquêtes (annexe 1 et annexe 2) et aux entretiens (annexe 3), ainsi que Joaquín Corcobado Romo et Gala Castellanos Poza, de l'Unité Citoyenneté et Droits Sociaux de la Direction Générale de l'Égalité et de la Politique Institutionnelle de la FEMP, pour leur travail de coordination.

Structure du rapport

Ce rapport est divisé en quatre parties. Le premier contient la présentation du rapport (chapitre 1) et l'introduction du sujet et la méthodologie utilisée pour son élaboration (chapitre 2).

La deuxième partie de la deuxième section, du chapitre 3 au chapitre 13, constitue l'*analyse de la situation*. Le chapitre 3 introduit le thème de la violence contre les capacités et les droits reproductifs des femmes et des filles (RRA). Les chapitres 4, 5, 6 et 7 se concentrent sur l'avortement forcé, la stérilisation forcée et la contraception forcée (AEAF) en tant que formes spécifiques de violence. Enfin, les chapitres 11 et 12 traitent des crimes commis au nom de l'honneur (VFH). Le développement de ces trois thèmes commence par une description du problème et de sa typologie, suivie d'une description des principaux groupes de femmes concernés et de leurs besoins. Le cadre institutionnel est suivi d'une cartographie des expériences et d'une analyse de certaines pratiques concrètes dignes d'intérêt.

La troisième section, *Recommandations et propositions d'intervention*, regroupe 4 chapitres qui couvrent les recommandations formulées pour l'action locale, l'évaluation du potentiel d'amélioration du service ATENPRO pour les VR et les CH et ses développements futurs, et enfin, une proposition de modèle d'intervention locale globale sur la violence ciblée par l'étude (violence reproductive et crimes dits d'"honneur").

La quatrième section du rapport présente les références bibliographiques et les sources consultées pour la préparation de l'étude (chapitre 18) ainsi que la liste des annexes contenant des informations complémentaires.

2. Introduction

2.1. L'existence "d'autres violences" faites aux femmes

La violence faites aux femmes s'exprime de **différentes manières et de manière interdépendante**. Certaines de ces expressions sont bien connues de la société et font l'objet d'une grande sensibilisation. Il s'agit par exemple de la violence dans les relations entre partenaires intimes ou ex-partenaires (connue en Espagne sous le nom de *violence fondée sur le genre*)⁴, de la violence sexuelle dans la sphère publique (par exemple dans les lieux de divertissement) ou de la traite des femmes et des jeunes filles exploitées sexuellement.

Cependant, il **existe d'autres formes de violence peu connues**, auxquelles les institutions publiques ont prêté peu d'attention jusqu'à maintenant. Cette méconnaissance est due à la normalisation et à l'invisibilité que la violence faites aux femmes continue d'avoir dans le monde, cela **nous alerte sur les efforts institutionnels qui sont encore nécessaires à réaliser pour ainsi parvenir à la réalisation de sociétés justes entre hommes et femmes**.

L'absence d'information ne signifie pas que son ampleur est moindre, ni que ses conséquences sont moins graves. Au contraire, l'invisibilité de la violence - sous toutes ses formes - signifie que **les victimes sont davantage privées de protection** et que les agresseurs jouissent d'une **plus grande impunité**.

Ces formes de violence comprennent les **crimes dits "d'honneur"** (ci-après abrégés en **CH**) et **la violence reproductive**. En ce qui concerne ces dernières, l'étude se concentre exclusivement sur **l'avortement forcé, la stérilisation forcée et la contraception forcée** (ci-après dénommés **AEAF**) et la **gestation pour autrui** (ci-après dénommée **GPA**).

Bien que la violence faite aux femmes (ci-après **VFF**) soit un *continuum de* violences interdépendantes (Kelly, 1988) et que toute femme ou fille puisse en être victime, les formes qui nous intéressent **touchent** principalement - mais pas exclusivement - les **femmes souffrant**

⁴ En Espagne, cette violence est connue sous le nom de "violence de genre" depuis l'entrée en vigueur de la loi organique 1/2004, du 28 décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la Violence de Genre. Cette dénomination a été maintenue dans le décret-loi royal 9/2018 sur les mesures urgentes pour le développement du Pacte d'État sur la Violence de Genre, le 13 septembre 2018.

de handicaps (...), les femmes appartenant à des régions ethniques et à des diasporas spécifiques, et d'autres femmes en situation de vulnérabilité particulière.

C'est le cas des jeunes femmes, des femmes démunies, des femmes roms, des femmes demandant une protection internationale fondée sur le genre ou des victimes d'exploitation sexuelle par la traite des êtres humains ou la prostitution.

Ces dernières années, de grands progrès ont été réalisés dans le but de rendre visible toutes les formes de VCM, à la fois en termes de sensibilisation sociale et de réglementation protégeant les droits des victimes, de sorte que les politiques publiques visant à les éradiquer et à les prendre en charge puissent être améliorées. En ce sens, **le cadre institutionnel de la lutte** contre la violence machiste en Espagne et dans l'Union Européenne⁵ est de plus en plus vaste⁶ mais doit encore être développé.

Cependant, un instrument clé s'avère être la **Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique** (2011), plus connue sous le nom de **Convention d'Istanbul**⁷. Grâce à elle, une future directive européenne sur la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique (proposition du Parlement Européen et du Conseil (COM/2022/105 final) à partir de 2022) est attendue.

Le cadre de cette recherche est circonscrit par les **principes de la Convention d'Istanbul** et en accord par le Conseil de l'Europe (2023) :

- **Ses fondements sont** : la prévention de la violence, la protection des victimes et la poursuite des auteurs ; la sensibilisation et l'évolution des mentalités en appelant tous les membres de la société, en particulier les hommes et les garçons, à changer d'attitude.
- Il est considéré comme un appel à une plus grande **égalité entre les femmes et les hommes**, car la violence faite aux femmes est profondément ancrée dans l'inégalité

⁵ L'Institut Européen pour l'Égalité entre les Hommes et les Femmes (EIGE) peut être consulté pour obtenir des informations sur le cadre réglementaire et normatif de l'Union Européenne en matière de violence faite aux femmes (accès).

⁶ Un aperçu explicatif du cadre institutionnel espagnol se trouve dans l'*Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025* (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022) (accès).

⁷ La Convention d'Istanbul fait partie de ce cadre institutionnel avec d'autres entités, par exemple la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (STE n° 5, 1950) et ses protocoles, la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (STCE n° 197, 2005) et la Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (STCE n° 201, 2007).

entre les sexes au sein de la société et a été perpétuée par une **culture de tolérance et de déni**.

- Il définit de manière extensive les **formes de violence** (article 3 ; voir illustration ci-dessous). Il couvre celles qui sont moins connues de la société et indique - avec les recommandations de son mécanisme de suivi institutionnel, GREVIO⁸ - qu'elles doivent être prises en compte **dans les politiques à tous les niveaux**.
- Le terme "femmes" **inclut les filles de moins de 18 ans**.

Illustration 1. Définitions : Article 3 de la Convention d'Istanbul

a) Par «violence à l'égard des femmes», il faut entendre une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes; et tous les actes de violence de genre impliquant ou pouvant entraîner pour les femmes des dommages ou des souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris les menaces de tels actes, sont désignés, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, dans la vie publique ou privée;

b) Par «violence domestique», on entend tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique commis au sein de la famille ou à la maison ou entre conjoints ou ex-partenaires; que l'auteur de l'infraction partage ou partage le même domicile que la victime;

c) Par «genre», on entend les rôles, comportements, activités et attributions socialement construits qu'une société particulière considère comme propres aux femmes ou aux hommes;

d) On entend par «violence de genre» toute violence à l'égard des femmes en raison de leur nature de femmes;

e) On entend par «victime» toute personne physique soumise aux comportements spécifiés aux alinéas a et b;

Source : Instrument de ratification de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique, fait à Istanbul le 11 mai 2011.

- Elle définit de manière extensive les **formes de violence** (article 3 ; voir illustration ci-dessous). Elle couvre celles qui sont moins connues de la société et indique - avec les recommandations de son mécanisme de suivi institutionnel, GREVIO⁹ - qu'elles doivent être prises en compte **dans les politiques à tous les niveaux**.

⁸ Groupe d'experts sur la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique (GREVIO). Il s'agit d'un organe d'experts indépendants. Premier rapport d'évaluation du GREVIO sur l'Espagne (2020); Recommandation générale n° 1 sur la dimension numérique de la violence faite aux femmes (2021); Examen horizontal à mi-parcours des rapports d'évaluation de référence du GREVIO (2022).

⁹ Groupe d'experts sur la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique (GREVIO). Il s'agit d'un organe d'experts indépendants. Premier rapport d'évaluation du GREVIO sur l'Espagne (2020); Recommandation

- La Convention exige des États Membres qu'ils **criminalisent ou punissent les comportements suivants**¹⁰: la violence domestique (physique, sexuelle, psychologique ou économique), le harcèlement, la violence sexuelle, y compris le viol et le harcèlement sexuel, le mariage forcé, les **crimes dits "d'honneur"**, les mutilations génitales féminines, ainsi que **l'avortement et la stérilisation forcés**.
- **Elle met l'accent sur l'implication de** tous les organismes et services publics concernés afin de lutter contre la violence de manière coordonnée. Cela signifie que les organismes et les ONG ne doivent pas agir de manière isolée, mais établir des protocoles de coopération (Conseil de l'Europe, 2012 :2).

La Convention d'Istanbul a été **ratifiée par l'Espagne¹¹ en 2014** et est donc considérée comme une législation propre à l'État.

- Son entrée en vigueur **implique l'alignement des réglementations et des programmes publics dans tout le pays**. Ce processus prend plus de temps que prévu. Sa mise en œuvre progressive implique la **nécessaire mise à jour des politiques publiques vers un cadre d'intervention plus étendu et plus efficace** en matière de violence à l'égard des femmes, couvrant des formes de violence moins connues.
- Pendant deux décennies, l'Espagne s'est distinguée par son initiative législative sur l'égalité entre hommes et femmes, la reconnaissance des droits des LGTBIQ+ et la lutte contre la violence faite aux femmes. Aujourd'hui, alors que ses politiques sont mises à jour pour améliorer leur alignement sur la Convention d'Istanbul, un nouvel élan est nécessaire en ce qui concerne la violence reproductive et les crimes dits "d'honneur". Ceci est évident dans le cadre institutionnel actuel qui, malgré les progrès, ne reflète pas suffisamment l'action sur ces violences, qui, malgré les progrès, ne **reflète pas suffisamment l'action sur ces violences**.
- En ce qui concerne les stimulations récentes, nous nous référons au Pacte d'État sur la violence de genre (renouvelé le 25/11/2021)¹², à la Stratégie d'État de lutte contre la

générale n° 1 sur la dimension numérique de la violence faite aux femmes (2021) ; Examen horizontal à mi-parcours des rapports d'évaluation de référence du GREVIO (2022).

¹⁰ Elle renvoie à d'autres organismes internationaux et qui concerne d'autres formes de violence, telles que la traite des êtres humains et l'exploitation sexuelle.

¹¹ Voir : Instrument de ratification de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique, fait à Istanbul le 11 mai 2011 ; BOE No. 137, 06/06/2014 (accès).

¹² Pour un résumé du pacte, voir le site officiel de la DGVG (accès).

violence de genre 2022-2025 (EEVM), et à plusieurs changements législatifs récents tels que le décret-loi royal 6/2022, du 29 mars, adoptant des mesures urgentes dans le cadre du Plan national de réponse aux conséquences économiques et sociales de la guerre en Ukraine¹³ ; La loi organique 10/2022 du 6 septembre sur la garantie intégrale de la liberté sexuelle ; la loi organique 1/2023 du 28 février modifiant la loi organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse ; et d'autres règlements qui ont modifié la loi organique 1/2004 du 28 décembre sur les mesures de protection intégrale contre la violence de genre¹⁴.

L'une des principales références nationales, le MEVE 2022-2025, fait référence à ces *autres formes de VCM* et favorise donc la promotion de nouvelles actions. Ainsi, grâce à la Convention d'Istanbul et à d'autres initiatives européennes ultérieures, ainsi qu'au MEVE et aux instruments de certaines communautés autonomes (CCAA), nous disposons d'outils suffisants pour intervenir de manière plus efficace sur *toutes les formes de violence*, y compris celles qui sont moins visibles pour la société, et ceci, à **tous les niveaux de l'administration**.

¹³ Elle comprend un modèle unifié d'accréditation du statut de victime de la traite des êtres humains ou de l'exploitation sexuelle et le numéro d'appel 016 pour les victimes, entre autres mesures.

¹⁴ Voir le contexte institutionnel des changements politiques et des réformes détaillés dans le MEVE 2022-2025.

2.2. Objectifs du diagnostic

Les objectifs du diagnostic sont de **nature exploratoire et descriptive**, étant donné le manque de connaissances sur les formes de violence qui nous concernent. Il s'agit également d'une étude à **caractère propositionnel**, puisque des recommandations et des propositions sont formulées en vue d'une intervention locale.

Les objectifs fixés pour le diagnostic sont les suivants :

- **Décrire** la situation **actuelle** en Espagne en ce qui concerne les formes de violence contre les femmes qui menacent leur capacité et leur droit à la reproduction, y compris les crimes dits d'"honneur" ; fondamentalement en relation avec les besoins, les situations et les utilisateurs potentiels du service ATENPRO, leurs filles et leurs fils.
- Améliorer les connaissances existantes sur **l'intervention et les besoins des entités locales** concernant ces formes de violence dans une perspective globale.
- **Faire des propositions** pour la réalisation et l'intervention des services sociaux municipaux et pour l'itinéraire d'intervention possible qui pourrait être offert par les entités locales membres d'ATENPRO.
- Contribuer à la définition, à l'organisation, à la conception et au développement de la **plateforme** qui accueillera l'attention et la protection de toutes les formes de violence faite aux femmes promues par la FEMP.
- Identifier des **lignes directrices pour la formation et la prise en charge des professionnels** qui s'occupent des utilisateurs d'ATENPRO et de leurs enfants.

2.3. Méthodologie

2.3.1. Approche méthodologique

Il s'agit d'une étude **exploratoire et descriptive** qui a utilisé une approche méthodologique mixte (quantitative et qualitative) en ce qui concerne l'utilisation des techniques de collecte et d'analyse des données.

La triangulation méthodologique (Denzin, 2017) est due à la nature différente des données disponibles et aux différents objectifs de l'étude. Ainsi, en plus de la recherche et de l'analyse de sources secondaires, l'enquête et l'entretien semi-structuré ont été utilisés.

- L'**enquête** a été utilisée comme technique de consultation dans une perspective distributive afin d'identifier les expériences et les opinions des organisations d'experts et des entités locales.

En termes d'**analyse statistique**, les sources qui mesurent ou enregistrent des informations sur la violence à l'égard des femmes sont très limitées et, dans le cas des typologies qui nous intéressent, elles sont pratiquement inexistantes. Aucune d'entre elles ne vise à étudier la prévalence de la violence à l'égard des femmes. Malgré cela, certaines questions de la macro-enquête sur la violence à l'égard des femmes (DGVG, 2019) ont été utilisées. De même, des sources institutionnelles ont été consultées (telles que les statistiques du recensement continu, les statistiques sur les interruptions volontaires de grossesse, l'enquête nationale sur la fécondité, le registre de la Direction générale des Espagnols à l'étranger et des affaires consulaires, entre autres).

- La perspective qualitative, axée sur l'étude de l'expérience et l'analyse du contenu, a été réalisée par le biais d'une **analyse documentaire** et d'**entretiens semi-structurés** avec des experts et du personnel technique des services qui s'occupent des victimes sous différents angles.

La recherche **a été menée en trois phases**, de mars à août 2023.

Phase I : analyse documentaire et enquête

La première phase débute en mars 2023. Elle s'est concentrée sur la localisation et l'analyse de sources secondaires spécialisées et sur la recherche d'experts et d'entités locales ayant une expérience pertinente. Cette dernière phase a impliqué une première cartographie des pratiques et l'élaboration de la base d'échantillonnage nécessaire pour les enquêtes et les entretiens.

Les enquêtes ont été réalisées en ligne via une plateforme professionnelle du 26 mai au 13 juin 2023. Le **travail de terrain avec les EELL** a été réalisé grâce à la collaboration de la FEMP, qui a envoyé une lettre d'invitation par courriel avec le lien correspondant via sa base de données. Cette lettre a été distribuée à 7 410 autorités locales. En outre, une version anglaise a été

envoyée au Conseil des Communes et Régions d'Europe (CCRE) pour qu'il la distribue à ses partenaires. Au total, 288 réponses ont été reçues, dont 9 provenaient de collectivités locales européennes (Royaume-Uni, France et Belgique). Quant à l'enquête **auprès des organisations et des experts**, elle a été distribuée par une procédure similaire directement par RED2RED sur la base d'un échantillon de 150 références. Au total, 108 réponses ont été obtenues.

Au total, les **5 questionnaires** suivants ont été mis en œuvre :

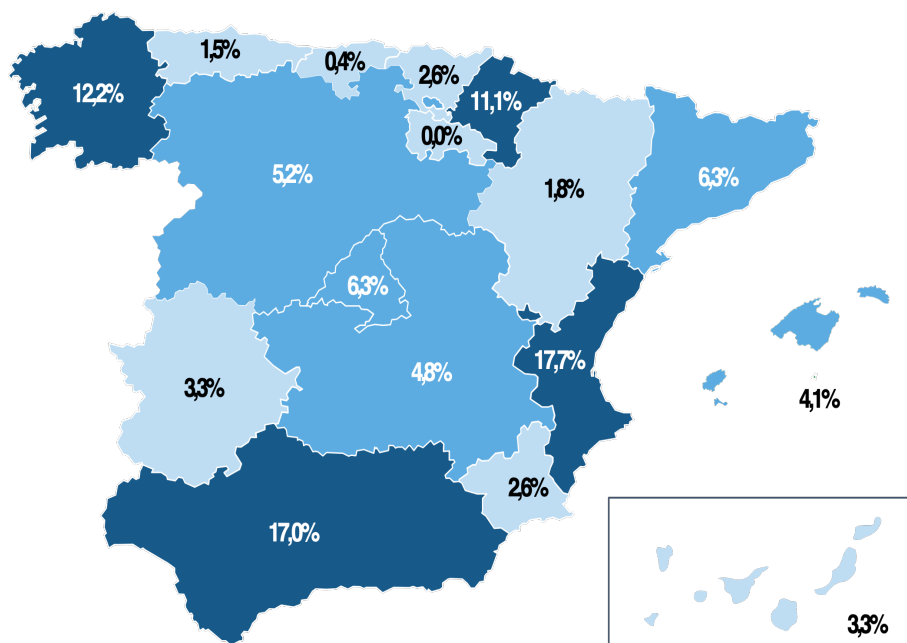
Tableau 1. Nombre de questionnaires réalisés et réponses obtenues

Enquête	Réponses
Aux autorités locales	288
• Espagnol	279
• Européen	9
Aux organisations et aux experts	108
• sur les violences reproductifs	73
• sur la maternité de substitution	17
• sur les crimes d'honneur	18

Source : Élaboration propre sur la base de travaux sur le terrain (2023)

La répartition des EELL de l'**échantillon final par région autonome** est représentée graphiquement dans l'illustration suivante.

Illustration 2. Répartition des EELL participant à l'enquête selon les régions autonomes (% du total)



Red2Red (2023). Enquête auprès des entités locales sur les autres formes de violence à l'égard des femmes.

Les questionnaires ont été remplis de manière inégale et toutes les questions n'étaient pas obligatoires. Étant donné la nature de la violence étudiée, presque toutes les questions étaient ouvertes et il s'agissait donc d'un questionnaire hautement qualitatif. Par ailleurs, différents services d'une même autorité locale ou d'une même ONG pouvaient répondre au même questionnaire avec une *expertise* différente. Par conséquent, le nombre de réponses diffère du nombre d'EELL (229) et d'organisations (49) ayant participé aux enquêtes (voir annexes 1 et 2).

Phases II et III : expériences d'intérêt (entretiens) et analyse relationnelle

La deuxième phase de la recherche s'est concentrée sur l'analyse des expériences de prise en charge des victimes de VR et des CH, principalement par le biais d'entretiens semi-structurés.

Au total, 17 entretiens ont été menés avec 25 informateurs experts (voir annexe 3).

Certains entretiens étaient individuels et d'autres avaient un caractère de triangulation, de sorte que plusieurs professionnels y ont participé. Tous les entretiens ont fait l'objet d'un consentement éclairé préalable et ont été enregistrés en audio/vidéo et retranscrits mot à mot. La durée moyenne était de 2 heures et ils ont été réalisés entre juin et juillet 2023.

Les principales difficultés du travail sur le terrain ont été liées au **manque d'expérience des entités locales et des ONG**. Il n'y a pas de services publics spécialisés dans ces questions et il y

a peu d'expériences de la part de la société civile organisée et du mouvement associatif féminin et féministe.

Dans le cas de la violence liée au sexe, en général, les expériences locales sont liées à la violence liée au sexe et à la violence sexuelle et sexiste dans l'environnement du partenaire intime ou de l'ex-partenaire et à ses conséquences en matière de reproduction, mais elles n'ont pas la spécificité de la convention d'Istanbul. C'est pourquoi nous nous sommes davantage appuyés sur les organisations de personnes handicapées - ou de femmes et de personnes handicapées - qui fournissent des services d'experts et travaillent en coordination avec les services publics. Ce sont les organisations qui ont le plus d'expérience et d'*expertise* dans le domaine de la VR. Toutes les femmes peuvent en bénéficier, qu'elles soient handicapées ou non.

Sept pratiques intéressantes ont été identifiées et **dix informateurs** ont participé à l'analyse. Leurs profils sont décrits à l'annexe 3 et sont les suivants :

(1) Service d'appui aux femmes et aux filles handicapées victimes de violence de genre de Cermi-Extremadura ; (2) Centre de réhabilitation psychosociale de San Fernando de Henares (CRPS) ; (3) Projet de construction des sexualités du conseil municipal de Los Realejos - Association nationale de la sexualité et du handicap ; (4) Service Alba d'attention et d'accompagnement des femmes sourdes du CNSE ; (5) Canal d'appui sociojuridique aux femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale victimes de violence de genre de la Confédération ASPACE ; (6) Observatoire des femmes de Plena Inclusion Madrid ; (7) Unités d'assistance spécialisées pour les femmes handicapées victimes de violence de genre de CODISA PREDIF Andalousie.

Dans le cas de la **maternité de substitution ou de la gestation pour autrui**, le profil des organisations et des experts en la matière dans notre pays se concentre sur la dénonciation et la sensibilisation à cette pratique, mais pas sur le travail avec les victimes. C'est pourquoi nous avons fait appel à des chercheurs qui sont en contact avec des victimes à l'étranger.

Aucune organisation formelle n'a été localisée en Espagne ou dans l'Union européenne qui offre des services d'appui institutionnel aux victimes, en les reconnaissant comme telles, étant donné que la traite n'est pas reconnue comme un crime dans de nombreux pays de notre région et qu'il n'y a pas de développement institutionnel majeur à cet égard. Le travail réalisé a impliqué l'étude de sources secondaires et de l'assistance fournie par des experts aux victimes en dehors de l'Espagne (voir annexe 3).

En ce qui concerne la violence conceptualisée comme des **crimes au nom de l'honneur** (CNH), elle n'est pas abordée en Espagne sous cet angle, mais plutôt de manière segmentée par rapport à des phénomènes spécifiques, et surtout par rapport aux deux domaines les plus connus : les mutilations génitales féminines (MGF), d'une part, et les mariages forcés, d'autre part. Ceci est dû au manque de spécificité normative et aux lacunes institutionnelles concernant cette violence.

Étant donné que, parallèlement à cette recherche, la **FEMP promouvait une autre étude sur les mariages forcés et les MGF**, cette recherche s'est concentrée sur les expériences internationales qui fonctionnent au niveau local et qui ont une solide expérience dans la prise en charge des victimes de la CNH. Outre les entretiens avec deux experts espagnols, deux pratiques ont été analysées - celle du centre de crise PAPATYA en **Allemagne** et celle d'IKWRO au **Royaume-Uni** (voir annexe 3) - et d'autres exemples ont été étudiés à partir de sources secondaires : celui du Centre national contre la violence et l'oppression liées à l'honneur (*Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck*) en **Suède**, et trois expériences pertinentes d'ONG au **Royaume-Uni**.

Enfin, en l'absence d'un cadre institutionnel plus spécifique sur ces *autres formes de violence* et compte tenu du manque de spécificité de nombreuses expériences en Espagne, il a été décidé de renforcer la collecte de données à partir d'une **approche prospective**, ce qui améliorerait la qualité des informations et des recommandations d'action.

C'est pourquoi des entretiens ont été menés afin d'évaluer le **potentiel de prise en compte d'autres formes de violence dans les services consolidés et les stratégies institutionnelles de prise en charge des femmes victimes de violence**. Ainsi, la délégation gouvernementale pour la violence de genre (ministère de l'égalité), le HCR Espagne (HCR), la Croix-Rouge espagnole et la municipalité de Madrid ont été consultés (voir annexe 3).

La **dernière phase de l'étude** s'est concentrée sur l'analyse interrelationnelle des informations et l'élaboration de propositions et de recommandations pour un modèle d'intervention local basé sur les données analysées et les informations collectées.

2.3.2. Principes de travail

La recherche a été menée selon les critères suivants :

- **Approche intersectionnelle du genre et perspective féministe**, en tant que théorie critique et éthique. Reconnaître que les expériences des personnes en matière de genre diffèrent en fonction de leur intersection avec d'autres variables d'inégalité, ce qui implique des discriminations multiples. Reconnaître le travail et le rôle des organisations locales de femmes dans la promotion et le développement des politiques d'égalité.
- **Garantie des droits et attention portée à la victime et à ses enfants**. Attention particulière à la non-discrimination et aux situations de plus grande vulnérabilité : socio-économique, âge, culturelle, origine ethnique ou racialisation, en raison du type de handicap ou de la situation administrative des étrangers.
- **Attention aux défis soulignés par le GREVIO** dans ses recommandations et rapports en relation avec l'Espagne sur : l'évaluation (art.6 et 11), l'intersectionnalité (art.4.3), la coordination (art.7), et le respect effectif de la diligence raisonnable (art.5).
- **Spécificité de la politique locale d'égalité**, compte tenu de ses compétences et de son rôle central dans la vie des victimes, ainsi que des différences qui existent en ce qui concerne la pluralité territoriale et politique en Espagne, la taille de l'habitat et le caractère rural de certaines entités locales.

II. LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION

3. Violence contre la capacité et droit à la reproduction

3.1. Caractéristiques et typologies

Il y a près de vingt ans, *l'étude approfondie des Nations unies sur toutes les formes de violence à l'égard des femmes* (2006) concluait que le **contrôle de la sexualité et de la capacité de reproduction des femmes est l'un des moyens par lesquels la domination masculine et la subordination des femmes sont maintenues** dans notre société et dans toutes les cultures.

Les Nations unies ont établi, dans la première étude mondiale de ce type, que l'inégalité entre les hommes et les femmes transcende toute action individuelle. La violence à l'égard des femmes (VEF) implique que tout exercice de la violence, "en vertu de ses fonctions de punition et de contrôle, renforce également les normes de genre existantes", de sorte que toute violence à l'égard des femmes perpétue cette inégalité (ONU, 2006 : paragraphes 72 et 73).

La violence contre la capacité et les droits reproductifs ou la violence reproductive (ci-après, **RRA**) est une forme de violence à l'égard des femmes qui se réfère à toute forme d'**abus, de coercition, de discrimination, d'exploitation ou de violence qui menace l'autonomie reproductive d'une personne** (UNFPA, 2021 ; 2022).

En Espagne, l'EEVM 2022-2025 stipule que la violence à l'égard des femmes dans la sphère reproductive "peut être définie comme tout acte basé sur une discrimination fondée sur le sexe qui viole l'intégrité ou l'autodétermination des femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, leur libre décision sur la maternité, son espacement et son calendrier, y compris l'avortement et la stérilisation forcés" (DGVG, 2022, p. 50).

L'autonomie reproductive fait référence à la capacité et à l'exercice de la contraception, à la grossesse et au nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et au moment où l'on souhaite les avoir. Elle affecte directement la capacité à jouir d'une **vie sexuelle satisfaisante et sans danger** ; il s'agit d'un domaine indissociable des **droits sexuels et reproductifs (DRS)** pour tous les individus et donc de la santé sexuelle et reproductive (SSR).

3.2. Formes de VR

Sur la base des résultats de l'étude, nous considérons que la VR peut être caractérisée autour de la typologie suivante comprenant les **6 formes ou typologies fondamentales**¹⁵ :

1. le manque d'attention portée à la santé sexuelle et reproductive ;
2. les obstacles ou l'interdiction à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse ;
3. les violences gynécologiques et obstétricales lors de l'accouchement ;
4. les pratiques néfastes (mariage d'enfants, mariage forcé, mutilation génitale féminine, inspection de la virginité) ;
5. la maternité de substitution ou la gestation pour autrui ;
6. la contraception, l'avortement et/ou la stérilisation forcés pour le contrôle des menstruations et/ou l'entrave au libre exercice de la maternité

La présente recherche se concentre exclusivement sur ces deux dernières typologies.

Toutefois, afin de comprendre la dimension et l'importance de l'ensemble des formes sous lesquelles le VR se manifeste, ses principales caractéristiques sont - brièvement - expliquées, étant donné qu'il existe une interrelation entre les différentes typologies de VR.

1. -La première forme de VR fait référence au **manque d'attention portée à la santé sexuelle et reproductive** des personnes.

Ces soins devraient être fournis par le système de santé public, de **manière universelle et gratuite**. Ils devraient être fournis **à toutes les personnes**, quelles que soient leur identité et leur orientation sexuelles, et ce tout au long de la **vie**.

Il s'agit principalement de l'accès à des services de santé publique et à des services sociaux spécialisés, notamment en ce qui concerne la menstruation et les troubles liés à la menstruation,

¹⁵ La violence reproductive est un domaine de recherche naissant dans les sciences sociales, avec une histoire plus longue dans le domaine de la santé et par les organisations de défense des droits des femmes. Cela signifie qu'en fonction des connaissances qui seront générées à l'avenir, cette typologie pourra évoluer et être élargie. Par exemple, certains des experts consultés considèrent que certaines des pratiques commerciales qui encouragent le don d'ovules pourraient être considérées comme faisant partie de cette conceptualisation de la VR.

l'information et les conseils en matière de planification sexuelle et familiale, les soins et la prévention des infections sexuellement transmissibles et l'accès à la procréation assistée.¹⁶ .

2. -La deuxième typologie, bien qu'elle puisse être considérée comme faisant partie de la première, regroupe plusieurs formes spécifiques particulièrement pertinentes : d'une part, **l'interdiction et/ou les obstacles à l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)** et, d'autre part, les **grossesses forcées**.

La grossesse forcée est une violation des droits de l'homme. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a souligné à plusieurs reprises que toutes les formes de contraception moderne ont un taux d'échec, que les grossesses non désirées surviennent à tout âge et que les systèmes de santé doivent garantir un avortement sûr. L'avortement est également une **manifestation d'autres formes de violence à l'égard des femmes**, telles que les pratiques néfastes, la violence sexuelle et la violence entre partenaires intimes.

Les grossesses forcées sont **particulièrement préoccupantes lorsqu'elles concernent des filles et des adolescentes**, car elles sont souvent le signe d'un viol ou d'un abus sexuel. Comme le souligne le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), "aux risques d'une grossesse précoce s'ajoutent les risques liés à l'impact émotionnel de la violence, des reproches, du silence, de l'absence de contrôle et de soutien lorsque l'abus n'est pas détecté. La grossesse est donc une continuation de la situation d'abus qui l'a engendrée. Si elle n'a pas pu être racontée, ou si elle a été réduite au silence par l'environnement, la grossesse sera également entourée de dissimulation et de stigmatisation" (UNICEF 2018 :17).

Dans notre pays, la difficulté d'**accès à la contraception et à l'avortement** a des causes diverses¹⁷ . Il existe une grande variabilité dans la garantie de ces droits dans les territoires couverts par les communautés autonomes¹⁸ . La Société espagnole de contraception (SEC,

¹⁶ Pour une vue d'ensemble de la situation en Espagne, voir les travaux de : Federación de Planificación Familiar Estatal, et al. (2017). Deficiencies and inequity in sexual and reproductive health services in Spain (Déficiences et inégalités dans les services de santé sexuelle et reproductive en Espagne). Rapport en ligne (consulté) ; et les travaux de l'Asociación Mujeres para la Salud (AMS). 2017). Rapport Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres (Les services de gynécologie que les femmes veulent). Document en ligne (accès).

¹⁷ Pour des données sur la situation actuelle, voir : L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020). El acceso al aborto en el Estado español : principales barreras (access) ; L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2022) Violència institucional en el marc de Drets Sexuals i Reproductius. Eina de diagnosi de compliment de la diligència deguda (access) ; Sociedad Española de Contracepción (SEC) (2019). Informe de la situación de la anticoncepción, SSyRR, e IVE en España. Document en ligne (accès).

¹⁸ L'organisation territoriale de l'Espagne se compose de trois niveaux : l'État ou organisation centrale, les communautés autonomes et les entités locales. Le territoire est organisé en 17 communautés autonomes et les villes autonomes de Ceuta et Melilla. Pour en savoir plus sur leur fonctionnement, consultez le site du Ministère de la Politique Territoriale (accès).

2019), dans l'un de ses rapports antérieurs à la modification de la législation actuelle, a souligné que les principales causes sont les difficultés d'accessibilité, de financement et de formation des professionnels et des utilisateurs.

La législation actuelle qui régit ces droits, la loi organique 1/2023, du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse (ainsi que la loi organique 11/2015, du 21 septembre, visant à renforcer la protection des mineures et des femmes dont la capacité est modifiée par la justice dans le cadre de l'interruption volontaire de grossesse), est trop récente dans son application et il n'existe pas encore de données concernant son impact sur la situation espagnole.

Le préambule II de la loi souligne la **nécessité d'améliorer la protection et la garantie des droits liés à la santé sexuelle et reproductive de manière globale**. En ce qui concerne l'avortement, il souligne que la majorité des avortements ont lieu dans des centres privés extrahospitaliers (78,04 % en 2020), ce qui signifie que "nous sommes loin de pouvoir garantir" cette intervention dans les centres publics.

En ce qui concerne les obstacles à l'**avortement**, il est important de noter que les réglementations concernant les délais pour l'avortement libre (dans les 14 premières semaines de gestation) ont été déclarées constitutionnelles en Espagne. L'arrêt de l'assemblée plénière du Tribunal Constitutionnel du 9 mai 2023¹⁹ reflète cette situation et indique "l'obligation des administrations publiques de garantir l'interruption volontaire de grossesse" dans le cadre de "ce devoir positif de garantir l'efficacité des droits fondamentaux". Elle souligne également l'importance d'intégrer une perspective de genre dans les politiques sanitaires, éducatives et sociales en matière de santé sexuelle et reproductive.

3. La troisième typologie de VR est la **violence gynécologique-obstétrique ou la violence à l'égard des femmes lors de l'accouchement**²⁰, qui comprend toutes les interventions gynécologiques ou obstétricales inappropriées ou inutiles sur les femmes en rapport

¹⁹ Voir l'arrêt de l'Assemblée plénière du Tribunal Constitutionnel : Sentencia 44/2023, 9 mai 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4523-2010 (ECLI:ES:TC:2023:44), BOE n° 139, 12 juin 2023, section du Tribunal Constitutionnel (accès).

²⁰ C'est le terme utilisé par le Comité des Nations Unies pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW) pour désigner ces pratiques. La rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences (2019) note que ce terme n'est pas encore explicitement reconnu dans le droit international des droits de l'homme, et utilise donc également l'expression "violence contre les femmes pendant l'accouchement".

avec l'accouchement (césariennes, épisiotomies ou accouchements instrumentaux injustifiés).

En général, elle tend à être définie comme une violence contre les femmes "consistant en une action ou une omission qui viole la santé, les droits reproductifs et sexuels des femmes, et couvre les périodes de gestation, d'accouchement, de puerpéralité et les cycles reproductifs" (Guerrero-Sotelo, et al., 2019 : 27). D'un point de vue féministe critique, il est considéré comme une " appropriation du corps des femmes et des processus reproductifs par le personnel de santé, qui s'exprime par un traitement déshumanisant, par un abus de médicalisation et de pathologisation des processus naturels (...)" (Bellón-Sánchez, 2015 :93).

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (ci-après l'OMS) mettait déjà en garde contre son **importance à l'échelle mondiale** : "un nombre croissant de recherches sur les expériences des femmes en matière de grossesse et, en particulier, d'accouchement, dessinent un tableau alarmant". En outre, l'OMS a indiqué que "les adolescentes, les femmes non mariées, les femmes de faible statut socio-économique, les femmes appartenant à une minorité ethnique, les femmes migrantes, les femmes vivant avec le VIH, entre autres, sont plus susceptibles de subir un traitement irrespectueux et offensant" (OMS, 2014 : 1). Cela implique de prendre en compte le fait qu'il existe des femmes dont la situation les rend plus vulnérables à de telles pratiques.

De même, la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et ses conséquences, dans le *rapport sur une approche fondée sur les droits de l'homme des abus et de la violence à l'égard des femmes dans les services de santé reproductive, avec un accent particulier sur les soins d'accouchement et la violence obstétrique* (2019), indique que "cette forme de violence s'est révélée être un phénomène répandu et systématique".

Pour sa part, en Espagne, la **Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences de Genre** (EEVM) 2022-205 mentionne cette pratique et souligne qu'il n'existe pas de statistiques officielles permettant d'analyser l'ampleur réelle de ce type de violence dans notre pays. L'Espagne a été réprimandée par le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (ci-après CEDAW) à trois reprises pour ce type de VFF.

L'absence de données nationales et la nécessité d'y remédier ont été portées à l'attention de l'État espagnol par le Comité (CEDAW/C/75/D/138/2018), qui a exhorté l'État - entre autres questions - à réaliser des études et à mettre en œuvre des mesures correctives (CEDAW/C/84/D/154/2020, avis du Comité du 7 mars 2023).

Sur l'ensemble du territoire national, différentes associations de femmes liées au domaine de la santé ont dénoncé ces pratiques de KHR, parmi lesquelles l'association El Parto es Nuestro et l'Observatorio de Violencia Obstétrica. Il convient de noter que la loi 17/2020, du 22 décembre, modifiant la loi 5/2008, sur le droit des femmes à éradiquer la violence sexiste dans la communauté autonome de Catalogne²¹ a été la première loi européenne à reconnaître l'existence de la violence obstétrique en tant que violence sexiste. Depuis 2007, de nombreux pays d'Amérique latine ont intégré la violence obstétrique dans leur législation sur la VFF (voir Bellón Sánchez, 2015).

4. -La quatrième forme de violence liée au sexe est liée à des **pratiques préjudiciables** qui ont un impact particulier sur la santé sexuelle et reproductive des filles, des adolescentes et des femmes.

Ces pratiques comprennent le mariage d'enfants, le mariage forcé, les mutilations génitales féminines (MGF), le broyage des seins et les tests de virginité. Nombre d'entre elles sont considérées comme des violences sexuelles et sont souvent classées dans cette catégorie²². Elles sont également **étroitement liées aux crimes dits d'"honneur"** (voir chapitre 11).

Les États ont l'obligation d'**éliminer, de prévenir et de protéger** les femmes contre ces pratiques. Cette obligation est explicitement mentionnée dans plusieurs traités internationaux relatifs aux Droits de l'Homme, ainsi que dans la Convention d'Istanbul, ratifiée par l'Espagne en 2014. Dans cette optique, le Haut-Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme

²¹ Loi 5/2008, du 24 avril, sur le droit des femmes à l'éradication de la violence masculine. publiée dans : DOGC, n° 5123, du 08/05/2008, et BOE, n° 131, du 30/05/2008 (accès). Art4. d) Violence obstétrique et violation des droits sexuels et reproductifs : il s'agit d'empêcher ou d'entraver l'accès à des informations véridiques, nécessaires à une prise de décision autonome et éclairée. Elle peut affecter différents domaines de la santé physique et mentale, y compris la santé sexuelle et reproductive, et peut empêcher ou gêner les femmes de prendre des décisions sur leurs pratiques et préférences sexuelles, ainsi que sur leur reproduction et les conditions dans lesquelles elle s'effectue, conformément aux hypothèses incluses dans la législation sectorielle applicable. Il s'agit notamment de la stérilisation forcée, de la grossesse forcée, de l'empêchement de l'avortement dans les cas légalement établis et de la difficulté d'accès aux méthodes contraceptives, aux méthodes de prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH, et aux méthodes de procréation assistée, ainsi que des pratiques gynécologiques et obstétriques qui ne respectent pas les décisions, le corps, la santé et les processus émotionnels des femmes.

²² La stratégie nationale pour la santé sexuelle et reproductive stipule en effet ce qui suit : "La violence sexuelle englobe les rapports sexuels forcés de toute nature, y compris le recours à la force physique, les tentatives d'obtenir des rapports sexuels forcés, les agressions au moyen d'organes sexuels, le harcèlement sexuel, y compris l'humiliation sexuelle, le mariage ou la cohabitation forcés, y compris le mariage d'enfants, la prostitution forcée, la commercialisation et la traite des filles et des femmes, les avortements forcés et les grossesses forcées, le déni du droit d'utiliser des moyens de contraception ou de prendre des mesures de protection contre les infections, et les actes de violence portant atteinte à l'intégrité sexuelle des femmes, tels que les mutilations génitales féminines et les inspections de virginité. Ces agressions sont profondément ancrées dans les inégalités entre les sexes et les relations de pouvoir, et en sont l'une des manifestations les plus déchirantes" (Ministère de la Santé, de la Politique Sociale et de l'Égalité, 2011:53).

(HCDH) a rappelé l'importance pour les États "d'élaborer et d'adopter des programmes complets de sensibilisation pour remettre en question et modifier les attitudes culturelles et sociales, les traditions et les coutumes qui sont la cause sous-jacente des formes de comportement qui perpétuent les pratiques préjudiciables" (HCDH, s.d.).

En ce qui concerne les **tests de virginité**, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi qu'il s'agit d'une forme de discrimination sexuelle et d'une **pratique non scientifique, inefficace et humiliante** qui constitue une violation des droits humains des femmes. Compte tenu de sa prévalence en Espagne et de sa relation avec les CHN, il a été jugé intéressant d'en approfondir les caractéristiques.

L'inspection du vagin à la recherche de l'hymen²³ repose sur la croyance que l'apparence des organes génitaux féminins peut révéler si des rapports sexuels (vaginaux) ont eu lieu. Elle est effectuée par des personnes clés de la communauté ou par des professionnels de la santé à qui l'on a attribué des connaissances dans ce domaine.

Ces tests, qui **manquent de validité scientifique**, peuvent causer de la douleur, induire des interventions chirurgicales douloureuses et inutiles²⁴, et avoir des conséquences sociales néfastes pour les filles et les femmes en cas d'interprétation négative (ne pas "être vierge"), et sont donc **liés à la violence ou aux crimes d'honneur**.

En 2018, **les Nations Unies ont lancé un appel mondial²⁵ à tous les gouvernements pour qu'ils interdisent cette pratique et collaborent avec les communautés où elle est pratiquée pour l'éradiquer**. En Espagne, cette interdiction n'a pas encore été mise en œuvre ; elle ne figure ni dans l'ENSSR, ni dans l'EEVM, ni dans la législation actuelle.

Selon la **Déclaration pour l'élimination des tests de virginité** (OMS, ONU Femmes, HCDH, 2018 :7), " *la virginité* n'est pas un terme médical ou scientifique, mais un concept social, culturel et religieux qui reflète la discrimination sexiste à l'égard des femmes et des filles ; (...) elle repose sur le stéréotype selon lequel la sexualité féminine devrait être réduite au mariage. Cette notion est préjudiciable aux femmes et aux jeunes filles dans

²³ L'hymen est une membrane élastique que certaines femmes possèdent, toutes ne naissent pas avec, et si elles le possèdent, il peut se rompre accidentellement ou lors de la pratique de certains sports. Il n'a rien à voir avec la "virginité" ou l'absence de rapports sexuels, qui vont d'ailleurs au-delà de la pénétration vaginale.

²⁴ Les interventions chirurgicales appelées "reconstruction de l'hymen" (hyménoplastie) recréent une membrane qui recouvre partiellement le vagin et tentent de garantir que des saignements se produiront lors des futurs tests de virginité ou lors des premiers rapports sexuels vaginaux avec pénétration dans le cadre du mariage.

²⁵ Il s'agit d'un appel lancé par plusieurs agences : Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Droits de l'Homme des Nations Unies, ONU Femmes, "Eliminating virginity testing - An interagency statement" (accès) ; (accès au communiqué de presse en anglais).

le monde entier" ; par conséquent, "les gouvernements, les professionnels de la santé et les communautés doivent agir pour éliminer cette pratique".

Elle a également souligné que, pour de nombreuses femmes, " cela a des conséquences physiques, psychologiques et sociales négatives à court et à long terme, telles que l'anxiété, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique. Dans les cas extrêmes, les femmes ou les filles peuvent tenter de se suicider ou être tuées au nom de l'honneur" (OMS, ONU Femmes, HCDH, 2018 :5).

5. Le cinquième type de VR est la maternité de substitution **ou gestation pour autrui (GPA)**.

Cette forme de violence reproductive désigne l'**ensemble des procédures** par lesquelles une femme finit par porter un ou plusieurs embryons (lors de sa grossesse), résultant de la fécondation de son propre ovule ou du transfert d'embryons, et donne naissance à un ou plusieurs enfants pour une entreprise, pour une autre personne ou pour un couple.

En GPA, ces procédures **vont au-delà de la grossesse et de l'accouchement** ; Elles englobent les pratiques commerciales de recrutement des clients, la localisation de la mère gestationnelle (altruiste ou commerciale), les accords ou contrats entre les parties, les procédures médicales et logistiques nécessaires avant de parvenir à la conception et à la préparation hormonale de la mère gestationnelle, mais aussi tout au long de la ou des grossesses (y compris les avortements spontanés et les avortements forcés), pendant l'accouchement et le post-partum, ainsi que le transfert et l'enregistrement des enfants nés, et la gestion de la situation d'abandon ou de prise en charge des enfants qui sont rejetés par la partie acheteuse. En Espagne, il s'agit d'une **pratique illégale**. C'est l'une des formes que cette étude explore en profondeur (voir chapitres 8, 9 et 10).

6. La sixième typologie de VR englobe le contrôle des menstruations et la prévention du libre exercice de la maternité **par la stérilisation forcée, l'avortement forcé et/ou la contraception forcée (CGF)**.

Il s'agit d'une forme de VFF dont souffrent **davantage les femmes handicapées et les femmes souffrant de maladies mentales**, mais pas exclusivement.

La contraception et la stérilisation forcées sont des pratiques fortement associées à des **stéréotypes sur la maternité et la sexualité** qui sont conçus sur la base de notions racistes et autonomisantes et qui touchent donc beaucoup plus de femmes. L'avortement forcé peut se

produire dans les mêmes conditions, mais il peut aussi être un indicateur d'un phénomène plus complexe, la sélection du sexe en fonction du genre, qui est considérée comme une forme supplémentaire de discrimination à l'égard des femmes et une manifestation de la violence à l'égard des mères et des filles.

L'AEAF peut également être un **indicateur de la présence d'autres formes de violence**, principalement la violence sexuelle et la violence exercée par le partenaire ou l'ex-partenaire intime.

Bien que **cette étude se concentre sur les deux dernières typologies**, il est important de souligner qu'elles s'inscrivent toutes dans le cadre de la violation des **droits sexuels et reproductifs des femmes**²⁶ (DSRR).

3.3. Droits sexuels et reproductifs

Les DSSR font partie de la notion intégrale de santé humaine et sont donc inclus dans les objectifs de développement durable (ODD) de l'**Agenda 2030 des Nations Unies** (2015). Leur protection et leur promotion relèvent de la responsabilité de toutes les institutions.

Le FNUAP définit la **bonne santé sexuelle et reproductive** comme un état de bien-être général, physique, mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital. Elle comprend la capacité d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger et d'avoir des enfants, ainsi que la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence avoir des rapports sexuels.

Les DSSR sont consacrés en tant que **droits humains fondamentaux** dans les accords internationaux du *Programme d'Action Mondial*²⁷ de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994 (CIPD)²⁸, dont les

²⁶ Pour plus d'informations sur la santé sexuelle et reproductive, voir le travail de l'UNFPA (consulté). Une compilation infographique sur les SDSR est disponible sur leur site web (consulté).

²⁷ La CIPD "a demandé que l'on veuille à ce que tous les individus aient accès à des soins de santé reproductive complets, y compris la planification familiale volontaire, les services de grossesse et d'accouchement sans risque, ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Elle a également reconnu que la santé reproductive et l'émancipation des femmes sont interdépendantes et qu'elles sont toutes deux nécessaires au progrès social. Le programme d'action affirmait que : "La pleine participation des femmes, sur un pied d'égalité, à la vie civile, culturelle, économique, politique et sociale, aux niveaux national, régional et international, et l'élimination de toutes les formes de discrimination fondées sur le sexe sont des objectifs prioritaires de la communauté internationale" (Nations Unies, n.d.).

CIPD : accès au texte de la conférence.

²⁸ Deux sessions extraordinaires de l'Assemblée Générale des Nations unies ont eu lieu en 1999 et 2014 pour évaluer la mise en œuvre de la CIPD de 1994 et prendre des mesures pour la renforcer.

engagements ont été renouvelés lors du sommet de Nairobi en 2019 (CIPD+25), et dans la *déclaration et la plateforme d'action de Pékin* adoptées lors de la Conférence Mondiale sur les femmes de 1995, renouvelées lors des sommets internationaux successifs des Nations Unies qui en ont assuré le suivi.

Les DSSR tendent à être référencés sous une forme résumée dans une **Charte sur les Droits Sexuels et Reproductifs**, telle que celle promue par la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), qui contient les 10 articles suivants (IPPF, 2010)²⁹ :

- | | |
|--|--|
| 1. Droit à l'égalité | 7. Droit aux soins et à la protection en matière de santé sexuelle et reproductive |
| 2. Droit à l'autonomie sexuelle | 8. Droit à la vie privée et à la confidentialité |
| 3. Droit à la liberté et à l'intégrité corporelle | 9. Droit de choisir entre différentes manières de vivre ensemble |
| 4. Le droit de décider des choix en matière de procréation | 10. Droit à la participation et à la liberté d'opinion |
| 5. Droit à l'information | |
| 6. Droit à l'éducation sexuelle | |

Les **violations des droits des femmes dans ce domaine** ont été mises en évidence il y a près de vingt ans dans le rapport final du rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (2006) du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH)³⁰ . Cette plainte est conforme au Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels (CESCR) et au Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW) (voir chapitre 6).

À cet égard, le HCDH rappelle que la santé sexuelle et reproductive des femmes "est liée à de multiples droits humains, tels que le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit à la santé, le droit à la vie privée, le droit à l'éducation et l'interdiction de la discrimination. Cela signifie que les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes" (2023).

²⁹ Les droits sexuels, en particulier, ont également été pris en compte de manière plus concrète dans une charte élargie ; voir International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2010.

³⁰ Voir Assemblée générale des Nations Unies, Note du Secrétaire général (2006) Le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible du 13 septembre 2006 A/61/338 (consulté).

Les violations de l'autodétermination des femmes en matière de procréation constituent des **crimes très graves au regard du droit humanitaire international**. À cet égard, le statut de Rome de la Cour Pénale Internationale³¹ (1998 ; en vigueur depuis 2002) définit le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée et d'autres formes de violence sexuelle comme des crimes contre l'humanité et des crimes de guerre pour la première fois dans ce cadre. Le statut de Rome établit que ces crimes sont sur un pied d'égalité avec les crimes internationaux les plus odieux, constituant dans de nombreux cas des actes de torture et des génocides.

3.4. Lien entre la VR et d'autres formes de violence

La violence reproductive a sa propre **spécificité**, mais elle est souvent un **indicateur d'autres formes de VFF**, en particulier la présence de pratiques néfastes, de violences sexuelles et de violences entre partenaires intimes.

Comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, les **pratiques néfastes** concernent principalement le mariage des enfants, le mariage forcé, les mutilations génitales féminines et les tests de virginité. La plupart de ces pratiques tendent à être conceptualisées comme des "violences sexuelles". Un certain nombre d'entre elles seront évoquées plus en détail au chapitre 11.

Pour être perpétrée, la **violence sexuelle** nécessite souvent l'exercice spécifique de la violence reproductive, étant donné que les grossesses peuvent être un indicateur de viol et peuvent empêcher la poursuite de l'exercice de l'abus sur les filles, les adolescentes et les femmes victimes. Ainsi, les victimes de l'exploitation sexuelle sous toutes ses formes sont des victimes de viol en conséquence de ce qui précède. Il s'agit de la situation des femmes dans la prostitution, dans l'industrie pornographique et d'autres dérivés commerciaux, et en particulier de celles qui se trouvent dans des situations de traite, tant à des fins d'exploitation sexuelle qu'à des fins d'exploitation de leur travail³².

Dans le cadre de la **violence sexiste entre partenaires ou ex-partenaires intimes**, la reproduction est une autre dimension de l'abus, au même titre que l'abus physique, psychologique, sexuel et économique. La reproduction est donc également contrôlée

³¹ Instrument de ratification du Statut de Rome de la Cour Pénale Internationale, fait à Rome le 17 juillet 1998. BOE n° 126, du 27 mai 2002 (accès).

³² Voir à cet égard l'étude promue par la FEMP (2023) sur la violence sexuelle.

par l'agresseur. Cela s'établit à la fois en forçant la victime à recourir à la contraception, à l'avortement ou à la stérilisation pour éviter de futures grossesses et, au contraire, en l'empêchant d'accéder à des méthodes de planification familiale ou de les utiliser, ce qui entraîne des grossesses forcées. Bien que la violence entre partenaires intimes/ex-partenaires ait été la plus étudiée, la dimension reproductive est peu explorée et les données sont donc peu nombreuses.

La violence sexuelle, physique et psychologique exercée par un homme qui est - ou a été - le partenaire d'une femme peut avoir de **graves conséquences sur la reproduction** : elle peut provoquer des fausses couches en raison de la peur et du stress ou des agressions elles-mêmes ; elle peut causer des dommages à la femme et au fœtus ; et elle peut entraîner des grossesses résultant d'un viol.

Les possibilités d'exploitation de la **macro-enquête sur la violence faite aux femmes** 2019 de la Délégation Gouvernementale contre la Violence de Genre (ci-après, DGVG) sont limitées en ce qui concerne la violence faites aux femmes ; toutefois, une exploitation statistique a été réalisée concernant certaines des conséquences de la violence subie, en particulier les **fausses couches**, qui peuvent être considérées comme une conséquence analogue à l'avortement forcé. Les résultats obtenus sont expliqués ci-dessous³³.

Dans l'**enquête macro-économique de 2019, la fausse couche** apparaît comme une conséquence possible de la violence sexuelle exercée par le partenaire actuel ou l'ancien partenaire de la femme, ainsi que par des personnes autres que le partenaire.

Selon les données de 2019, les fausses couches dues au partenaire actuel sont pratiquement inexistantes parmi les femmes ayant répondu à l'enquête (4 cas). Cela ne signifie pas que ce type de violence n'existe pas, mais qu'il est très probable que, si cela se produit, le partenaire actuel est devenu un partenaire du passé et n'est donc pas

³³ Pour les personnes autres que les partenaires actuels ou anciens, les hommes auteurs de violences sexuelles ont été filtrés par les comportements susceptibles d'entraîner une grossesse non désirée. Ainsi, pour considérer les autres types de violences sexuelles hors partenaires, les réponses à la question M3P2 et les items ont été analysés :

- vous a forcé à avoir des relations sexuelles en vous menaçant, en vous retenant ou en vous blessant de quelque manière que ce soit. Par rapport sexuel, nous entendons la pénétration vaginale ou anale avec un pénis ou des objets, ou le sexe oral.
- vous a forcé à avoir des relations sexuelles alors que vous n'étiez pas en mesure de refuser parce que vous étiez sous l'influence de l'alcool ou de la drogue.
- Vous avez eu des rapports sexuels non désirés parce que vous aviez peur de ce que la personne pourrait vous faire si vous refusiez.
- Vous a forcée à avoir des relations sexuelles alors que vous ne le souhaitiez pas.
- L'avez-vous forcé à se livrer à d'autres pratiques sexuelles que je n'ai pas encore mentionnées ?

comptabilisé dans cette catégorie. Ceci est confirmé par le fait que les fausses couches sont un peu plus fréquentes (n=53) lorsqu'on leur demande si elles ont été causées par d'anciens partenaires.

En raison du nombre de cas, aucune différence significative ne peut être observée en fonction de l'âge ou du pays de naissance des femmes ayant subi une fausse couche due à la violence sexiste. Toutefois, la proportion de cas parmi les nationalités autres que l'espagnole semble plus élevée, de même que les cas parmi les personnes actuellement âgées de 30 à 49 ans. Ces conjectures doivent être considérées comme de simples hypothèses à explorer dans les prochaines éditions.

La grande majorité des cas trouvés ne sont pas récents, 79% (41 cas sur 52) s'étant produits il y a plus de 4 ans. Cela semble renforcer l'idée que les femmes qui ont subi une fausse couche à cause de la violence de leur partenaire intime ne sont plus avec l'agresseur.

En ce qui concerne l'accès aux services de santé pour les épisodes de violence physique ou sexuelle subis avec des partenaires antérieurs en cas de fausse couche, nous avons constaté la situation suivante :

- 19 des personnes interrogées (35,85% du total) ont dû séjourner à l'hôpital,
- le même nombre (35,85% du total) a reçu des soins médicaux de la part de services médicaux, tels que des consultations médicales ou des soins infirmiers, mais n'a pas eu besoin d'être hospitalisé.
- 7 personnes (13,21% du total) déclarent ne pas avoir eu besoin de soins de santé,
- 6 personnes (11,32% du total) ont estimé qu'elles auraient dû le recevoir, mais ne l'ont pas fait.

Les données sur les fausses couches provoquées par d'autres personnes en dehors du couple montrent également peu de cas. Concrètement, 10 cas ont été enregistrés, ce qui empêche une analyse plus détaillée par âge ou par pays de naissance.

Sur la base des données collectées, le nombre total de fausses couches déclarées est de 67, dont 4 cas (environ 5,97%) sont des fausses couches liées à des partenaires

antérieurs. 53 des cas (environ 79,10 %) sont liés au partenaire actuel, tandis que les 10 cas restants proviennent de l'extérieur du couple.

Au total, 222 femmes sur les 9568 interrogées sur les violences sexuelles ont déclaré avoir subi une des agressions pouvant conduire à une grossesse non désirée. Cela représente 2,3%. Là encore, il n'y a pas de différences significatives en fonction de l'âge ou du pays de naissance. L'échantillon est petit.

Lorsqu'on leur a demandé si ces incidents sexuels s'étaient produits avant ou après le 15^e anniversaire de la femme, 35 % (78 cas sur 222) ont déclaré qu'ils s'étaient produits avant et 18 % (40 cas sur 222) ont déclaré qu'ils s'étaient produits à la fois avant et après le 15^e anniversaire de la femme. Au total, 53,1% (118 cas sur 222) des femmes ayant subi l'une de ces violences sexuelles ont déclaré qu'elles s'étaient produites avant l'âge de 15 ans.

Il serait intéressant que les **prochaines éditions de la macro-enquête comprennent des questions sur la violence liée au sexe et sur la** relation entre la violence sexuelle et la violence entre partenaires intimes et la santé sexuelle et reproductive des victimes.

En général, selon le dernier rapport disponible de la **macro-enquête sur la violence faite aux femmes** (2019), le tableau de l'utilisation des soins de santé est inquiétant. 80,6% des femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire actuel et 60,3% de celles ayant subi de telles violences de la part d'un partenaire passé déclarent **ne pas avoir eu recours aux services de santé**, ce qui contribue à l'absence d'enregistrement. Cependant, "cela ne doit pas être interprété comme un manque de gravité des violences subies et de leurs conséquences, car la plupart des relations sexuelles forcées ne produisent pas de blessures physiques" (DGVG, 2019).

4. AEAF : avortement forcé, stérilisation forcée, contraception forcée

4.1. Perspective dès le départ

L'avortement, la stérilisation et la contraception non volontaires, coercitifs ou forcés sont des formes de violence qui représentent une **violation des droits de l'homme des femmes** et une **pratique d'assujettissement et d'annulation de la volonté qui transcende le droit à la maternité**.

Le rapport de la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, *Human rights-based approach to abuse and violence against women in reproductive health services, with a focus on childbirth care and obstetric violence* (OHCHR, 2019) souligne que la stérilisation et l'avortement forcés sont des traitements médicaux **pratiqués dans le monde entier sans consentement éclairé**.

L'étude du rapporteur indique qu'elles sont **pratiquées par des professionnels de santé pour diverses raisons**, par exemple, dans le **soi-disant intérêt supérieur** des femmes ou sur la base de la conviction que certains groupes de femmes appartenant à des groupes minoritaires, tels que les femmes roms/tsiganes, les femmes autochtones, les femmes handicapées ou les femmes vivant avec le VIH, **ne sont pas "dignes" de procréer, sont incapables de prendre des décisions responsables en matière de contraception, ne sont pas aptes à être de "bonnes mères" ou ne souhaitent pas avoir d'enfants** (HCDH, 2019).

L'utilisation **coercitive** des **contraceptifs** se produit pour les mêmes raisons et a des conséquences similaires (Mertus et Heller, 1992 ; Sparrow, 2011 ; Benson, 2014). Si l'accès aux méthodes de planification familiale doit être garanti par les politiques de Santé Publique, il faut également empêcher leur utilisation comme outil de contrôle du corps des femmes. On ne peut donc pas "ignorer le contexte historique des pratiques coercitives liées à la contraception, en particulier celles qui visent les groupes défavorisés".

Ces pratiques **vont de cas extrêmes, manifestes et intentionnels de stérilisation involontaire à des tentatives plus subtiles d'influencer** la prise de décision des femmes en matière de

contraception par le biais d'incitations financières ou d'autres mesures visant à encourager de manière inappropriée le choix d'une méthode spécifique" (Benson, 2014)³⁴.

Ces *interventions médicales ont été* analysées par le Comité de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW) et par les Cours Internationales Régionales des Droits de l'Homme et ont été qualifiées de **formes de violence sexiste faites aux femmes** pouvant causer des dommages physiques et psychologiques et pouvant même constituer une torture ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant.

Les recherches sur le sujet indiquent que **l'AEAF se produit dans le monde entier**, y compris en Amérique du Nord (Stern, 2005 ; Murray, et al., 2019 ; Kluchin, 2017 ; Volscho, 2010) et dans l'Union Européenne (Patel, 2017 ; Stejskalová et Szilvasi, 2016 ; Albert et Szilvasi, 2017). Dans les pays occidentaux, bien qu'elle ne fasse plus partie des programmes publics de masse, la stérilisation forcée est **toujours pratiquée sur des femmes vulnérables** (principalement des femmes handicapées), principalement par la contrainte et le manque d'information, et donc sans le consentement des femmes.

L'AEAF peut se produire par **manque d'information ou de consentement éclairé** ou par le recours à des **menaces ou à la coercition, à la violence psychologique ou à l'agression physique**.

Il n'existe pratiquement pas de données sur la situation de l'AEAF en Espagne, étant donné qu'elle n'a pas encore été consolidée en tant qu'objet de recherche. En fait, il s'agit d'un sujet qui n'a pas reçu la reconnaissance sociale qu'il mérite et qui n'a pas suffisamment de visibilité. En ce sens, il est intéressant de remarquer l'existence de projets de recherche internationaux³⁵ qui nous permettent d'envisager de futures lignes de recherche.

Toutefois, il convient de souligner que ces dernières années, des recherches très intéressantes ont été menées sur la violation du droit à la santé sexuelle et reproductive des **femmes handicapées, dont les résultats nous permettent de tirer des conclusions pour l'ensemble des filles et des femmes**.

Il est important de souligner que les **auteurs de l'AEAF** sont souvent les partenaires masculins des victimes et qu'elle est donc associée à la violence intime fondée sur le genre. Toutefois,

³⁴ L'auteur se réfère principalement aux États-Unis d'Amérique (USA), et en particulier au phénomène de l'implant contraceptif subdermique Northplant et d'autres marques similaires, bien qu'il ait eu un impact mondial parce qu'il s'est produit dans de nombreux pays.

³⁵ Le *Sterilization and Social Justice Lab* aux États-Unis en est un exemple. Il a retrouvé l'histoire de la stérilisation eugénique et dénonce ses conséquences et ses pratiques actuelles.

dans d'autres cas, comme celui des femmes handicapées, ces pratiques sont également perpétrées par des membres de la famille et des institutions de soins. En outre, l'exécution de ces pratiques (en particulier dans le cas des stérilisations) nécessite la participation directe des services médicaux et implique donc des professionnels de santé. Dans le cas des femmes présentant d'autres vulnérabilités, les auteurs peuvent être des personnages plus généraux.

4.2. Avortement forcé

4.2.1. Approche du problème

L'avortement forcé est l'interruption non désirée d'une grossesse par l'utilisation de médicaments spécifiques ou d'une procédure médicale, en fonction de la semaine de gestation. En d'autres termes, l'avortement peut être pharmacologique ou chirurgical.

Dans la loi organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, l'avortement forcé est défini comme une "forme de violence contre les femmes dans la sphère reproductive qui consiste à pratiquer un avortement sur une femme sans son consentement préalable et informé, à l'exception des cas visés à l'article 9.2.b) de la loi 41/2002 du 14 novembre".

Toute femme victime de violence de la part d'un partenaire intime ou d'un ex-partenaire peut être soumise à un avortement forcé, de même que les femmes qui se prostituent ou qui sont victimes de la traite des êtres humains - à des fins d'exploitation sexuelle ou de travail - et les victimes de violences sexuelles en général. Les femmes en situation de vulnérabilité, telles que les femmes handicapées, les femmes souffrantes d'une maladie mentale, les détenues, les femmes séropositives et les adolescentes enceintes, peuvent également faire l'objet d'un avortement forcé.

Le cas des femmes victimes de violence liée au partenaire intime ou à l'ex-partenaire a été examiné au point 3.4, bien que la fausse couche (conséquence d'une agression ou de la violence elle-même) ne soit pas le même phénomène que l'avortement forcé.

En outre, les femmes issues de milieux culturels où la préférence masculine persiste et où les **pratiques de sélection du sexe** prévalent par le biais de l'**avortement sélectif** sont à risque. Une attention particulière sera accordée à cette question étant donné l'invisibilité de ce problème en Espagne.

Quelle que soit la cause de l'interruption forcée d'une grossesse, il est important de considérer que les avortements forcés **peuvent se produire dans des établissements de santé sûrs ou non**.

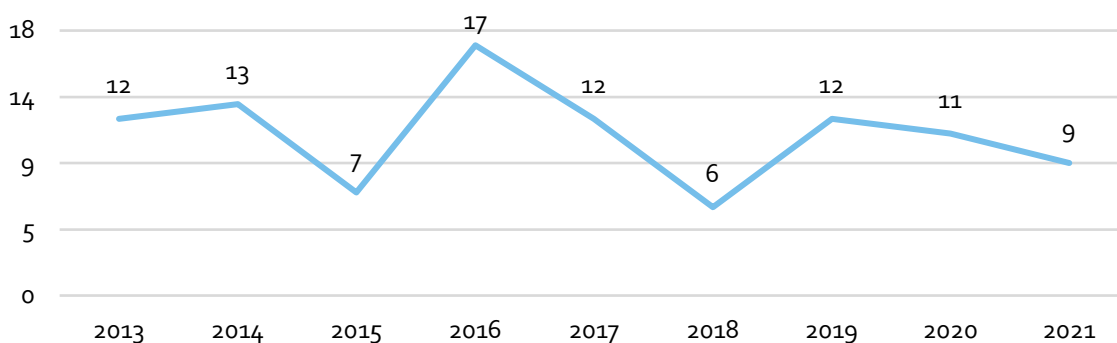
On parle d'**avortement à risque** lorsqu'une grossesse est interrompue par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires, ou dans un environnement qui ne répond pas aux normes médicales minimales, ou les deux (OMS, 2021).

Selon les données de l'OMS, "entre 4,7 % et 13,2 % des décès maternels sont dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses chaque année. Dans les régions développées, on estime à 30 le nombre de décès pour 100 000 avortements pratiqués dans des conditions dangereuses" (2021). Selon les estimations de 2012, 7 millions de femmes dans les pays en développement sont traitées dans des hôpitaux pour des complications causées par un avortement à risque (OMS, 2021). On ne connaît pas l'étendue des données sur les avortements forcés par rapport aux interruptions volontaires de grossesse dans des conditions dangereuses.

Les données disponibles sur la prévalence du problème sont très insuffisantes. Les **statistiques sur l'interruption de grossesse** sont basées sur le caractère volontaire de l'acte (avortement) et les statistiques judiciaires ne sont pas très précises. D'autres enquêtes sur la fécondité, la santé et la violence n'incluent pas l'interruption de grossesse.

Les données relatives au **crime d'avortement forcé** proviennent du ministère de la Justice (Registre central des condamnés). Elles ne sont pas ventilées par sexe et montrent que le phénomène est rare (voir le graphique ci-dessous).

Graphique 1. Statistiques sur les personnes condamnées pour avortement 2013-2021. Unités : infractions



Élaboration propre. Source : INE. Utilisation par l'INE du registre central des personnes condamnées (Ministère de la Justice).

En général, le nombre de **condamnations** pour avortement est insignifiant et il n'est pas possible d'approfondir le phénomène. En 2021, il n'y a eu qu'une seule condamnation à une peine de prison (voir tableau ci-dessous).

Tableau 2. Avortement (délit) : peines d'emprisonnement par durée de la peine (2012-2021). Unités: Peines/ condamnés

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
De 0 à 2 ans	1	4	1	3	7	3	0	4	4
Sur 2 à 5 ans	0	0	3	0	1	0	0	0	0
Plus de 5 ans	0	2	1	1	1	2	3	1	2

Source : INE, 2023 (à partir du registre central des condamnés du Ministère de la Justice)

En ce qui concerne les interruptions de grossesse, **les raisons de l'avortement sont diverses**, parfois très complexes. En Espagne, elles sont encadrées par le droit à la libre interruption de grossesse dans un système de délais.

A l'heure actuelle, il est impossible de savoir si elles sont causées par la VR (par une sélection sexuelle biaisée, par une autre cause de coercition dans un contexte de violence masculine) ; en tout état de cause, **l'interdiction de l'avortement est considérée comme inefficace et contre-productive.**

Le système national de santé prévoit une procédure d'information pour les femmes enceintes afin qu'elles puissent prendre des décisions en connaissance de cause, mais il **n'existe pas de protocole spécifique pour la détection de la violence reproductive** (le protocole pour la violence de genre - dans la sphère du partenaire/ex-partenaire - est appliqué en fonction de la sensibilisation et de la formation du professionnel de la santé).

Les données relatives aux avortements pratiqués en Espagne sont contrôlées par la Direction Générale de la Santé Publique du Ministère de la Santé. Il s'agit d'un système de surveillance épidémiologique dans lequel chaque avortement pratiqué est enregistré par le personnel médical chargé de notifier à l'autorité sanitaire de la communauté autonome où l'intervention a lieu, qui à son tour saisit les données dans

l'application correspondante³⁶. Les informations relatives à la femme enceinte et au centre où l'avortement est pratiqué sont considérées comme confidentielles et leur utilisation statistique est limitée.

En Espagne, l'avortement est principalement pratiqué **dans des établissements privés**. Les **motifs** enregistrés restent constants dans le temps (2012-2021) et sont (pour la dernière année disponible, 2021) les suivants : à la demande de la femme 90,98 %, risque grave pour la vie ou la santé de la femme enceinte 5,58 %, risque d'anomalies graves du fœtus 3,12 %, anomalies du fœtus incompatibles avec la vie ou maladie extrêmement grave et incurable 0,29 % et raisons diverses 0,03 %. L'avortement peut survenir tout au long de la vie fertile de la femme, bien que le plus grand nombre d'avortements se produise entre 20 et 34 ans, où se concentrent 62,8 % des avortements (Ministère de la Santé, 2021).

En 2021, 67,15% des avortements pratiqués l'ont été sur des femmes de **nationalité espagnole**. 74,15 % étaient de nationalité européenne (y compris espagnole). Les données relatives aux avortements pratiqués sur d'autres femmes résidentes indiquent que 5,03 % sont originaires d'Afrique, 18,4 % d'Amérique Centrale, des Caraïbes ou d'Amérique du Sud, et 2 % d'un pays asiatique.

Selon les données de l'annuaire du Ministère de la Santé (2021), **72,4 % des avortements ont été pratiqués à 8 semaines ou moins de gestation** et dans des centres de santé privés en milieu extrahospitalier (près de 8 sur 10). Ces avortements **peuvent difficilement être assimilés à des avortements** sélectifs en tant que pratique de sélection du sexe, puisqu'il n'est pas possible de connaître le sexe du fœtus. Plus de 89 % des avortements pharmacologiques déclarés en 2020 ont été pratiqués au cours des 8 premières semaines de gestation, dont 70,62 % dans des centres de santé extrahospitaliers (Direction Générale de la Santé Publique, 2022).

En général, les **tests de dépistage multiple** (analyses de sang de la femme enceinte combinées à une échographie), qui permettent de déterminer le sexe du fœtus, sont effectués à partir de la dixième semaine de gestation. Ils sont donc généralement effectués **à la fin du premier trimestre de grossesse et au début du deuxième trimestre**. Par conséquent, pour procéder à un avortement sélectif, il serait plus approprié - dans tous les cas - de parler d'éventuels avortements pratiqués entre neuf et quatorze semaines de gestation (ou plus). En Espagne, ces

³⁶ Voir la procédure en détail dans la méthodologie des données statistiques du Ministère de la Santé sur la promotion et la prévention (accès).

avortements représentent 22,4 % des avortements pratiqués (année 2021). 5,1 % des avortements sont pratiqués à 15 semaines et plus.

Il n'y a pas de relation entre la méthode d'interruption de grossesse et l'avortement sélectif ou forcé. Dans l'ensemble de l'Espagne, 62,3 % des avortements étaient chirurgicaux, 36,9 % étaient pharmacologiques et, pour le reste (0,8 %), aucune information n'est recueillie ou une autre méthode a été utilisée (Direction Générale de la Santé Publique, 2022).

4.2.2. L'avortement sélectif en tant que pratique de sélection du sexe

Les pratiques culturelles néfastes qui imposent une préférence pour la naissance de garçons plutôt que de filles favorisent les **avortements forcés** lorsque l'analyse prénatale du sexe (par échographie ou autres tests de dépistage prénataux) détecte un fœtus "féminin" (XX chromosomes dans la 23e paire).

Si, dans le contexte du présent diagnostic, cette pratique est considérée comme relevant de l'avortement forcé, en réalité, la sélection du sexe peut avoir lieu avant la grossesse (avec tri des spermatozoïdes pour la fécondation in vitro) ou après la naissance (infanticide ou négligence à l'égard de l'enfant). Cette dernière pratique est attestée par la surmortalité des filles et/ou l'abandon persistant des filles.

Le Parlement Européen, dans sa résolution sur le Gendercide (2016), considère cette pratique comme un **crime et une violation des droits de l'homme** qui contribue à la violence à faite aux femmes et peut être considérée comme telle en vertu de la Convention d'Istanbul.

4.2.2.1. Description du phénomène

L'UNFPA (2020) estime qu'environ 140 millions de femmes sont "manquantes" dans le monde, en raison de la préférence pour les fils. Les naissances de femmes qui ne se produisent pas s'élèvent à près de **1,2 million par an** dans le monde.

Selon les données de la Banque Mondiale (Anukriti et al., 2021), le nombre annuel d'avortements sélectifs est passé de presque zéro à la fin des années 1970 à 1,6 million par an entre 2005 et 2010 dans le monde entier (cité dans Bongaarts et Guilmoto 2015). Bien que l'Inde et la Chine représentent la majorité des avortements sélectifs, des taux de natalité sélectifs ont été documentés dans un grand nombre de pays, y compris des

populations asiatiques aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Grèce **et en Espagne**.

Les données sur l'**indice de masculinité à la naissance** permettent une approximation quantitative du problème³⁷.

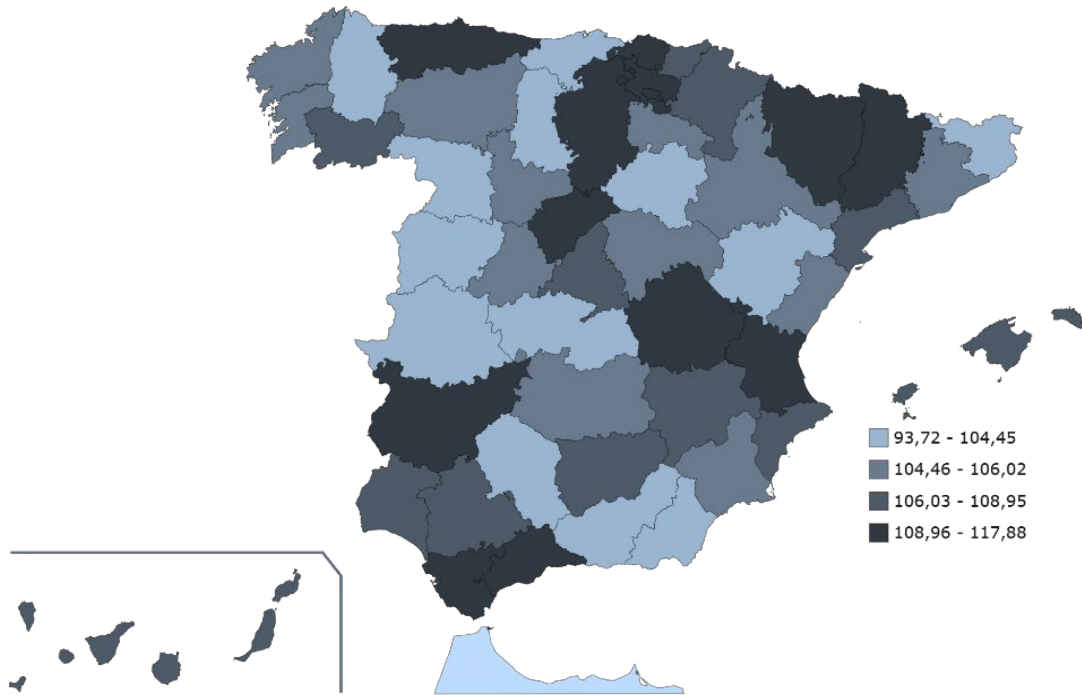
En tant que constante de la population, la proportion approximative de bébés nés/assignés "garçons" se situe entre 102 et 106 bébés pour 100 bébés nés/assignés "filles". Par conséquent, lorsqu'il y a une asymétrie marquée, on considère qu'il s'agit d'un signe de sélection sexuelle. Les pays et territoires présentant de tels déséquilibres sont les suivants (UNFPA, 2020 ; pour les données de 2017) :

- Chine 114,3
- Inde 109,8
- Népal 107,3
- République de Corée 105,6
- Singapour 106,5
- Vietnam 112,2
- Arménie 111,7
- Azerbaïdjan 113,4
- Géorgie 106,5
- Albanie 108,3
- Monténégro 107,2

En Espagne, il n'y a pas de données sur cette question. Potentiellement, étant donné la persistance de cette pratique néfaste dans certains pays, elle **pourrait affecter les femmes d'ascendance ou de certaines communautés de la diaspora** qui défendent de telles valeurs, comme c'est le cas dans d'autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord (UNFPA, 2020).

³⁷ Le décès précoce des filles dans la petite enfance est également un indicateur utilisé.

Illustration 3. Taux de natalité masculine par province (année 2021). Unités : nombre d'hommes pour 100 femmes (%).



Source : Institut National des Statistiques, 2023

Dans notre pays, **le ratio masculin à la naissance** (voir graphique ci-dessus) indique, pour le total national de l'année 2021, un pourcentage de 106,7 garçons nés/assignés pour 100 filles (INE, 2023). En d'autres termes, un chiffre conforme à la normalité de la population. Cependant, certaines provinces sont très asymétriques.

Quant aux provinces qui dépassent ce seuil, il s'agit des dix suivantes :

- Ceuta 117,88
- Cuenca 114,52
- Badajoz 110,88
- Valence/Valencia 110,42
- Burgos 110,02
- Cadix 109,95
- Ségovie 109,31
- Malaga 109,29
- Araba/Álava 109,28
- Asturies 109,23
- Huesca 109,18
- Biscaye 109,06
- Huelva 108,95
- Balears, Illes 108,50
- Santa Cruz de Tenerife 108,36
- Albacete 108,05
- Séville 107,49
- Madrid 107,41

- Lleida 109,24

- Alicante/Alacant 107,05

Dans une analyse de notre pays, comparée à celle précédemment réalisée pour l'Italie, des chercheurs de l'Université de Modène - Braglia et Nicolini (2018) - se sont intéressés à l'évolution de l'indice de masculinité à la naissance et à sa possible relation avec l'infanticide sélectif. En **l'absence d'une explication convaincante de l'augmentation observée ces dernières années**, les deux auteurs considèrent que les progrès récents en matière de détermination du sexe du fœtus **peuvent être liés à des avortements sélectifs de fœtus féminins**, mais ils avancent également d'autres hypothèses explicatives :

- Le sexe de l'enfant pourrait être choisi au moment de la conception, par exemple au moyen de la sélection du sexe dans le cadre de la fécondation in vitro. Toutefois, ces méthodes ne sont pas autorisées en Espagne pour des raisons non médicales.
- Il y a eu un avortement volontaire sélectif, une fois qu'il a été possible de déterminer le sexe de l'enfant.
- Si les mères enceintes de filles prennent moins soin d'elles-mêmes, les filles risquent d'être plus souvent victimes d'une mort fœtale tardive.
- Malgré un nombre similaire de garçons et de filles à la naissance, les filles auraient une probabilité plus élevée de ne pas être officiellement enregistrées, ou même d'être enregistrées comme des garçons.
- Les familles migrantes enceintes de filles seraient plus susceptibles de quitter l'Espagne avant l'accouchement, par exemple en retournant dans leur pays d'origine.

Quelle que soit la manière dont l'équilibre attendu est manipulé, il est admis que la sélection prénatale du sexe est une **manifestation supplémentaire du statut inférieur des femmes et des filles dans la société**.

Certaines diasporas d'Asie (principalement, mais pas seulement, d'Inde) présentes en Espagne et, au sein de celles-ci, certains groupes ethnoreligieux, pratiquent cette pratique :

"(...) ils suivent les grossesses très tôt (...), dans de nombreux cas ils pratiquent des avortements sélectifs, mais pas seulement lorsque le bébé est une fille, mais aussi lorsque la famille a déjà deux enfants [mâles] (...) il y a un modèle idéal qui a été promu par le gouvernement indien dans les années 1970 environ, qui est le modèle de la famille parfaite : un père, une mère, un fils et

une fille. Ce modèle a donc été très influent, (...) il y a eu beaucoup de pression pour que ce soit le modèle familial idéal, (...) Bien sûr, comment y parvenir, oui, parfois c'est naturel, mais d'autres fois c'est par le biais de processus d'avortement sélectif. Bien sûr, dans certains cas, elles sont poussées par leur mari, mais dans d'autres cas, la pression sociale qu'elles ressentent est si forte que, parfois, les maris ne découvrent même pas la grossesse" (entretien avec un expert).

4.2.2.2. Causes et conséquences

L'avortement sélectif en fonction du sexe est une forme de VFF qui se produit dans des contextes où la structure sociale de genre attribue à la population masculine une **position sociale plus valorisée au détriment des filles**, qui sont considérées comme un fardeau, voire un malheur. Comme le note le *rapport sur l'état de la population mondiale 2020*, " elle peut être considérée comme un obstacle, un fardeau, une entrave qui compromet l'avenir de la famille " (UNFPA, 2020 : 42)³⁸ . Elle se produit principalement dans les sociétés patrilineaires et patrilocales où les filles et les femmes sont dépendantes des hommes.

Dans ce contexte, **les femmes sont contraintes d'avorter**, car le fait de ne pas fournir un partenaire masculin à la famille de son mari peut compromettre son statut social, politique et économique (à la fois celui de la famille et le sien). Cela peut signifier l'exclusion, la marginalisation, le divorce ou la répudiation du groupe familial (à la fois celui du mari et le sien), ainsi que des violences physiques si elle refuse l'avortement. C'est pour ces raisons, la peur et la coercition sociale, que l'avortement peut être planifié ou recherché par la femme enceinte elle-même.

La préférence pour les fils n'implique pas nécessairement une sélection sexiste. Une telle préférence ne constitue pas une violation des droits de l'homme, "cependant, (...) elle s'inscrit dans un réseau de relations sociales qui reflètent, génèrent et reproduisent les stéréotypes de genre. Ce qui constitue une violation des droits de l'homme, c'est la perpétuation des stéréotypes, en particulier ceux qui dictent que le masculin est supérieur au féminin et qui entraînent la subordination des femmes aux hommes et des filles aux garçons" (UNFPA, 2020 : 45).

Comme l'explique la recherche, cette préférence **est courante dans les pays** d'Asie de l'Est, d'Asie du Sud, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. "Les garçons sont préférés parce qu'ils

³⁸ Le rapport souligne qu'"elle peut mourir des suites de cette négligence ou d'actes plus délibérés, qui reviennent tous à une sélection postnatale du sexe" (UNFPA, 2020:42), et que "le taux de mortalité des filles est plus élevé que celui des garçons, ce qui suggère que les soins qu'elles reçoivent sont influencés par la discrimination" (Ibid., p. 45).

ont une plus grande capacité de gain (en particulier dans les économies agraires), qu'ils perpétuent la lignée familiale et qu'ils ont tendance à prendre la responsabilité de s'occuper des parents en cas de maladie ou de vieillesse. La préférence pour les fils s'explique également par des raisons locales spécifiques : en Inde, les dépenses liées à la dot ; en Corée du Sud et en Chine, les valeurs confucéennes profondément enracinées et les systèmes familiaux patriarcaux" (Hesketh et Xing, 2011:1374)³⁹ . Le déni des droits des femmes en matière d'héritage et de propriété foncière est un facteur déterminant de la préférence masculine.

Dans certains cas, le nombre et le sexe des enfants précédents peuvent jouer un rôle. Ainsi, les couples peuvent ne pas choisir le sexe du premier enfant, "puis recourir à des avortements sélectifs en fonction du sexe s'ils ont eu une fille en premier" (UNFPA, 2020 : 52). Les politiques limitant le nombre d'enfants et la taille des familles (plus petites) sont également déterminantes. Le FNUAP signale qu'actuellement "environ un quart des parents ayant deux filles peuvent avoir recours à la sélection du sexe pour éviter d'avoir une troisième fille"⁴⁰ .

Les conséquences sociales de cette asymétrie démographique sont nombreuses et graves (Hesketh et Xing, 2006 ; Das Gupta, et al., 2003 ; UNFPA, 2020) ; elles encouragent notamment la prostitution et la traite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle et les mariages forcés, et augmentent les mariages d'enfants de sexe féminin (Tucker, et al., 2005 ; Dandona, et al., 2006 ; UNDOC, 2020).

Le Conseil de l'Europe dénonce également les conséquences néfastes de ce phénomène, notamment les déséquilibres démographiques, l'augmentation de la criminalité et des troubles sociaux, ainsi que le risque accru de violations des droits de l'homme, telles que la traite à des fins de mariage ou d'exploitation sexuelle (Assemblée Parlementaire de la CE, 2010).

Dans certains pays, la sélection du sexe a été interdite et, dans une moindre mesure, le problème sous-jacent de la préférence patriarcale pour les fils a été abordé. En Chine, en Inde et en Corée du Sud, des lois **interdisant la détermination du sexe du fœtus et l'avortement sélectif** existent, bien qu'avec une force très inégale (Hesketh et Xing, 2011). De même, d'autres pays, comme la République de Corée et le Viêt Nam, ont interdit la divulgation du sexe du fœtus avant la naissance dans les établissements

³⁹ Traduction propre de l'original en anglais.

⁴⁰ Information consultée le 04/07/2023 sur le site de l'UNFA : SWOP Report 2020 | United Nations Population Fund (unfpa.org) à partir du rapport "State of World Population 2020. Contre ma volonté. Remettre en question les pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles et font obstacle à l'égalité" (UNFPA, 2020).

publics. Des efforts ont également été déployés pour sensibiliser **la population par le biais de** campagnes sur l'égalité des sexes et les avantages d'avoir des filles, bien que le changement culturel soit lent et que les politiques publiques doivent être intensifiées.

Bien qu'il existe des lois interdisant l'avortement comme mesure de sélection du sexe, dans de nombreux cas, elles peuvent être contournées par des procédures clandestines, ce qui met à nouveau la santé des femmes en danger. En fin de compte, la préférence pour un enfant de sexe masculin **affecte la vie sexuelle et reproductive des femmes** et a des répercussions sur leur santé et leur survie.

En général, c'est **l'amélioration du statut juridique et social des femmes qui a** le plus d'influence sur le changement des valeurs et des comportements de la population.

Dans l'ensemble, les lois et les politiques visant à mettre fin à l'avortement sélectif en fonction du sexe n'ont pas été efficaces. Dans le cas des interdictions d'avortement, "celles-ci sont souvent inefficaces et violent également les droits reproductifs, tels que l'accès à un avortement sûr" (UNFPA, 2020 : 60). L'ONU note donc que la solution réside probablement dans "l'évolution des normes sociales" (2020:57).

La déclaration inter-institutions des Nations Unies de 2011 (HCDH, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes et OMS), intitulée "*Prévenir la sélection du sexe en fonction du sexe*", considère qu'"ils devraient être poursuivis dans le cadre d'approches qui s'éloignent de la condamnation et de la coercition, encouragent un changement de comportement positif et aident les femmes et les filles sans compromettre leurs droits reproductifs" (FNUAP, 2020, p. 62).

4.3. Stérilisation forcée ou coercitive

La stérilisation forcée nécessite une intervention chirurgicale (ligature des trompes, ablation des trompes de Fallope, etc.). Il s'agit d'une forme de violence particulièrement préoccupante en raison de son impact sur la santé et de son irréversibilité.

La Loi Organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse donne la définition suivante : "Une forme de violence à l'égard des femmes dans la sphère reproductive qui consiste en la pratique d'une intervention chirurgicale ayant pour but ou pour résultat de mettre fin à la capacité d'une femme à se reproduire naturellement sans qu'elle ait préalablement donné son consentement éclairé ou qu'elle ait compris la procédure ».

Sa pratique affecte surtout les femmes handicapées et les femmes souffrant de maladies mentales. Elle est donc **directement liée aux croyances eugéniques et à l'existence de comportements et d'attitudes discriminatoires, habilitants et racistes.**

La première fois que cette pratique de masse a été examinée publiquement, c'était lors du procès de Nuremberg (1945-1946) après la Seconde Guerre mondiale, en relation avec le traitement de nombreuses femmes et de nombreux hommes dans le cadre de programmes de stérilisation promouvant la politique eugénique nazie, mais cela s'était déjà produit auparavant.

Pour les femmes handicapées, le [contrôle des menstruations](#) est l'un des mauvais prétexte pour recourir à la stérilisation.

En effet, les règles sont un sujet important dans la sphère reproductive, une question qui dépasse le cadre de cette recherche, mais qui doit être souligné. Comme le souligne l'UNFPA, les **stigmates sociaux et culturels liés aux règles sont source de discrimination et de violence à l'égard des femmes** (2022c). Il s'agit notamment de l'exclusion de la vie publique, des obstacles aux opportunités et des obstacles à l'assainissement et à la santé.

Les règles chez les filles sont interprétées (à tort) comme un signe de maturité et **implique une plus grande vulnérabilité aux violences sexuelles**, aux mariages d'enfants et aux mariages forcés.

En outre, les **personnes ayant une identité de genre non binaire**, comme les hommes transgenres, "sont souvent confrontées à des obstacles supplémentaires pour obtenir des informations ou des fournitures permettant de gérer les règles en toute sécurité, y compris des menaces potentielles pour leur sécurité et leur bien-être" (UNFPA, 2022c).

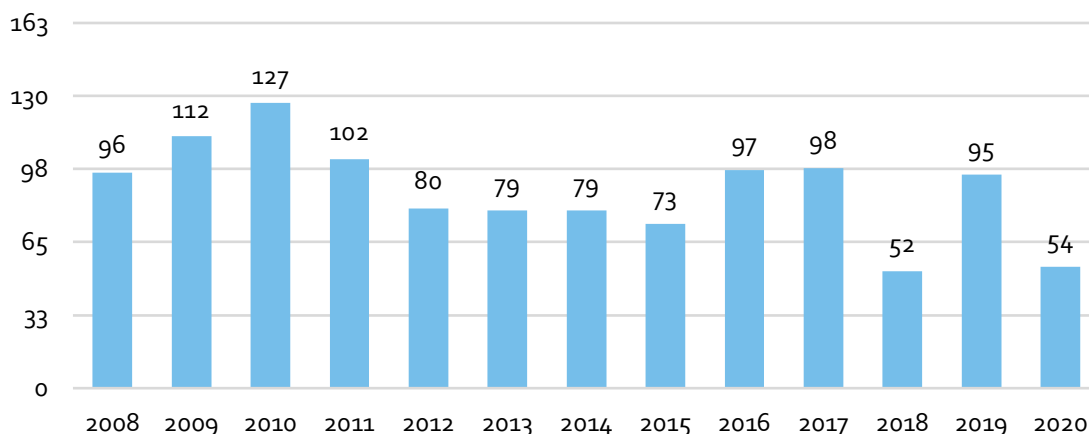
En outre, il a été noté que la violence économique entraîne la pauvreté menstruelle, entre autres préjudices (Bartolomé Esteban, et al., 2023).

Malgré l'**interdiction légale de la stérilisation forcée** dans certains pays, elle continue de se produire, bien qu'elle ait été reconnue comme une **violation des droits de l'homme** par le Conseil des Droits de l'Homme des Nations Unies et le Comité Contre la Torture, et malgré les lignes directrices publiées par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, où elle est définie comme un "acte de violence" (CDPH, 2014).

Comme pour le reste des femmes victimes de la VR, **nous ne disposons pas de données suffisantes** sur les stérilisations forcées. Selon les données fournies par le Conseil Général du

Pouvoir Judiciaire (CGPJ) au média Newtral.es (2021), entre 2008 et 2020, 1 144 décisions de stérilisation forcée ont été enregistrées en Espagne.

Graphique 2. Processus de stérilisation des personnes handicapées en Espagne (2008-2020).



Source : Newtral.es (2021) sur la base des données de la CGPJ.

Concernant l'ensemble des femmes en Espagne, l'enquête nationale sur la fécondité (édition 2018) indiquait que, sur les 55% de femmes utilisant une méthode contraceptive, **9,2% avaient eu recours à la stérilisation par ligature des trompes** (INE, 2019).

La plupart des femmes qui ont utilisé cette méthode sont âgées de 40 ans ou plus (83,4 %), de sorte que l'on peut supposer que leur désir de descendance a été satisfait ou partiellement satisfait. Mais il s'agit là d'une spéculation, puisqu'il **n'y a aucun moyen de prendre en compte la contrainte dans le choix de la méthode**. 0,5% des ligatures ont été rapportées par des femmes de moins de 30 ans et 16% par des femmes de 30 à 39 ans. C'est dans ces deux groupes d'âge que la surveillance épidémiologique devrait être la plus importante.

En ce qui concerne les **femmes handicapées**, il existe une longue histoire sociale et même juridique de **stérilisation forcée** (CDPH, 2014). En Espagne, des organisations telles que la Fondation des femmes CERMI (FCM, 2018) ont dénoncé ces situations dans le *rapport 2017 sur les droits de l'homme* et la monographie *Mettre fin à la stérilisation forcée des femmes et des filles handicapées*.

L'étude sur la *violence sexuelle faite aux femmes handicapées mentales* (Castellanos-Torres, 2020b) a mis en évidence le **manque de connaissances** des victimes elles-mêmes concernant leur propre stérilisation. L'étude a montré que les femmes n'avaient pas d'explication correcte

sur la façon dont la grossesse se produit ou sur la façon de l'éviter, et que celles qui avaient un peu participé à la contraception n'en comprenaient pas vraiment les implications. Et ce, malgré les recherches qui ont montré qu'avec des soins et un soutien approprié, les femmes ayant une déficience intellectuelle peuvent éviter les grossesses non désirées sans avoir recours à la stérilisation (Meera Roy, 2010 ; Castellanos-Torres, 2020 ; 2023), qui a de nombreux effets négatifs (voir 4.5. Conséquences de l'AEAF).

4.4. Contraception forcée

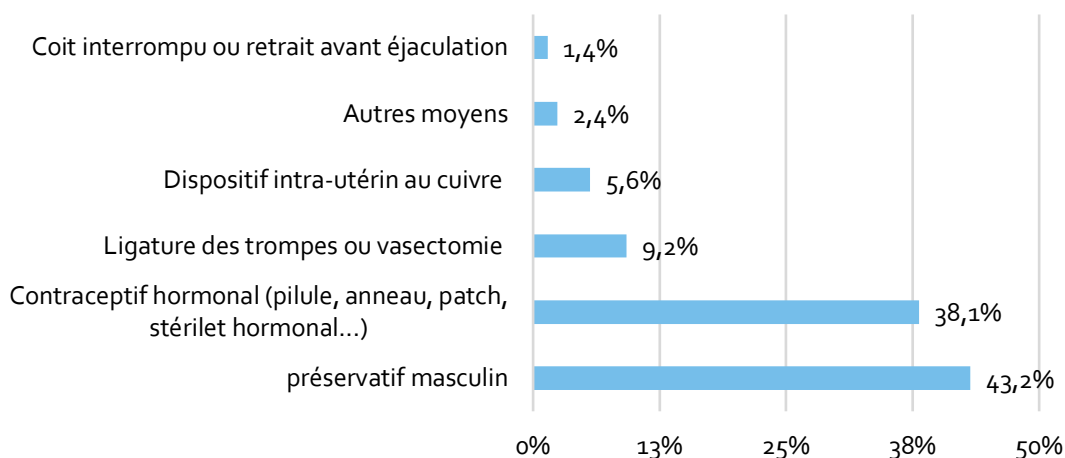
La contraception forcée implique une procédure temporaire de contrôle des règles ou des naissances pour empêcher une grossesse ou pour contrôler la fréquence et le flux des celles-ci ; par exemple, l'utilisation de dispositifs intra-utérins, de stérilets, d'implants sous-cutanés ou d'autres contraceptifs oraux ou injectés.

Dans la section définition de la loi organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, la contraception forcée est définie comme une "forme de violence contre les femmes dans la sphère reproductive qui consiste en une intervention médicale par n'importe quel moyen, y compris médicamenteux, qui a des conséquences similaires à la stérilisation forcée".

Les méthodes contraceptives ont différents effets secondaires et ne conviennent pas à toutes les femmes. Elles ne sont donc pas nécessairement sûres à 100 % et ont des **conséquences sur la santé physique et psychologique** des femmes, qu'elles doivent évaluer à partir de leur autonomie en matière de reproduction. Ce sont des méthodes réversibles en ce sens qu'elles peuvent être retirées et que la victime, une fois libérée de la violence, peut interrompre leur utilisation.

Aucune donnée statistique ne permet de différencier les **motivations de l'utilisation de la contraception, ni de savoir s'il existe des indices de coercition à cet égard**. En Espagne, l'enquête nationale sur la fécondité (2018) mentionnée plus haut ne permet d'évaluer que la présence de différentes méthodes contraceptives (voir le graphique ci-dessous).

Graphique 3. Femmes utilisant une méthode contraceptive : pourcentage par type (année 2018)



Source : INE, 2019. Enquête nationale sur la fécondité.

Les femmes **utilisent des contraceptifs différents selon leur groupe d'âge** (voir tableau ci-dessous). Parmi celles-ci, 43,2% ont fait référence dans l'enquête aux préservatifs et 38,1% à un type de contraceptif hormonal. Plusieurs contraceptifs nécessitent l'intervention d'un professionnel de la santé, notamment le stérilet (utilisé par 5,6% des femmes) et la ligature des trompes (9,2%).

Tableau 3. Femmes utilisant une méthode contraceptive : pourcentage par type et par groupe d'âge (2018)

Méthode	Total	Groupe d'âge				
		< 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	50 ans et plus	Total
Contraception hormonale	38,1	40,2	30,0	24,4	5,3	100
DIU en cuivre	5,6	10,9	30,9	45,6	12,6	100
Préservatif ou préservatif masculin	43,2	29,1	30,7	31,8	8,4	100
Ligature des trompes	9,2	0,5	16,0	55,4	28,0	100
Autres méthodes	3,9	20,4	34,1	36,7	8,8	100
Total	100					

Source : INE, 2019. Enquête nationale sur la fécondité.

Il a été souligné que l'enquête sur la fécondité de la Direction Générale des Statistiques Démographiques "doit améliorer sa sensibilité au genre, inclure la diversité des facteurs biologiques, socio-économiques et structurels qui conditionnent la fécondité, et approfondir les éléments différentiels qui génèrent des inégalités et des biais de genre" (Pérez-Corral et Danet-Danet, 2022). Cela s'ajoute la nécessité d'évaluer les aspects coercitifs et la violence reproductive afin d'améliorer la disponibilité future des données.

4.5. Conséquences de l'AEAF

Le comité CEDAW, dans sa recommandation générale n° 21 sur l'*égalité dans le mariage et les rapports familiaux*, a averti en 1994 que les pratiques coercitives qui se traduisent par des grossesses, des avortements ou des stérilisations forcés **ont de graves conséquences pour les femmes**. En ce sens, la violence reproductive a un impact évident sur la vie des femmes en raison des risques sanitaires importants qu'elle pose.

En ce qui concerne le **lien entre la violence sexuelle et la violence reproductive**, on considère que les conséquences les plus graves et les plus durables se produisent dans la sphère psychologique, avec des perturbations émotionnelles et des troubles psychologiques pour les filles et les femmes qui ont survécu.

La violence sexuelle peut entraîner des infections sexuellement transmissibles, allant de la candidose, de la gonorrhée, de la syphilis, de l'herpès au VIH ou à l'hépatite (IST). En outre, les blessures physiques peuvent entraîner des problèmes gynécologiques (irritations, fibromes, infections, saignements, douleurs vaginales, etc.), ainsi que d'autres problèmes de reproduction tels que grossesse non désirée, fausse couche, avortement à risque, saignements, lacérations cervicales, lésions intra-abdominales, perforations utérines, infections, altération de la santé reproductive (infertilité), complications pendant la grossesse et l'accouchement, voire la mort (Kefauver, 2021). Comme le souligne la Fondation SEXPOL, il peut également s'agir de dysfonctionnements du désir sexuel tels que le trouble du désir, l'aversion pour le sexe et le vaginisme, entre autres.

En ce qui concerne les conséquences spécifiques de la violence reproductive, les questions suivantes doivent être prises en considération. Il convient de noter que dans la section sur l'avortement forcé, les questions relatives à l'**avortement sélectif** en tant que pratique de sélection du sexe en tant que RL ont déjà été spécifiquement notées.

Selon la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), la **fausse couche est un** événement traumatisant qui peut causer de la douleur, de l'anxiété, de la dépression et même des symptômes de stress post-traumatique (SSPT).

En outre, la réalisation d'un avortement nécessite des **soins** post-interventionnels essentiels pour les femmes. L'absence de ces soins peut gravement affecter la santé mentale et physique des victimes.

Comme indiqué plus haut, si les avortements forcés sont pratiqués **dans des conditions dangereuses**, ils présentent de nombreux risques, les plus courants étant un avortement incomplet, une hémorragie grave, une infection, une perforation de l'utérus, une péritonite et des lésions du vagin et de l'utérus (OMS, 2021). Cela peut affecter les grossesses futures, entraîner la stérilité et, en fin de compte, conduire au décès de la femme.

Outre l'**impossibilité de se reproduire**, la stérilisation peut entraîner l'**apparition précoce de la ménopause, de l'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires**, surtout si elle est pratiquée avant que la jeune fille n'ait eu ses règles ou pendant la puberté.

En plus de ce qui précède, on considère que la stérilisation forcée peut **accroître la vulnérabilité** des filles, des adolescentes ou des jeunes femmes handicapées aux **agressions sexuelles et aux viols** (Fondation Cermi Mujeres 2018 ; Peláez et al. 2009). Le même risque existe pour les autres femmes qui présentent d'autres vulnérabilités.

Cette violence reproductive a d'autres conséquences spécifiques sur la santé mentale et physique des femmes, ainsi que sur leur environnement social.

En ce sens, il a été souligné qu'elle a des **conséquences invalidantes** telles que : d'autres blessures physiques, des reculs ou des difficultés de développement, des altérations et des troubles du sommeil, de l'alimentation ou du contrôle sphinctérien, des infections sexuellement transmissibles ou le développement d'un handicap psychosocial, y compris des maux tels que l'insécurité, la méfiance, les problèmes d'inhibition et les peurs, l'isolement, l'automutilation, l'agression, les conflits avec la famille et les amis, l'abus de substances, les troubles de l'humeur, l'anxiété ou le stress post-traumatique (Fondation Cermi pour les femmes, 2018).

Par exemple, la macro-étude sur les conséquences subies par les femmes rurales et indigènes victimes de stérilisations forcées au Pérou (IAMAMC, 2016) a révélé des **conséquences sur l'autonomie sexuelle et reproductive de ces femmes, ainsi que sur leur autonomie physique et économique**. Des conséquences négatives sur le bien-être émotionnel (dépression, rupture des relations affectif-sexuelles, abandon, perte d'estime de soi, affaiblissement physique et mental) et des dommages à leur environnement familial (tristesse, appauvrissement, abandon, migration, manque de protection, solitude, impuissance, perte de liens affectifs, suicides) sont indiqués.

Les résultats de la recherche sur les femmes handicapées victimes de viols soulignent que la stérilisation involontaire, coercitive et/ou forcée **ne doit pas être analysée uniquement sous l'angle de la maternité**. Cela réduirait la violation d'un droit de l'homme à un stéréotype, à savoir que les femmes sont des instruments de reproduction.

Des auteurs comme María Laura Serra (2016) soulignent que cette situation doit être analysée et discutée, car il est nécessaire de différencier les raisons pour lesquelles ces pratiques ont été développées sur les filles et les femmes. Dans ce cas, ce **qui est détruit, c'est la volonté présente ou future, la possibilité de prendre des décisions concernant leur plan de vie et l'objectivation du corps**, pour parvenir à une soumission totale.

Il s'agit donc d'une intrusion dans son corps, d'une violation de ses droits humains, notamment de son intégrité physique, de l'égalité de reconnaissance en tant que personne devant la loi, du droit à la santé, du droit à l'information, du droit à la vie privée, du droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, du droit de fonder une famille, du droit de ne pas être discriminé et du droit à l'autodétermination sur son propre corps (Serra, 2016).

Enfin, une autre conséquence très répandue chez les victimes de toute forme de violence reproductive est le **silence et l'absence de recours**.

En ce sens, les femmes dont les droits reproductifs ont été violés **sont invisibilisées et n'ont pas un accès garanti aux rapports pour diverses** raisons (Open Society Foundations, 2011), entre autres :

- **Les victimes ignorent leur situation et/ou leurs droits.** Elles ignorent les actions qu'elles peuvent mener contre les instigateurs et les professionnels de santé qui ont participé au processus. Dans le cas de la stérilisation, "il peut s'écouler des années avant qu'une femme se rende compte qu'elle a été stérilisée s'il n'y a pas eu de formulaire de consentement ou si on lui a demandé de le signer sans pouvoir le lire ou si la procédure ne lui a pas été expliquée" (OSF, 2011:7).
- Les victimes **ne disposent pas d'un recours juridique efficace pour obtenir** réparation ou indemnisation. Dans le cas de la stérilisation, il est souligné que, même si elle est illégale comme en Espagne, si "les femmes n'ont pas le sentiment que leur gouvernement répondra aux plaintes de stérilisation involontaire, elles risquent de ne pas chercher à obtenir justice" (Ibid.).
- Les victimes **ont honte et craignent la stigmatisation sociale.** Certaines femmes "souhaitent garder leur situation secrète. Elles souhaitent éviter la stigmatisation sociale et les conséquences émotionnelles (Ibid.).

5. AEAF : les femmes victimes et leurs besoins

Si la violence reproductive peut toucher n'importe quelle femme tout au long de sa vie, **certains groupes spécifiques sont plus touchés par les AEAF.**

Les femmes qui subissent des violences de la part de leur partenaire intime, les femmes démunies et les femmes en situation d'exploitation sexuelle sont **fréquemment victimes de violences reproductifs** (UNFPA 2018, 2021, 2022 ; GREVIO, 2020).

De même, les femmes autochtones et les femmes issues de minorités ethniques (en particulier les Roms) ont historiquement souffert des mêmes pratiques. Les femmes en prison et les femmes vivant avec le VIH sont également des **groupes plus vulnérables.**

Toutefois, ce sont les **femmes handicapées** qui représentent le groupe le plus touché par la VR, car elles se trouvent dans une situation de plus grande vulnérabilité, en particulier les femmes souffrant de handicaps intellectuels ou de développement (DI/TDI) et les femmes atteintes de maladies mentales.

Il est important de noter que, bien qu'elles ne soient pas abordées dans cette recherche, les personnes **transgenres sont** affectées par la pratique de la stérilisation forcée et constituent un groupe vulnérable qui a également besoin d'être protégé et d'obtenir réparation.

En témoigne la résolution du Parlement européen du 24 juin 2021 sur la *santé et les droits sexuels et reproductifs dans l'Union dans le contexte de la santé des femmes* (2020/2215(INI)) (paragraphe 21), qui se réfère à l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans l'affaire A.P. Garçon et Nicot c. France, qui a reconnu que l'obligation de stérilisation imposée par un État membre comme préalable aux procédures légales de reconnaissance du genre constituait une **violation de la Convention Européenne des Droits de l'Homme** (droit au respect de la vie privée et familiale) (CEDH du 6 avril 2017, Identité transgenre et changement d'état civil).

5.1. Femmes handicapées et femmes souffrant de maladies mentales

Comme le souligne l'approche promue par l'OMS, le handicap ne se réfère pas uniquement à l'état de santé d'une personne, mais résulte de l'interaction entre certaines conditions (psychologiques et/ou physiques) et une série de facteurs environnementaux et personnels. En d'autres termes, le **contexte social peut être responsable de la création d'un environnement handicapant**. En ce sens, les Nations Unies préviennent que les personnes handicapées courent des risques accrus lorsque leurs droits fondamentaux sont bafoués.

Dans le même ordre d'idées, l'observation générale n° 3 du Comité des Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies (ci-après dénommé "CDPH") de 2016 souligne que les **stéréotypes fondés sur le genre et le handicap** conduisent souvent à une discrimination structurelle ou systémique, en particulier en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs.

En Espagne, selon les données de l'enquête sur le handicap, l'autonomie personnelle et les situations de dépendance (EDAD) (INE, 2020), il y a environ 4 millions de personnes handicapées, dont environ **2,5 millions de femmes**. Cela représente 60 % de la population handicapée et, bien qu'elles soient majoritaires, elles sont confrontées à des obstacles plus importants en raison de l'intersection entre le genre et le handicap et des discriminations multiples⁴¹.

La violence à l'égard des femmes handicapées peut être structurelle et résulter d'une législation discriminatoire (ONU, 2006). Elle englobe la violence sous forme de force physique, de contrainte juridique, de contrainte économique, d'intimidation, de manipulation psychologique, de tromperie et de désinformation, et dans laquelle l'absence de consentement libre et éclairé est un élément clé (HCDH, 2012). En d'autres termes, elle **va au-delà de la violence reproductive**.

L'étude *Women, disability and gender-based violence* (Castellanos-Torres, 2020a) a mis en évidence de **nombreuses formes de violence** à l'encontre des femmes handicapées : de nature physique, psychologique, sexuelle ou financière, y compris l'abandon,

⁴¹ Par exemple, en ce qui concerne l'accès à l'emploi, le taux de chômage est plus élevé que celui des hommes (INE, 2021). En outre, 64,7% des femmes handicapées sont considérées comme inactives, avec les conséquences que cela implique pour leur autonomie économique, un facteur fondamental pour sortir des situations d'abus et de violence.

l'isolement social, l'enfermement, l'humiliation, l'arrestation, le refus de soins de santé, la stérilisation forcée et le traitement psychiatrique forcé.

Nombre de ces situations se produisent **dans le cadre de relations familiales**, y compris des violences physiques et sexuelles commises par des hommes connus ayant des liens familiaux. Elles peuvent également se produire **au sein d'institutions de prise en charge** (OHCR, 2020).

Les femmes handicapées sont exposées à des formes **spécifiques de violence** et, en outre, aux mêmes formes de violence que les autres femmes, dans lesquelles elles ont une **incidence plus élevée**. À cet égard, les données de la macro-enquête sur la violence à l'égard des femmes (DGVG, 2019) montrent que 40,4 % des femmes handicapées ont subi une **forme de violence de la part de leur partenaire intime**, contre 31,9 % des femmes non handicapées.

D'autre part, il est essentiel de garder à l'esprit que la **violence est la cause de handicaps multiples** chez les femmes, ainsi que chez leurs enfants nés dans des conditions de violence. Selon le rapport promu par la Fondation des femmes CERMI (Castellanos-Torres *et al*, 2022) sur la situation des femmes handicapées :

- 40 % ont été victimes de harcèlement sexuel à un moment ou à un autre de leur vie.
- 42% ont été exposées à des violences sexuelles dans leur enfance, lorsqu'elles avaient moins de 15 ans, perpétrées par des auteurs autres que des partenaires intimes.
- 14% des survivants de violences sexuelles non-partenaires ont développé un handicap à la suite de ces violences.
- 23% des femmes déclarent que leur handicap est une conséquence de la violence physique ou sexuelle que leur partenaire leur a fait subir.

Les femmes souffrant de maladies mentales et les femmes handicapées sont donc **particulièrement vulnérables à la violence reproductive**.

Le *rapport sur les droits humains des femmes handicapées 2022* (Fundación Cermi Mujeres, 2023) a mis en garde contre des situations de **discrimination, de violence, d'infantilisme et de préjugés lors d'un examen gynécologique**. Selon le rapport, 22% des femmes n'y ont "jamais" ou "presque jamais" assisté, 4% des femmes ne savaient pas si elles avaient subi un processus

de stérilisation, et 4% ont déclaré avoir subi une stérilisation sans disposer de toutes les informations nécessaires.

Pour leur part, Moreno-Hernández et Pérez de la Merced (2022), dans leur *recherche sur la situation des femmes présentant des déficiences intellectuelles et développementales par rapport à leurs droits sexuels et reproductifs* pour Plena Inclusión España, ont souligné qu'il existe un écart considérable entre la connaissance des droits et l'exercice de ces droits. Cette étude qualitative a révélé qu'"une grande majorité ne jouit pas de l'autonomie reproductive, car elle n'a pas choisi les contraceptifs qu'elle utilise" et que "presque toutes les femmes souffrant de déficience intellectuelle ne savent pas si elles peuvent tomber enceintes ou non" (2022:36). L'étude a également révélé que "seule une petite proportion a reçu des informations par le biais de matériel adapté" (2022:38) et que "l'accessibilité et la formation du personnel des services de santé sexuelle et reproductive sont médiocres" (Ibid.).

La stigmatisation et les idées fausses sur le handicap et la sexualité ont un impact négatif profond sur la vie des femmes. Ils conduisent à la déresponsabilisation et à l'infantilisation. Elles ne sont pas considérées comme des cibles pour les services de conseil et d'information et sont souvent "asexuées".

En conséquence, de nombreuses filles et jeunes femmes handicapées ne disposent pas des connaissances de base et du soutien nécessaires pour **se protéger des abus sexuels, des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles**, et ne sont pas équipées des outils leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant leur propre corps, leur santé et leur vie (Alcedo Rodríguez, et al, 2006 ; Altundağ S, Çalbayram NÇ, 2016 ; Cruz Pérez, 2004 ; Castellanos-Torres, 2020b).

Les stéréotypes les plus fréquents sont liés aux idées suivantes (Vazquez et Castro, 2018 : 28-29) :

- "Elles sont comme des mineurs" : c'est la société qui infantilise.
- "Elles sont asexuées": le développement sexuel n'est pas différent de celui des personnes non handicapées.
- "Elles ont moins d'intérêt sexuel et ne sont pas sexuellement aventureuses : cette idée est le résultat de croyances sociales déformées d'infantilisation et e qu'il s'agit de personnes asexuées.

- "Ce ne sont pas des gens désirés" : le désir est un pouvoir individuel dont la société ne peut décider.
- Elles n'ont pas besoin d'éducation sexuelle" : tous les individus ont le droit de connaître, d'accepter et de vivre leur propre sexualité avec satisfaction.
- "Plus d'éducation sexuelle = plus de désir sexuel" : plus d'éducation sexuelle = meilleure gestion du désir sexuel.
- "Elles ont des comportements sursexualisés" : cette fausse croyance est déterminée par la nécessité de discriminer les comportements appropriés aux espaces publics ou privés.
- "Il n'y a pas de diversité sexuelle parmi les personnes handicapées" : un processus de démythification de la diversité est nécessaire pour prendre en compte l'ensemble de la population.
- "Elles ne peuvent pas prendre de décisions concernant leur sexualité" : la responsabilité de son propre corps et la décision d'intimité, autonome ou interpersonnelle, sont individuelles.
- "Les personnes handicapées ne peuvent pas être les auteurs de violences sexuelles" : toute personne qui pense avoir un pouvoir sur la sexualité d'une autre personne peut être un agresseur. Il existe des cas connus de violence sexuelle à l'encontre de filles et de femmes handicapées par des pairs handicapés, en particulier en milieu résidentiel ou institutionnel.
- "Elles ne risquent pas de subir des violences sexuelles" : des données montrent qu'elles sont 2 à 10 fois plus fréquentes que chez les personnes non handicapées (Paola Rivera, 2008).

Paradoxalement, d'après les résultats du travail de terrain, l'AEAF s'exerce davantage contre les DI/TDI les plus autonomes, celles qui seraient capables de gérer leur sexualité et leur maternité avec l'éducation affectif-sexuelle appropriée et le soutien nécessaire. Parfois, selon plusieurs experts interrogés, la famille peut avoir posé comme condition à la victime la stérilisation ou la contraception forcée pour lui permettre d'avoir des relations affectif-sexuelles.

Les causes de l'AEAF chez les femmes handicapées sont multiples : d'une part, il y a les causes **eugéniques systématiques**, qui limitent le droit à la reproduction, et d'autre part, les **raisons**

qui poussent les familles et les institutions à s'occuper des femmes handicapées, qui sont fondamentalement doubles :

- **Contrôler la menstruation** afin de faciliter les soins personnels.

Les règles nécessitent de soins d'hygiène corporelle de base et, comme pour la sexualité, les femmes et les filles handicapées (surtout intellectuelles et/ou psychosociales) manquent généralement d'informations adéquates sur celles-ci, et cette inaccessibilité est doublée dans les milieux défavorisés (Serra, 2016). Pour les femmes handicapées, les règles restent entourées de silence, de tabous et de stigmates (Shah, Norlin, Logsdon et Samson-Fang, 2005).

Des organisations internationales telles que le HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS (2014) dénoncent le fait que le contrôle des règles ne devrait pas être utilisé comme prétexte à la stérilisation contraceptive.

- **Prévenir les grossesses.** Cela repose sur le stéréotype discriminatoire selon lequel une femme handicapée est incapable d'assumer les rôles associés à la maternité.

Il convient également de noter qu'il existe d'importants débats sur **l'exercice du droit à la maternité par les femmes ayant une déficience intellectuelle** (Castellanos-Torres, 2023). Les **mythes et stéréotypes** vont du refus de leur offrir des informations sur les contraceptifs à la suggestion de stérilisation. Elles sont considérées comme irresponsables et incapables de s'occuper correctement de leurs enfants (Cruz, 2004 ; Castellanos-Torres, 2023)⁴².

Paradoxalement, l'EAPA contribue parfois à **rendre invisibles les agressions sexuelles**, puisque la grossesse est parfois le seul signe qui permet de détecter cette situation. En ce sens, comme le souligne Laura Serra (2016), ce raisonnement est extrêmement cruel puisqu'il semble que peu importe qu'un viol soit commis, tant qu'il n'y a pas de grossesse.

En général, la marginalisation des femmes handicapées en ce qui concerne leurs droits sexuels et reproductifs est la plus grave **lorsque leur vie est organisée principalement par des**

⁴² Comme l'explique Castellanos-Torres (2020b), ces pratiques s'inscrivent dans un schéma plus général. Le déni comprend également l'exclusion des soins de santé reproductive appropriés et des dépistages en matière de santé sexuelle, des restrictions sur le choix des contraceptifs, une tendance à supprimer les menstruations, une mauvaise gestion de la grossesse et de l'accouchement, des avortements sélectifs ou forcés, et le déni du droit à l'exercice de la maternité.

institutions qui leur refusent le plein exercice de leur autonomie et de leur vie privée, que ce soit de manière intentionnelle ou non.

L'étude européenne sur la **violence subie en institution** (Holla et Smits, 2018) a mis ce fait en évidence. La stérilisation de femmes handicapées en institution comme moyen de dissimuler des abus sexuels (ou de se préparer à ce qui est considéré comme des abus sexuels inévitables) a été enregistrée dans des institutions du monde entier.

Comme le souligne le Haut-Commissaire Adjoint des Nations Unies aux Droits de l'Homme, " les institutions, telles que les foyers de long séjour, les orphelinats et les institutions psychiatriques, peuvent également exposer les femmes et les filles handicapées à des risques particuliers en raison de leur enfermement (...) elles peuvent ne pas avoir accès à un mécanisme fonctionnel pour signaler des abus ou des violences mentales, physiques ou sexuelles, en particulier lorsqu'elles souffrent de troubles de la communication ou de déficiences intellectuelles. Elles peuvent être ignorées, ne pas être crues ou mal comprises, ce qui encourage la violence systématique et continue " (HCDH, 2020)⁴³.

5.2. Autres femmes touchées par l'AEAF

5.2.1. Femmes victimes d'exploitation sexuelle

La violence reproductive est exercée en même temps que la violence **sexuelle**, car elle fait partie du contrôle total du corps féminin nécessaire pour en abuser et intervenir sur ses conséquences.

Par conséquent, les filles et les femmes victimes d'exploitation sexuelle, celles qui se prostituent, qui travaillent dans l'industrie du sexe sous toutes ses formes commerciales, y compris le tourisme sexuel, ainsi que les victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle et les victimes de la traite à des fins d'exploitation du travail sont également des victimes de la LR (Mora, 2007 ; García Medina, 2017).⁴⁴ (Mora, 2007 ; García Medina, 2017).

Les auteurs de viols sont multiples, selon le type de violence sexuelle. Ainsi, outre les agresseurs eux-mêmes, il y a les responsables de l'industrie du sexe à laquelle les victimes sont

⁴³ Traduction propre de l'original en anglais.

⁴⁴ Dans ce cas, l'exploitation des femmes par le travail exige qu'il n'y ait pas de grossesse. En outre, il existe un lien étroit entre l'exploitation du travail et la violence sexuelle (harcèlement, agression ou viol) à l'égard des victimes.

liées, la figure du proxénète masculin ou féminin, les membres des réseaux d'exploitation et de traite, les hommes prostitués. A cela s'ajoute la responsabilité des professionnels de la santé impliqués dans ces pratiques et dont la collaboration est nécessaire, ainsi que celle des pouvoirs publics qui ne font pas preuve de diligence dans la protection des victimes.

D'un point de vue sociologique, ces pratiques sont considérées comme des privilèges masculins par lesquels les hommes obtiennent un accès individuel ou collectif au corps des femmes qui n'en veulent pas, ce qu'ils obtiendraient, en dehors de la prostitution, par la violence explicite ou l'intimidation (Ranea, 2018)⁴⁵.

La pratique de la **prostitution et de l'exploitation sexuelle des victimes de la traite** a de graves conséquences sur la santé des femmes. Même dans les situations où la prostitution locale n'a pas été induite par la tromperie ou la contrainte, ces femmes et ces filles souffrent toujours d'abus et de violences physiques et psychologiques à tous les niveaux et doivent être considérées comme des victimes (Médecins du Monde, 2012).

Bien qu'il n'y ait pas d'enregistrement systématique, il existe de nombreuses preuves que ces pratiques conduisent à des grossesses non désirées et à de **fréquents avortements pratiqués dans des conditions dangereuses**.

D'autre part, on suppose, sans grand fondement, que les femmes prostituées prennent des mesures de soin et de protection. Or, lorsqu'elles sont recrutées à un jeune âge, elles n'ont pas toujours des connaissances en matière de contraception et de prévention des maladies infectieuses ou vénériennes. Dans des cas extrêmes, il a été constaté que les femmes qui subissent de telles violences sont plus sujettes au cancer du col de l'utérus (Ruffa et Chejter, 2010).

Les études sur les migrantes étrangères qui se prostituent montrent que, bien qu'elles bénéficient d'une certaine attention dans le cadre d'une approche biomédicale (axée sur la lutte contre les MST, d'autres conséquences sur la santé psychosociale de ces femmes ne sont pas prises en compte (Ríos, 2014).

De même, l'Association des Femmes pour la Santé (AMS) indique qu'une **sexualité malsaine a des conséquences pour toute femme**, avec une gravité particulière pour celles qui se trouvent

⁴⁵ Selon Ranea (2018:3), " Dans l'imaginaire socio-sexuel patriarcal, la sexualité masculine est représentée comme un " besoin" physiologique, c'est-à-dire comme un "besoin" corporel. Cet imaginaire qui essentialise la masculinité a été l'un des grands légitimateurs des violences sexuelles car il fictionnalise la sexualité masculine comme un "besoin" et la place même dans le domaine des instincts qui doivent être satisfaits d'une manière ou d'une autre".

dans des situations de prostitution ou de traite. Outre les effets sur la santé physique mentionnés ci-dessus, les conséquences psychologiques et émotionnelles vont du stress post-traumatique (avec des souvenirs répétitifs et torturants) à des taux élevés de dépression et de problèmes d'anxiété, d'angoisse, de peurs, de phobies, de manque d'estime de soi, etc. "Les suicides ou tentatives de suicide sont également très fréquents et le risque de meurtre est 40 fois plus élevé. Les femmes prostituées sont beaucoup plus exposées aux menaces, aux mauvais traitements, aux viols, aux abus, à la torture et aux multiples humiliations et dégradations " (Muruaga, 2023).

Enfin, l'analyse de la qualité de vie des femmes prostituées en termes de "**santé sociale**" a rarement été analysée. Les rares approches évoquent les craintes liées aux conditions spatiales et temporelles qui restreignent leurs liens et relations sociales, la perception de la ségrégation sociale et de l'isolement, les réserves et/ou les restrictions d'accès aux services sociaux et de santé, et les effets de l'irrégularité administrative dans le cas des femmes migrantes ou victimes de la traite des êtres humains (Pinedo, 2008).

5.2.2. Femmes migrantes, réfugiées et demandeuses de protection internationale

Selon les données du recensement, la population immigrée en Espagne représente 11,68% du total (INE, 2022). Elle compte 2 778 214 hommes et 2 764 718 femmes. Les femmes migrantes enregistrées représentent **11,42 % de l'ensemble des femmes** vivant dans notre pays.

Pour de nombreuses femmes et personnes non binaires, la violence fondée sur le genre est l'une des **raisons qui les poussent à fuir leur pays**. En outre, la violence sexuelle et reproductive se produit souvent dans des contextes de persécution et de conflit armé, ainsi que dans les **processus de fuite** et dans **des contextes de transit peu sûrs**.

Les filles et les femmes **migrantes, les femmes à la recherche d'une protection internationale et les réfugiées**⁴⁶ sont donc des victimes **particulièrement vulnérables de l'AEAF**.

Il est important de garder à l'esprit que les personnes qui migrent " ne sont pas intrinsèquement vulnérables, ni dépourvues de résilience et d'agence " (HCDH-GMG, 2018:5). Ainsi, les migrants peuvent se retrouver dans différentes situations de vulnérabilité " en raison des situations qui les obligent à quitter leur pays d'origine, des

⁴⁶ (accès).

circonstances dans lesquelles ils voyagent ou des conditions auxquelles ils sont confrontés à leur arrivée, ou en raison de caractéristiques personnelles telles que leur âge, leur identité de genre, leur race, leur handicap ou leur état de santé " (Ibid.).

En Espagne, si une femme a subi une **persécution fondée sur le sexe de la** part des autorités de son pays ou d'un agent tiers (partenaire, famille, communauté ou autres), sans avoir reçu de protection de la part des autorités, elle peut **prétendre au statut de réfugiée ou à la protection subsidiaire**⁴⁷, conformément au cadre normatif international et européen⁴⁸.

*"Le statut de réfugié peut être accordé aux femmes victimes de violence fondée sur le sexe qui, craignant avec raison d'être persécutées du fait de leur sexe, de leur appartenance à un certain groupe social ou de leur orientation sexuelle, se trouvent hors de leur pays d'origine et ne peuvent ou, du fait de cette crainte, ne veulent se réclamer de la protection de ce pays. Par conséquent, si elle a été persécutée, soit par les autorités de son pays, soit par un agent tiers sans avoir reçu la protection de ces autorités, pour des motifs fondés sur le sexe, elle peut prétendre au statut de réfugié. Ces motifs peuvent **inclure la violence physique ou psychologique exercée par un partenaire ou un ancien partenaire, les agressions ou abus sexuels, la stérilisation ou l'avortement forcés, les mutilations génitales féminines ou le risque de mutilations génitales féminines, le mariage forcé et la traite des femmes et des filles**". (DGVG, s.d. ; c'est nous qui soulignons).*

Il est important de souligner que toutes les femmes n'ont pas accès aux formes administratives de protection internationale en Espagne.

L'accès à la protection s'effondre depuis des années et le système de protection espagnol dans son ensemble présente des lacunes⁴⁹ qui empêchent la protection adéquate des femmes et des

⁴⁷ Cette disposition s'applique aux ressortissants de pays tiers (non membres de l'UE) et aux femmes apatrides.

⁴⁸ Voir l'article 14 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Convention de Genève de 1951 et son protocole (Protocole de New York de 1967) ; dans l'UE, il est inscrit aux articles 18 et 19 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne et régi par le régime d'asile européen commun (RAEC), qui comprend le règlement de Dublin et trois directives spécifiques, ainsi que le nouveau pacte européen sur l'asile (2020). En Espagne, voir la loi 12/2009, du 30 octobre, réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire (B.O.E. n° 263, du 31/10/2009).

⁴⁹ Les plaintes des ONG spécialisées sont constantes, surtout depuis 2018, sur les lacunes du système espagnol (voir par exemple les rapports annuels du CEAR). En juin 2023, 23 ONG spécialisées ont déposé une plainte auprès de la Commission Européenne pour dénoncer l'effondrement du système de nomination des demandes d'asile en Espagne (Europa Press, 2023). Il s'agit des entités suivantes : Andalucía Acoge, Asociación Atalaya Intercultural, Asociación Claver, Asociación Loiola Etxea, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Centro Padre Lasa, CESAL, Coordinadora de Barrios, Creando Huellas, Fundación Ellacuría, Fundació Migra Studium, Fundación Red Íncola, Fundación San Juan del Castillo - Centro Pueblos Unidos, MPDL, La Merced, Progestión, Provienda, Red Acoge, SJM, SJM Almería, SJM Valencia, Sercade.

filles. Il n'existe même pas de registre des demandes d'asile fondées sur le sexe, ce qui signifie que la question ne peut pas être suivie de manière adéquate.

En 2022, l'Espagne est devenue le **troisième pays de l'Union Européenne en termes de demande de protection internationale**⁵⁰, (64 219 demandes émanant d'hommes et **54 623 de femmes**) (Ministère de l'intérieur, 2023). C'est le **cinquième pays de l'UE qui a accordé le plus de protection temporaire en 2022** (161 037 accordée à des personnes déplacées par l'invasion de l'Ukraine par la Russie⁵¹) (Ministère de l'intérieur, 2023).

Cependant, les **taux de reconnaissance sont loin de la moyenne européenne** (16,5 % contre 38,5 %). Du point de vue du genre, le taux de reconnaissance des **femmes (11,59 %)**⁵² est **inférieur de 6,3 points à celui des hommes** (17,90 %) (selon les données du Ministère de l'Intérieur, 2023).

Les dix principales **nationalités d'origine** des demandeurs de protection internationale en Espagne en 2022 étaient : Venezuela, Colombie, Pérou, Maroc, Honduras, Nicaragua, Mali, Afghanistan, Salvador et Cuba. Les pays ayant fait l'objet d'une décision favorable sont les suivants : Mali, Afghanistan, Ukraine, Syrie et Colombie. Les principales nationalités bénéficiant d'une protection subsidiaire⁵³ sont : le Venezuela, la Colombie, le Pérou, Panama et le Chili.

Il convient de garder à l'esprit que ces données **ne reflètent pas le nombre réel de personnes pouvant bénéficier d'une protection**, à la fois en raison des lacunes dans l'accès à la demande

⁵⁰ Selon les données d'Eurostat (2023) : L'Allemagne a reçu un quart (25 %) des demandes d'asile, suivie par la France (16 %), l'Espagne (12 %), l'Autriche (11 %) et l'Italie (9 %). 117 945 demandes d'asile ont été enregistrées en Espagne ; 118 842 demandes de protection internationale selon l'Avance trimestrielle des données cumulées sur la protection internationale au 31 décembre 2022 (Sous-secrétariat à l'intérieur, Direction Générale de la Politique Intérieure du Ministère de l'Intérieur, 2023).

⁵¹ En application de la directive 2001/55/CE du 4 mars 2002 sur la protection temporaire, qui garantit le droit à la protection temporaire du droit de séjour des personnes handicapées. Les bénéficiaires ont le droit de résider, de travailler et d'accéder aux prestations sociales.

⁵² Les données par sexe montrent : décisions favorables : 4 444 femmes ; raisons humanitaires : 11 517 femmes ; reconnaissance du statut d'apatride : 91 femmes (principalement originaires du Sahara non reconnu). Données au 31/12/2022 (Sous-secrétariat à l'intérieur, Direction Générale de la Politique Intérieure du Ministère de l'Intérieur, 2023).

⁵³ Le droit à la protection subsidiaire est accordé aux ressortissants étrangers et aux apatrides qui, sans pouvoir prétendre à l'asile ou être reconnus comme réfugiés, mais à l'égard desquels il y a de sérieuses raisons de croire que s'ils retournaient dans leur pays d'origine dans le cas des ressortissants, ou dans le pays de leur ancienne résidence habituelle dans le cas des apatrides, ils courraient un risque réel de subir l'un des préjudices graves visés par la loi 12/2009, du 30 octobre 2009, réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire, et qui ne peuvent pas ou, en raison de ce droit, ne seraient pas en mesure de retourner dans leur pays d'origine ou dans le pays de leur résidence habituelle, qui courent un risque réel de subir l'un des préjudices graves prévus par la loi 12/2009, du 30 octobre, réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire, et qui ne peuvent ou, en raison de ce risque, ne veulent pas se prévaloir de la protection du pays concerné, à condition qu'il n'existe aucun des motifs d'exclusion ou de refus prévus par ladite loi (Ministère de l'Intérieur, n.f.).

et de la sous-demande de nombreuses victimes qui considèrent l'Espagne comme un pays de transit.

En effet, notre pays **est une voie de transit** (vers le reste de l'UE) **et pas seulement une destination**. Cela signifie que de nombreuses femmes se trouvent ici temporairement parce que le pays qu'elles voudraient atteindre en est un autre⁵⁴. Cela peut signifier qu'elles se trouvent en **situation administrativement irrégulière** (*sans papiers*).

En ce qui concerne les déplacements, les **filles** (accompagnées ou non) **et les femmes qui migrent par des voies qui ne sont pas sûres**⁵⁵, le font **dans des** conditions extrêmement vulnérables et sont fréquemment victimes de violences sexuelles et reproductives, entre autres.

Il faut également tenir compte du fait que plusieurs des itinéraires qui atteignent le territoire espagnol sont considérés comme les **plus dangereux au monde**, en raison du nombre de morts impliqués dans leur transit (la Méditerranée et l'itinéraire vers les îles Canaries) et des pays qu'ils traversent jusqu'à la frontière espagnole, dont la plupart ne sont pas sûrs (les droits humains des femmes ne sont pas tous garantis, pas plus qu'elles ne sont assurées de ne pas retourner dans leur pays d'origine) (ECRE, 2019 ; OIM, 2022 ; 2023 ; Caminando Fronteras , 2022, 2023.).

En Espagne, aucune donnée officielle n'est collectée sur le type de violence subie par les femmes migrantes ou réfugiées, et il n'existe aucune trace de la violence faite aux femmes (et de sa typologie) en tant que motif de demande de protection internationale dans notre pays. Il y a donc un manque important de connaissances institutionnelles sur le sujet.

Quant aux **femmes étrangères en général**, elles sont prises en compte dans l'étude de la prévalence de la VFF à travers la macro-enquête sur la violence à l'égard des femmes (DGVG, 2019).

Les données des macro-enquêtes montrent que les femmes nées à l'étranger sont particulièrement vulnérables à la violence :

⁵⁴ La réglementation du droit d'asile en Europe implique qu'en arrivant dans un " pays sûr ", il faut y demander une protection internationale, faute de quoi le demandeur serait renvoyé dans le premier pays sûr (Règlement (UE) n° 604/2013 du Parlement Européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale présentée dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (Dublin III).

⁵⁵ Voir le Pacte Mondial des Nations Unies pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (GCM) (A/RES/73/195 adopté à Marrakech en 2018), qui est le premier accord intergouvernemental sur le sujet.

- Près de 46% de ces femmes ont subi des violences de la part de leur partenaire. 45,6% de violence psychologique et 24,7% de violence physique ou sexuelle, 40,3% de violence de contrôle et 34,9% de violence émotionnelle.
- 15,7% ont subi des violences physiques en dehors du couple.
- 9,8% indiquent avoir subi au moins un épisode de violence sexuelle perpétré par une personne autre que leur partenaire.
- Plus de 44 % ont été victimes de harcèlement sexuel à un moment ou à un autre de leur vie et 19,3 % disent avoir subi un harcèlement répété.

L'étude réalisée par l'AIETI (2020) montre que les femmes migrantes **bénéficient moins** du soutien financier prévu pour lutter contre la VG. Elles ont **plus de difficultés à accéder à la protection et à exercer leurs droits** si elles sont en situation d'irrégularité juridique, de dépendance vis-à-vis de leur conjoint ou en situation de traite et de trafic. La majorité des meurtres liés à la violence liée au sexe sont commis par des Espagnols, même lorsque la victime est étrangère. Elles sont également les **principales victimes de l'exploitation sexuelle** (traite et prostitution).

En ce qui concerne la **présence de l'AEAF**, tout au long du travail de terrain, les organisations et les experts consultés ont souligné l'existence d'**avortements et de grossesses forcées** parmi les femmes migrantes qui tentent d'atteindre l'Espagne, souvent en raison de la violence sexuelle à laquelle elles sont soumises dans les **territoires de transit**.

Dans certains cas, des grossesses peuvent être intentionnelles, mais comme le rapportent les organisations, la plupart ne sont pas interrompues en raison du manque d'information et d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, ce qui les empêche d'adopter des mesures contraceptives, y compris l'avortement. Il a également été signalé que, dans certains cas, les grossesses sont menées à terme en pensant qu'elles pourraient favoriser la non-expulsion de la mère enceinte du territoire national.

Les femmes en situation administrative irrégulière ou en attente d'une décision administrative sur leur statut de résident en Espagne et les Mineurs Non Accompagnés (MENA) sont dans une situation de vulnérabilité particulière.

Ainsi, nous trouvons dans notre pays des **filles et des femmes d'origine immigrée qui ont été victimes** dans leur pays d'origine - ou en transit vers l'Espagne - de FEAA et qui n'ont pas reçu

d'attention pour cela, **ni été reconnues comme** des victimes de viol en tant que violence spécifique basée sur le genre.

Tout ce qui précède n'exclut pas le fait que la violence s'est produite ou **se produit dans notre pays également**. Les déplacements impliquent des changements dans les rôles des hommes et des femmes, ce qui entraîne un **stress psychosocial dans la société d'accueil**. De même, il implique souvent la perte des structures sociales et culturelles de référence, et éventuellement des structures familiales, ce qui **accroît le risque de violence sexiste** (OIM, 2020).

En 2022, l'Union des Associations Familiales (UNAF) a dénoncé le fait qu'en Espagne, les femmes migrantes n'accèdent pas aux ressources de soins de santé sexuelle et reproductive : "la participation de ces femmes aux services et ressources de soins spécialisés est anecdotique, nous estimons qu'elle n'atteint que 0,1%, ce qui montre que la grande majorité des femmes n'y ont pas accès et que les ressources ne leur parviennent pas" (UNAF, 2022).

Comme nous l'avons déjà souligné, la plupart des chiffres disponibles sur la protection internationale en Espagne n'incluent pas la variable sexe et la perspective de genre. Ce déficit s'étend à l'ensemble du **système d'accueil de la protection internationale et temporaire (SAPIT)**⁵⁶ et aux données disponibles à ce sujet.

Actuellement (au 31 mars 2023), 18 181 femmes (52% d'un total de 34 725 personnes)⁵⁷ bénéficient des services et des prestations du système d'hébergement, sous toutes ses formes ; 29% d'entre elles sont mineures (OPI, 2023b). L'illustration ci-dessous montre leur répartition dans le SAPIT par communauté autonome.

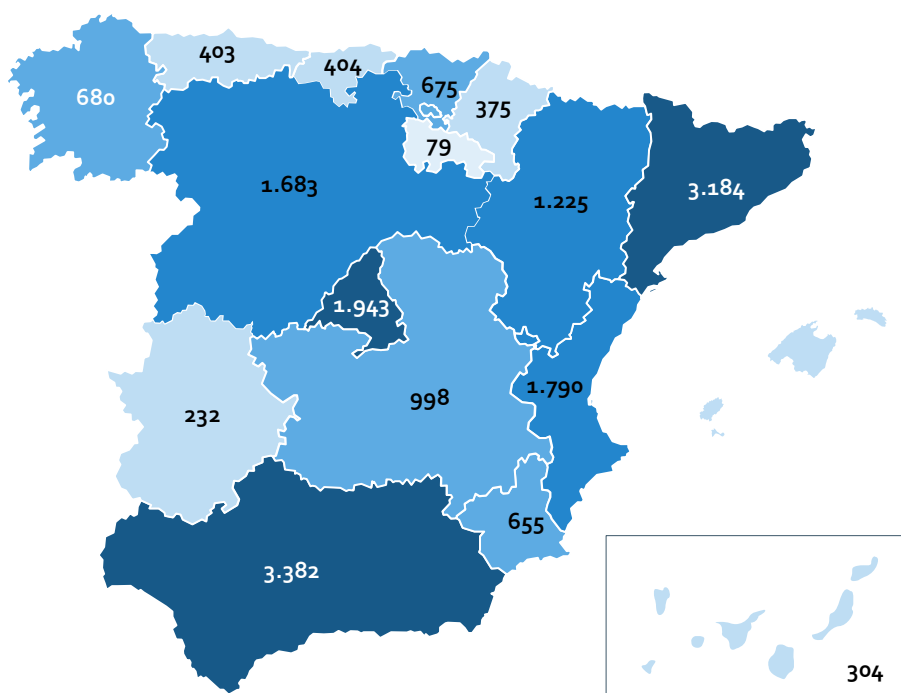
Par communauté autonome, la plupart des femmes enregistrées dans le système se trouvaient en Andalousie (20%), en Catalogne (16%), à Madrid (11%), à Valence (10%) et en Castille et Léon (9%) (OPI, 2023b).

⁵⁶ Alors que les demandes de protection internationale sont gérées par l'Office de l'Asile et des Réfugiés (OAR) du Ministère de l'Intérieur, le SAPIT relève de la responsabilité du Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations (MISSM), qui le met en œuvre par l'intermédiaire de diverses ONG. Il dispose d'un réseau de centres et de ressources répartis sur l'ensemble du territoire national, qu'il s'agisse de centres publics ou de centres gérés par des entités du secteur tertiaire (MISSM, 2023). Le système est développé à travers des itinéraires individualisés de différents types de prestations et de services.

⁵⁷ Les personnes couvertes par le système d'accueil ont présenté une demande de protection internationale, sont bénéficiaires d'une protection internationale en Espagne, ou sont demandeurs ou bénéficiaires d'un statut d'apatride ou d'apatridie en Espagne et ne disposent pas de moyens financiers suffisants (ils ne dépassent pas le montant mensuel individuel du revenu garanti prévu par la loi 19/2021, du 20 décembre, qui établit le revenu minimum d'existence).

Selon les données disponibles dans le système informatique du programme pour les réfugiés immigrés et les demandeurs d'asile (SIRIA), les principaux **pays d'origine** des femmes bénéficiaires enregistrées dans le système d'accueil sont les suivants : Ukraine 58 %, Colombie 10 %, Venezuela 9 %, Afghanistan 6 %, Syrie 3 %, Pérou 3 %, Géorgie 2 %, avec 1 % de ressortissantes de Russie, du Maroc, du Honduras et du Salvador ; les autres ressortissantes sont en dessous de 1 % (OPI, 2023b).

Illustration 4. Répartition du nombre de femmes bénéficiaires d'une protection internationale dans le système d'accueil par communauté autonome. Total des séjours. Total national au 31/3/2023.



Source : IPO (2023) de SYRIE
 (*) Ceuta : 3 femmes.

Le MISSM a commencé à collecter certaines données auprès des entités du système d'accueil sur la **violence à caractère sexiste** subie par les bénéficiaires du système d'accueil, mais ces données ne sont pas encore publiques. Aucune donnée n'est collectée sur les femmes qui, pour diverses raisons, ne font pas partie du système mais bénéficient d'une protection internationale de la part de l'État espagnol. Il n'y a pas non plus de données sur celles qui participent aux programmes de relocalisation ou de réinstallation.

Le projet de mise en œuvre du **Protocole d'action sur la violence de genre** du Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations et du HCR, qui est développé en

collaboration avec plusieurs ONG, a enregistré certaines données concernant la détection de la VBG dans le système. Selon les informations recueillies (CEAR, 2023b), au moins 90 cas ont été détectés au cours du seul premier semestre 2022.

Les données indiquent que les auteurs étaient proches des victimes : soit leur partenaire actuel (69%), soit leur ex-partenaire (31%). Dans 49% des situations, ils vivaient au même endroit. Dans 80% des cas, les femmes avaient au moins un mineur à leur charge (au moins 139 enfants ont été touchés par ces agressions). **Ces données n'incluent pas la violence reproductive.** Le projet travaille actuellement à l'élargissement des VFF à détecter, afin de se rapprocher de celles couvertes par la Convention d'Istanbul.

Pour approcher la prévalence, dans le cadre du travail de terrain pour cette étude, l'ONG ACCEM, spécialisée dans l'assistance aux femmes réfugiées, migrantes et en situation ou à risque d'exclusion sociale, a compilé des données sur les cas identifiés de 2019 à mai 2023. Au total, **23 femmes** ont été identifiées comme **victimes de AEAF et d'autres violences** (reproductifs et basées sur le genre), y compris des cas de mariages forcés. Il s'agit d'une sous-estimation, car seuls les cas visibles ou verbalisés par les victimes ont été identifiés.

Le profil des victimes assistées par l'Accem est celui de femmes principalement en âge de procréer (entre 20 et 37 ans), la moitié d'entre elles ayant des enfants mineurs. La plupart d'entre elles ont subi cette violence il y a quelque temps dans leur pays d'origine et la raison principale de leur venue dans notre pays était précisément de fuir la situation de violence de genre qu'elles y subissaient et qui leur faisait craindre pour leur intégrité physique et celle de leurs enfants.

5.2.3. Femmes roms et femmes d'autres groupes ethniques

En Espagne, on manque d'études et de données désagrégées par origine ethnique ou racialisation qui nous rapprocheraient de la prévalence éventuelle des victimes de la AEAF dans ces groupes de femmes.

L'AEAF a systématiquement ciblé les **femmes des peuples autochtones** ou **aborigènes** et de **minorités ethniques** - telles que les **femmes roms** - **en tant que** "mesures de contrôle de la population" dans le but de limiter la croissance de certaines populations sur la base de prémisses idéologiques racistes et discriminatoires.

Actuellement, des **pratiques de coercition subtile** (sous la notion de "bien propre") **accompagnées de menaces** (par exemple, la perte ou l'impossibilité d'accéder à l'aide sociale, économique ou alimentaire) et, dans certaines situations, de violence physique ont été signalées, bien qu'elles n'aient pas été enregistrées en Espagne.

Un cas paradigmatique est celui des allégations de **femmes autochtones et paysannes** stérilisées dans les années 1990 au Pérou dans le cadre du Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive et de Planification Familiale mis en œuvre par le gouvernement Fujimori (IAMAMC, 2016 ; Amnesty International, 2019).

Cependant, **ces pratiques continuent de se produire** dans le monde aujourd'hui, la stérilisation forcée étant particulièrement préoccupante, comme l'ont noté des organisations internationales telles que le rapporteur sur les droits des peuples autochtones de la Commission Interaméricaine des Droits de l'Homme (CIDH)⁵⁸ . Par exemple, en 2019, elle a alerté sur des rapports de stérilisations forcées contre des femmes autochtones au Canada, qui sont "une expression flagrante de la violence et de la discrimination fondées à la fois sur leur sexe et leur appartenance ethnique" (CIDH, 2019).

Au sein de l'Union européenne, la **situation des femmes roms est** particulièrement préoccupante. La Slovaquie⁵⁹ et la République tchèque sont quelques-uns des pays qui ont récemment fait l'objet d'une alerte publique très médiatisée à cet égard (Amnesty International, 2013 ; 2021 ; Albert et Szilvasi, 2017).

En République tchèque, une enquête menée par le médiateur en 2009 a été suivie d'excuses publiques de l'État aux victimes et d'une indemnisation pour les personnes touchées entre 1966 et 2012. En Slovaquie, la même chose s'est produite en 2021 pour les cas survenus entre 1966 et 2004⁶⁰ . La Hongrie est un autre pays où de telles pratiques ont été dénoncées⁶¹ (Open Society Foundations, 2011 ; Koldinská, 2009).

Il n'y a pas de données à ce sujet en Espagne, bien qu'il n'y ait pas eu de campagnes publiques contemporaines contre la population rom comparables aux deux cas précédents. Les femmes

⁵⁸ Plusieurs déclarations et rapports du bureau du rapporteur de l'Organisation des États Américains (OEA) font état de cette préoccupation (accès).

⁵⁹ Voir par exemple : Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, novembre 2011, dans l'affaire V.C. c. Slovaquie (n° 18968/07) (accès). Slovaquie (no. 18968/07) (accès) ;

⁶⁰ Accès au site web du gouvernement slovaque.

⁶¹ Voir Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 août 2006 (consulté).

roms de notre pays peuvent être victimes de violence sexuelle et sexiste comme les femmes du reste de la population, mais dans leur cas, cela se produit à l'intersection d'autres axes d'oppression et d'inégalité qui ne sont pas uniquement liés au genre, tels que l'**antitsiganisme** et le **manque de ressources**. Tout cela nuit à la visibilité de cette violence.

D'après les consultations avec les experts, les types d'excision les plus fréquemment signalés par les victimes roms sont la **stérilisation et la contraception "recommandées"**. Cette victimisation par le viol n'est généralement pas le fait du partenaire ou de l'ex-partenaire, mais du système de santé lui-même, un symptôme évident de la **violence institutionnelle reproduite par les professionnels de la santé**.

Le paternalisme, la pharmacologie poussée et l'antitsiganisme sont considérés comme des symptômes présents dans la vie des femmes roms, qui affectent leur DSRR et l'expérience de la maternité par le biais de jugements culturels concernant le nombre *approprié* d'enfants, l'âge de leur première grossesse et la distance temporelle dans laquelle les grossesses se produisent.

Dans la recherche d'Asensio et al. (2019), qui compare les attitudes et les expériences en matière de contraception dans la population rom et non rom, il est apparu clairement que **la population rom est plus traditionnelle dans sa conception de la famille**, et que cela pourrait être l'une des raisons pour lesquelles elle a plus d'enfants que la population non rom. Une **préférence qui est interprétée de manière raciste** par certains professionnels de la santé et des services sociaux.

Lors de la consultation des experts, il est apparu clairement que trop de jeunes femmes roms (âgées de 18 à 35 ans) sont traitées avec des contraceptifs sans être informées de toutes les conséquences. Dans de nombreux cas, ces contraceptifs n'ont pas été demandés par les intéressées elles-mêmes, mais leur ont été *recommandés* ou prescrits parce qu'elles sont jeunes, vivent dans la pauvreté ou sont supposées ne pas être libres de décider des relations sexuelles qu'elles entretiennent. En d'autres termes, **la "recommandation" fonctionne comme une coercition subtile** qui implique leur acceptation parce qu'ils ne peuvent pas - ou ont peur - de remettre en question les décisions médicales et parce qu'ils font confiance au système de santé.

Une autre situation révélée par le travail de terrain, et dont les femmes roms souffrent le plus, est la **stérilisation totale ou partielle** (ligature des trompes). Celle-ci n'est pas perçue comme une violence par de nombreuses femmes roms, mais comme une recommandation qui, toutefois, ne coïncide pas avec leurs souhaits ou leurs préférences. Il est donc rapporté que

cette action est souvent consentie au départ - mais pas suffisamment informée - et qu'elle est pratiquée sur les femmes roms à un jeune âge sur la base du jugement culturel des professionnels de la santé concernant le nombre d'enfants qu'elles ont déjà eus.

L'un des exemples récurrents est, après une deuxième césarienne, de dire à la femme qu'elle *devrait subir une* ligature des trompes, car lors de la troisième césarienne, il ne serait pas possible d'effectuer l'intervention et ce serait trop dangereux pour sa vie et celle du futur bébé. Cependant, les recommandations sanitaires autorisent jusqu'à trois césariennes.

Là encore, la recherche comparative d'Asencio et al. (2019), qui a interrogé plus de 800 personnes (femmes et hommes de deux quartiers roms et non roms de Barcelone), a révélé que **les femmes roms étaient plus susceptibles d'utiliser la ligature des trompes et l'implant** que les femmes non roms, et que les hommes roms étaient plus susceptibles d'utiliser le coït interrompu. En ce qui concerne l'information sur les méthodes contraceptives, l'étude a montré que les femmes roms **connaissent mieux le stérilet, l'injection contraceptive et le bouchon tubaire que les femmes non roms, et** moins bien le préservatif masculin, tandis que les hommes roms connaissent moins bien le préservatif féminin que les hommes non roms. Par conséquent, une analyse minutieuse de ces situations du point de vue du genre dans les politiques publiques de santé sexuelle et reproductive semble également nécessaire.

5.3. Besoins des femmes victimes d'AEAF

5.3.1. Besoins communs

Tout au long de la recherche, nous avons essayé de distinguer les besoins des victimes de l'excision en prêtant attention à leurs différents profils. Il est important de souligner qu'il existe peu de connaissances sur ce type de violence reproductive et qu'il est nécessaire de **poursuivre les recherches, notamment en s'appuyant sur les expériences des victimes elles-mêmes.**

D'autre part, tant la littérature spécialisée que les organisations et les experts consultés font référence à un ensemble de besoins spécifiques des victimes d'AEAF et des VR en général, bien que toutes les informations visent à souligner que toutes les victimes de VFF **ont des besoins communs qui font référence à la globalité (en ce qui concerne la protection de tous leurs droits) et à l'accessibilité universelle et culturelle.** Étant donné que ces besoins sont communs

à toutes les formes de violence, ils sont développés en détail dans le chapitre sur les propositions et les recommandations d'intervention (voir chapitre 15).

Il convient tout d'abord de prendre en compte les **dommages spécifiques subis et leurs conséquences** (voir point 4.5) et d'envisager les éléments suivants :

- **Besoin de sensibilisation** : les victimes ne connaissent pas les principaux droits sexuels et reproductifs et n'ont souvent qu'un accès très limité aux services de santé gynécologique et obstétrique ainsi qu'aux informations et conseils en matière de santé sexuelle et menstruelle.
- En général, dans le domaine de la sexualité, de la reproduction humaine, des règles et du corps en général, de **nombreux tabous persistent**. Pour de nombreuses femmes, il s'agit de sujets **embarrassants**, sur lesquels elles **manquent de confiance** et d'aisance. Dans de nombreux cas, elles ne sont même pas conscientes des violences qu'elles ont subies.
- **Crédibilité et reconnaissance**. La persistance des stéréotypes sur la sexualité, le capacitisme et la discrimination ethnique et raciale (entre autres) influencent la prise en compte des témoignages des victimes. De plus, lorsque la prise de conscience est tardive, elle est influencée par le temps qui s'est écoulé depuis les agressions, de sorte que les victimes pensent qu'elles ne seront pas reconnues en tant que telles.

(...) elle avait vécu des situations d'abus de la part de son père, et ce que cette femme a fait à l'époque, c'est d'aller voir l'assistante sociale du secteur, qui ne lui a pas accordé beaucoup de crédibilité parce que, comme elle a des problèmes de santé mentale... elle n'a pas accordé beaucoup de crédibilité au discours de ce qu'elle a raconté (E3).

L'histoire d'une femme souffrant d'un handicap physique sera plus crédible que celle d'une femme souffrant d'un trouble mental ou d'un handicap intellectuel, en raison des mythes existants sur ces handicaps (E7).

- **Déshomogénéisation**. Dans le cas du handicap, il est souligné qu'il y a souvent des professionnels de l'aide sociale, de la police et de la justice qui ont tendance à comprendre le handicap de manière homogène, sans tenir compte des différents types de handicap qui existent et des différences qui existent entre eux.

Il en va de même pour les femmes roms et les femmes issues de différentes diasporas qui sont regroupées dans la catégorie des "migrantes" sans tenir compte des différences de valeurs et de coutumes sociales et religieuses qui influent sur leurs expériences.

- **Information sur les ressources.** Les victimes de l'AEAF ont besoin d'une information accessible, claire, simple et adaptée aux caractéristiques des différents profils des femmes ciblées. Selon l'OMS (2022), ces soins doivent être fournis de manière confidentielle, sans discrimination et sans menace de poursuites pénales ou d'autres mesures punitives⁶². Ce dernier point est très important car il existe une tendance à blâmer ou à criminaliser les femmes victimes de viols.
- **Compréhension et soutien à la communication :** les femmes ayant des besoins spécifiques en matière de communication éprouvent un sentiment d'incompréhension, surtout si leur soutien à la communication est inadéquat.

Par exemple, les femmes sourdes peuvent avoir besoin, en plus des interprètes LSE, de médiateurs de communication ; d'autres peuvent avoir besoin de médiateurs sourds et aveugles. Certaines MDPH et femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale peuvent avoir besoin d'orthophonistes.

En outre, les pictogrammes représentant les différentes formes de violence et de santé sexuelle et reproductive sont utiles pour les victimes dans leur ensemble.

Dans le cas de certaines communautés de certaines diasporas, il existe un besoin de médiation culturelle et de figures d'interprétation qui peuvent traduire les expériences et les significations données à une expérience⁶³. En outre, lorsqu'un problème survient, les victimes peuvent avoir des référents communautaires formés à cette violence et qui peuvent faciliter l'attention des communautés par ces ressources.

⁶² Observation générale n° 36, paragraphe 8 : Article 6 du Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques, sur le droit à la vie. Genève, Comité des Droits de l'Homme des Nations Unies (124^e session), 2018 (CCPR/C/GC/36).

⁶³ L'un des experts l'a expliqué de la manière suivante : " il y a des femmes qui viennent avec leurs filles lorsqu'elles considèrent qu'elles se développent à un âge trop précoce, que leurs règles arrivent trop tôt et que cela va entraver leur croissance (...) Elles se rendent au centre de santé pour essayer de traiter ce développement. En Inde, par exemple, on leur donne ce genre de traitement ; ici, non, parce que c'est considéré comme quelque chose de normal (...) ici, les médecins leur disent qu'ils ne comprennent pas quel est le problème (...) Ces médiateurs essaient de leur expliquer [aux professionnels] le contexte dans lequel c'est un problème pour eux (...)", ils contribuent à faire face à la situation. (Entretien).

- Les victimes **doivent être prises en charge par du personnel formé** à la VR et au FLE, mais aussi aux besoins spécifiques des groupes de femmes qui sont leurs principales victimes.
- L'expérience des EELL et des experts (ONG et chercheurs) montre clairement que la formation en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, d'égalité des sexes et de lutte contre la violence à l'égard des femmes est une condition préalable à l'obtention du label AEAF.
- Leur processus de rétablissement implique des **procédures d'orientation spécialisées**. Cela implique un travail coordonné entre les services de santé et les organisations spécialisées (prise en charge des femmes très vulnérables et des autres violences concomitantes telles que la violence liée au sexe, la violence sexuelle et sexiste, les mutilations génitales féminines, l'exploitation sexuelle, les mariages forcés, etc.)
- Les victimes ont besoin d'**examens gynécologiques et médicaux pour** détecter les dommages et les conséquences sanitaires des violences qu'elles ont subies. Elles ont besoin d'un soutien **psychologique et psychiatrique** avec un suivi à long terme. Elles peuvent souvent avoir besoin de chirurgies réparatrices et d'un long traitement médicamenteux (voir la section sur les *conséquences de l'EAPA*).
- Le **lien entre la stérilisation et les agressions sexuelles** doit être soigneusement évalué, en particulier à l'égard des femmes handicapées et des victimes d'exploitation sexuelle.
- En ce qui concerne les **besoins en matière d'accès à la justice**, il est également nécessaire d'assurer la perspective de l'intersectionnalité et de l'universalité. Ces recours peuvent inclure une réparation adéquate, effective et rapide sous la forme d'une restitution, d'une indemnisation, d'une réadaptation, d'une satisfaction et de garanties de non-répétition⁶⁴.
- Ces formes de VFF sont principalement traitées par le biais du droit pénal, mais sans accorder l'importance nécessaire à la **prévention, à la protection et à l'indemnisation** (GREVIO, 2020).

⁶⁴ Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive, paragraphe 64 (article 12 du Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels). Genève, Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies, 2016 (E/C12/GC/22).

- Les procédures (activités de preuve, communications, examens) devraient être adaptées ou soutenues pour les femmes handicapées et les membres des diasporas.
- Dans le cas des femmes handicapées, lorsqu'elles sont privées de capacité juridique, les obstacles du système judiciaire sont presque insurmontables. Même lorsqu'elles signalent des abus, les victimes ne sont souvent pas perçues comme crédibles (Holla, Juultje et Smits, José, 2018 ; Castellanos-Torres, 2020b). À cet égard, l'Observation générale n° 3 (2016) de la CDPH met déjà en garde contre le **manque de sensibilisation et les stéréotypes préjudiciables de la part de la fonction publique, du système judiciaire, du ministère public ou de la police**. Le manque de compréhension et de reconnaissance décourage le signalement et entraîne l'impunité et l'invisibilité (Castellanos-Torres, 2020b).
- Les violations des droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées se produisent souvent parce que leur droit d'exercer leur **capacité juridique** a d'abord été violé. Lors de la stérilisation, la volonté des femmes handicapées n'est pas prise en compte si leur droit à la capacité juridique a été restreint (Serra, 2016).
- Des obstacles à l'accès à la justice pour les victimes de la VR peuvent également survenir dans des situations d'**incertitude juridique**, telles que celles auxquelles sont confrontées les femmes migrantes en situation administrative irrégulière ou dans l'attente de la résolution de leur demande de PI ou encore les femmes en situation de prostitution ou de traite à des fins d'exploitation sexuelle ou d'exploitation de leur travail.
- **Réparation symbolique.** L'AEAF - et la VFF en général - n'est pas inclus dans les actes symboliques de sensibilisation, de dénonciation et de réparation en matière de VFF.
 Certaines des personnes interrogées ont critiqué l'acte institutionnel de pardon pour les victimes qui a été fait lorsque la modification de l'article 156 du code pénal sur la stérilisation forcée des femmes handicapées a été approuvée. Cet acte a été jugé insuffisant et n'a pas réparé les préjudices subis par ces femmes stérilisées.
- **Liens et soutien.** Les caractéristiques de l'AEAF font que les femmes ont été largement isolées dans leur victimisation. Dans la plupart des cas, il existe un lien direct entre l'abus, l'isolement social et l'absence de réseau social. Des liens et des amitiés avec d'autres personnes sont nécessaires.

5.3.2. Besoins en fonction du profil des personnes concernées

En ce qui concerne les besoins spécifiques de **certains groupes**, les éléments suivants ont été recueillis tout au long de la recherche :

- **Femmes handicapées** : elles nécessitent une déshomogénéisation importante en tant que groupe ; chaque handicap a ses propres caractéristiques.
 - En ce qui concerne leur famille, leur soutien et les personnes qui s'occupent d'elles, elles doivent comprendre que la surprotection peut devenir une autre forme de violence. Ils doivent savoir ce qu'est la violence à l'égard des femmes handicapées, et en particulier la violence reproductive, et identifier comment contribuer à leur rétablissement.
 - Dans de nombreux cas, les familles et les institutions de soins ont été les auteurs de la violence liée au sexe, ce qui nécessite une prise de conscience des préjudices subis et des possibilités de réparation pour les victimes.
- **Femmes roms** : elles doivent connaître leurs droits en tant que patientes et citoyennes et savoir comment identifier les conséquences des situations de VFF qu'elles ont vécues. Elles ont également besoin d'aide pour identifier d'éventuelles attitudes anti-Roms (par exemple, derrière des recommandations médicales qui ne sont pas neutres). Cela signifie qu'ils ont besoin de conseils sur la discrimination.
- **Femmes migrantes, demandeuses d'asile ou réfugiées ou femmes avec PA** : elles ont besoin d'une adaptation de l'intervention dans un cadre interculturel plus précis, qui ne les victimise pas à nouveau et qui rend les services accessibles par le biais d'interprètes culturels, ce qui va au-delà de la barrière de la langue.
 - Ils peuvent également avoir besoin de plus de **ressources pour la conciliation familiale** afin de garantir leur accès aux processus de soins en raison de l'absence d'autres formes de soutien à proximité.
 - De nombreuses femmes sont vulnérables en raison de leur situation administrative et ont donc besoin d'être **soutenues dans les procédures de régularisation ou de PI** qu'elles suivent ou qu'elles doivent entamer.
 - Selon leur pays d'origine, ils peuvent être tenus d'**apprendre l'espagnol (et la langue co-officielle** de la communauté autonome où ils résident).
 - **La SSR est pratiquement absente des processus d'accueil** et d'inclusion, ce qui affecte la prévention, la détection et la prise en charge. Elles représentent

un groupe ayant des difficultés particulières à connaître les ressources d'aide disponibles en matière d'égalité et de VFF (en général) et à faire confiance à certains services et professionnels auprès desquels elles peuvent verbaliser la violence qu'elles ont subie. Dans une plus large mesure, les violences reproductifs.

- En outre, ils peuvent être confrontés à des situations d'**isolement institutionnel**, d'où la nécessité de travailler spécifiquement dans ces espaces. On parle d'isolement forcé (ex : CIE) ou d'isolement limité car ils dépendent des ressources de soins (ex : CETI de Ceuta et Melilla, CAR ou CREADE).

6. AEF : cadre réglementaire et institutionnel

6.1. Contexte international et européen

6.1.1. Cadre général

La contraception forcée, la stérilisation forcée et l'avortement forcé sont des violations spécifiques des **droits sexuels et reproductifs** (DSRR) et des **droits fondamentaux** (Patel, 2019) tels que : le droit à la santé⁶⁵, le droit à l'information⁶⁶, le droit à la liberté et à la sécurité de la personne⁶⁷, et le droit à l'égalité et à la non-discrimination⁶⁸.

La stérilisation forcée a été largement dénoncée comme une violation des droits de l'homme équivalente à la torture et une forme particulièrement pernicieuse de violence fondée sur le genre (UNFPA, 2018).

L'avortement forcé constitue une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, y compris le droit à l'intégrité physique et mentale⁶⁹ (OMS). À cet égard, l'OMS note que :

"Les États devraient prévenir et poursuivre les avortements forcés pratiqués par des fonctionnaires et des acteurs privés, en particulier lorsqu'ils sont pratiqués sur des femmes handicapées ou conformément à des lois et politiques de planification familiale coercitives, ainsi que dans le contexte d'un conflit"⁷⁰.

⁶⁵ Ce principe est inscrit dans les instruments internationaux des Nations Unies : le Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels, la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) et la Convention relative aux Droits de l'Enfant.

⁶⁶ Garantie par le Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques et la CDPH.

⁶⁷ Présente dans le Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques et dans la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

⁶⁸ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels ; Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées ; Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques

⁶⁹ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ONU, 1987)

⁷⁰ Voir à cet égard : Observation générale n° 28 : Article 3 du Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques, concernant l'égalité des droits des hommes et des femmes. New York (NY), Comité des Droits de l'Homme des Nations Unies, 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10) ; Rapport du Groupe de travail des Nations Unies sur la question de la discrimination à l'égard des femmes en droit et en pratique au Conseil des Droits de l'Homme. New York (NY), Assemblée Générale des Nations Unies, 2016 (A/HRC/32/44) ; Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez. Rapport au Conseil des droits de l'homme. New York (NY), Assemblée Générale des Nations Unies, 2013 (A/HRC/22/53) ; Observation générale n° 3 : Article 6 : Femmes et filles handicapées. Genève, Comité des Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies, 2016 (CRPD/C/GC/3) ; Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Selon l'OMS (2022:10), la protection des victimes exige que, dans le cadre du droit à la non-discrimination et à l'égalité, les États prennent des mesures pour empêcher l'imposition de l'avortement forcé, en particulier aux femmes et aux filles appartenant à des groupes particulièrement vulnérables.

La **Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes** (Conférence Mondiale de Vienne sur les Droits de l'Homme, 1993) définit pour la première fois dans un organe international la violence faite aux femmes comme un problème de droits de l'homme ; dans son article 1, elle inclut explicitement dans cette définition la violence qui nous intéresse : **la pratique de la stérilisation et de l'avortement forcés, l'utilisation coercitive/forcée de contraceptifs, l'infanticide féminin et la sélection prénatale en fonction du sexe.**

Bien qu'ils aient été mis en évidence il y a trois décennies, leur inclusion par les États Membres des Nations Unies dans leurs politiques de lutte contre la violence à l'égard des femmes a été très inégale.

Pour sa part, le Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels du Conseil Économique et Social des Nations Unies (2016), dans son **Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive** (article 12 du Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels), déclare que **la santé et les droits sexuels et reproductifs sont des droits de l'homme.**

Ils font non seulement partie intégrante du droit à la santé, mais sont également **nécessaires à la jouissance de nombreux autres droits de l'homme**, notamment le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture et aux mauvais traitements, le droit de ne pas être soumis à la discrimination, le droit à l'égalité devant la loi, le droit au respect de la vie familiale, le droit à l'éducation et le droit au travail. Ils sont donc **universels et inaliénables, indivisibles, interdépendants et intimement liés.** Les États doivent garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, des biens, des informations et des services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

Rapport au Conseil des Droits de l'Homme. Nations Unies, 2008 (A/HRC/7/3) ; Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport à l'Assemblée Générale. Nations unies, 2009 (A/64/272).

Pour sa part, le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (CEDAW, 2017), dans sa **recommandation générale n° 35 sur la violence fondée sur le genre à l'égard des femmes**, déclare -spécifiquement- que :

"Les violations de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, telles que la stérilisation forcée, l'avortement forcé, la grossesse forcée, la criminalisation de l'avortement, le refus ou le retard de l'avortement sûr et des soins post-avortement, la poursuite forcée de la grossesse, ainsi que les abus et les mauvais traitements infligés aux femmes et aux filles qui recherchent des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et reproductive, **sont des formes de violence fondée sur le sexe** qui, selon les circonstances, peuvent être assimilées à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants" (paragraphe 18.). C'est nous qui soulignons).

Dans le cadre de la VR, il convient de noter que les **avortements sélectifs, en tant que pratique de sélection du sexe**, sont également considérés comme une violation des droits de l'homme. Ce point a été clairement établi lors de la Conférence Internationale des Nations Unies sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire (1994) et est spécifiquement mentionné à l'adresse dans la déclaration inter-institutions des Nations Unies de 2011 (HCDH, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes et OMS), intitulée "*Prévention de la sélection du sexe en fonction du genre*". Dans le contexte européen, il convient de noter que cette question revêt une importance particulière (voir la section suivante).

Tous ces mandats internationaux doivent être mis en œuvre en tenant compte, en outre, **des Objectifs de développement durable de l'Agenda 2030**, et plus particulièrement de l'Objectif 3 (Santé et bien-être), de l'Objectif 5 (Égalité des sexes) et de l'Objectif 10 (Réduction des inégalités) sous la double approche du genre et du handicap.

6.1.2. Contexte européen

La FEAA figure parmi les formes d'expression de la **violence à l'égard des femmes** dans la Convention du Conseil de l'Europe sur la Prévention et la Lutte Contre la Violence à l'égard des Femmes et la Violence Domestique (2011). Connue sous le nom de **Convention d'Istanbul**, elle a été ratifiée par l'Espagne et est en vigueur depuis le 1er août 2014.

Parallèlement, il existe la convention dite de Varsovie, la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (convention n° 197 du Conseil de l'Europe), adoptée à Varsovie le 16 mai 2005.

L'avortement et la stérilisation forcés sont des infractions au titre de l'article 39 de la Convention :

Article 39 - Avortement et stérilisation forcés

Les Parties adoptent les mesures législatives ou autres qui se révèlent nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale aux actes commis intentionnellement :

(a) pratiquer un avortement sur une femme sans son consentement préalable en connaissance de cause ;

(b) pratiquer une intervention chirurgicale ayant pour but ou pour effet de mettre fin à la capacité d'une femme à se reproduire naturellement sans que celle-ci ait donné son consentement préalable en connaissance de cause ou sans qu'elle ait compris la procédure.

La stérilisation forcée est encore légale dans 13 pays de l'UE⁷¹ et une initiative législative est encouragée sur la base de la résolution du Parlement Européen du 13 décembre 2022 sur l'égalité des droits pour les personnes handicapées (2022/2026(INI))⁷².

En ce qui concerne la **sélection prénatale du sexe**, l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, dans sa résolution de 2010, a condamné cette pratique comme un phénomène d'inégalité entre les sexes qui renforce un climat de violence à l'égard des femmes.

Ce document analyse la situation dans plusieurs pays européens et considère que l'instrument européen qui régit cette situation est la *Convention Européenne pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine de 1997*, également connue sous le nom de "Convention d'Oviedo", ratifiée par l'Espagne en 1999⁷³.

Le Parlement Européen (2016), dans sa résolution intitulée *Gendercide : where are the missing women*, souligne que le **gendercide⁷⁴ est un crime et une violation grave des droits de l'homme** qui nécessite des moyens efficaces pour combattre et éliminer

⁷¹ Portugal, Finlande, Bulgarie, Croatie, Malte, République tchèque, Chypre, Danemark, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie et Slovaquie.

⁷² Résolution du Parlement Européen du 13 décembre 2022 sur l'égalité des droits pour les personnes handicapées (2022/2026(INI)) (accès)

⁷³ Article 14 - Non-sélection du sexe. L'utilisation des techniques d'assistance médicale à la procréation dans le but de choisir le sexe de la personne à naître n'est pas autorisée, sauf dans les cas où cela est nécessaire pour éviter une maladie héréditaire grave liée au sexe.

⁷⁴ Le Parlement Européen utilise le terme "gendercide" comme un terme non sexiste faisant référence au meurtre ciblé, systématique et à grande échelle de personnes (hommes ou femmes) appartenant à un sexe particulier, qui est un problème croissant mais peu signalé dans certains pays, avec des conséquences mortelles, et dans la résolution susmentionnée étudie spécifiquement les causes, les tendances, les conséquences et les méthodes pour lutter contre les pratiques de sélection du sexe, qui peuvent également prendre la forme d'infanticides et de violences fondées sur le genre.

toutes les causes profondes qui conduisent à la culture patriarcale ; considère cette pression sur les femmes comme une forme de violence physique ou psychologique par la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique et par la Déclaration et la Plateforme de Pékin ; et exhorte les gouvernements à réagir face à ce phénomène.

Enfin, au niveau européen également, il convient de se référer à la **résolution du Parlement européen du 24 juin 2021 sur la situation de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans l'Union Européenne**, dans le contexte de la santé des femmes, puisqu'elle fait référence à l'éradication du syndrome d'alcoolisme fœtal.

La résolution part de la description de la situation préoccupante dans les pays européens (le *rapport sur la situation de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans l'UE dans le cadre de Santé des femmes 2021*)⁷⁵ ; où l'**impact négatif que Covid-19** a eu sur les systèmes de soins de santé sexuelle et reproductive des femmes est mis en exergue.

Il souligne notamment l'**absence de données statistiques** et s'inquiète des **obstacles supplémentaires, de la discrimination intersectionnelle et de la violence** dans l'accès aux soins de santé auxquels sont confrontés "les individus et les groupes marginalisés, notamment les minorités ethniques ou religieuses, les migrants, les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés, les personnes sans assurance maladie, les personnes vivant dans les zones rurales, les personnes handicapées, les personnes LGBTIQ, les victimes de violence, etc. Cette situation est la conséquence de "lois et de politiques qui autorisent des pratiques coercitives en matière de santé sexuelle et reproductive et qui ne garantissent pas d'aménagements raisonnables dans l'accès à des soins et à des informations de qualité".

Le point 1 de la résolution fait référence à la **non-discrimination**⁷⁶ et à la **responsabilité des États Membres de sauvegarder le droit de toute personne** à "*faire ses propres choix en connaissance de cause en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, à garantir le droit à l'intégrité physique et à l'autonomie personnelle, à l'égalité et à la non-*

⁷⁵ De la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres (2021). V. blb.

⁷⁶ Le point 1 fait référence à l'âge, au sexe, au genre, à la race, à l'ethnie, à la classe, à la caste, à la religion ou aux convictions, à la situation matrimoniale ou socio-économique, au handicap, au statut VIH (ou IST), à l'origine nationale ou sociale, au statut juridique ou d'immigration, à la langue, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.

discrimination, et à donner à chacun les moyens de jouir de la santé et des droits sexuels et reproductifs".

Elle souligne que la santé reproductive et sexuelle est une composante essentielle d'une bonne santé et invite les États Membres à fournir des **services de santé de qualité et accessibles** (point 9), en mentionnant spécifiquement l'accès à ces services pour les femmes handicapées et les victimes de violences sexuelles et sexistes. Elle souligne également que le consentement préalable doit être donné pour toutes les interventions médicales liées à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation.

Le point 17 de la résolution fait explicitement référence aux femmes handicapées, dans lequel elle "se déclare profondément préoccupée par le fait que les femmes et les filles handicapées se voient trop souvent **refuser l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et le consentement éclairé à l'utilisation de contraceptifs, et sont même confrontées au risque de stérilisation forcée** ; invite les États membres à mettre en œuvre des mesures législatives visant à protéger l'intégrité physique, la liberté de choix et l'autodétermination en ce qui concerne la vie sexuelle et reproductive des personnes handicapées" (soulignement ajouté).

Enfin, il convient de mentionner la **proposition de directive du Parlement Européen et du Conseil relative à la Lutte Contre la Violence à l'égard des Femmes et la Violence Domestique** (COM/2022/105 final) de 2022, qui inclut dans son approche (parmi de nombreuses autres formes de violence) l'avortement et la stérilisation forcés (paragraphe 4).

La VR est explicitement mentionnée, en relation avec les services de soutien spécialisés qui devraient être mis en place (paragraphe 46).

En ce qui concerne cette proposition, qui préconise un traitement holistique de la violence, le Lobby européen des femmes a souligné l'importance de considérer, dans la notion d'"**avortement forcé**", le refus de soins d'avortement sûrs et légaux et la stérilisation forcée comme une violation des droits sexuels et reproductifs des femmes, ainsi que les mariages forcés. C'est ce qui ressort de *l'étude sur la proposition de directive -COM (2022) 105 final - de la Commission Européenne sur la violence à l'égard des femmes* (Freixes, 2022).

En effet, dans l'étude du processus de **transposition de cette directive en droit espagnol**, les recommandations du Conseil Économique et Social ont été prises en compte, ce qui favorise

l'inclusion dans la loi de ce que l'on appelle les "**violences gynécologiques et obstétricales**" ainsi que de la **maternité de substitution**. Bien que cette législation soit en cours de transformation.

6.2. Droits des femmes handicapées

Une attention particulière devrait être accordée à la référence normative internationale qui protège les femmes handicapées, étant donné qu'elles sont les principales victimes de l'AEAF.

Le cadre des droits fondamentaux est la **Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées** (2006), entrée en vigueur en Espagne en 2008, qui fait explicitement référence à la discrimination multiple à l'encontre des femmes et des filles handicapées, par le biais de l'article 6 et d'autres dispositions⁷⁷.

Ces articles sont directement ou indirectement liés à la protection et à la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs. Si les femmes handicapées ne sont pas reconnues comme égales devant la loi et n'ont pas le droit d'exercer leur capacité juridique⁷⁸, il leur est difficile d'exercer d'autres droits de l'homme et libertés fondamentales. En particulier, l'article 16, Protection contre l'exploitation, la violence et les abus, fait référence à la protection à l'intérieur et à l'extérieur du domicile, et souligne la nécessité de formes appropriées d'assistance et de soutien, tenant compte du sexe et de l'âge, pour les personnes handicapées, leur famille et les personnes qui s'en occupent.

En outre, les droits des femmes handicapées sont également reconnus dans la **CEDEF**, dont l'article 12 stipule que les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé afin de leur assurer,

⁷⁷ L'article 6 fait directement référence aux femmes handicapées, en soulignant la nécessité pour les États de reconnaître que les femmes et les filles handicapées sont soumises à de multiples formes de discrimination et de prendre des mesures pour leur assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales. Parmi les autres dispositions connexes figurent l'article 12 sur l'égalité de reconnaissance devant la loi, l'article 16 sur la protection contre l'exploitation, la violence et les abus, et les articles 23 et 25 sur le respect du domicile et de la famille et de la santé, respectivement.

⁷⁸ C'est pourquoi la loi 8/2021, du 2 juin, qui réforme la législation civile et procédurale pour soutenir les personnes handicapées dans l'exercice de leur capacité juridique, a permis à l'Espagne, 15 ans après la Convention, de se conformer à l'article 12, en mettant peu l'accent sur la volonté de la personne.

Il est donc nécessaire de passer d'un système tel que celui en vigueur jusqu'à présent dans notre système juridique, dans lequel la substitution prédomine dans la prise de décision concernant les personnes handicapées, à un système fondé sur le respect de la volonté et des préférences de la personne qui, en règle générale, sera chargée de prendre ses propres décisions. Ce point est fondamental lorsqu'on analyse la relation entre la stérilisation et l'incapacité judiciaire.

sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, l'accès aux services de soins de santé, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

Pour sa part, l'**Observation générale n° 3 du Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées** a identifié en 2016 trois principaux domaines de préoccupation concernant la protection des droits humains des femmes handicapées : 1. la violence ; 2. la santé et les droits sexuels et reproductifs ; 3. la discrimination.

Le Comité a souligné la persistance de la violence à l'encontre des femmes et des filles handicapées, notamment la violence et les abus sexuels, la stérilisation forcée, les mutilations génitales féminines et l'exploitation sexuelle et économique. Il a souligné que leurs décisions **sont remplacées par celles de tiers**, notamment des représentants légaux, des prestataires de services, des tuteurs et des membres de la famille, ce qui constitue une violation de leurs droits au titre de l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Toutes les femmes handicapées **devraient pouvoir exercer leur capacité juridique** de manière autonome, en prenant leurs propres décisions, avec un soutien si nécessaire, concernant les traitements médicaux et/ou thérapeutiques. La restriction ou le retrait de la capacité juridique peut faciliter certaines interventions telles que la stérilisation forcée ; par conséquent, il est essentiel de reconnaître la capacité juridique des femmes handicapées sur la base de l'égalité avec les autres, ainsi que le droit de fonder une famille et d'accéder régulièrement à des services d'aide à la famille.

Cette perspective a été confirmée par le rapport du **rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées**, qui traite de la santé et des droits sexuels et reproductifs des filles et des jeunes femmes handicapées (2017). Le *rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées* (2017) souligne que les femmes sont confrontées à des défis importants lorsqu'elles prennent des décisions autonomes concernant leur santé reproductive et sexuelle, et sont régulièrement exposées à la violence, aux abus et aux pratiques néfastes, y compris la stérilisation forcée, l'avortement forcé et la contraception forcée. Rappelle que les États ont l'obligation d'investir dans la santé et les droits sexuels et reproductifs des filles et des jeunes femmes handicapées, et de mettre fin à toutes les formes de violence à leur encontre.

Pour sa part, la **résolution du Parlement Européen du 30 novembre 2017** sur la mise en œuvre de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées (2017/2127(INI)) " reconnaît

que les femmes handicapées, en particulier les déficientes intellectuelles, sont davantage exposées à la violence fondée sur le genre, au harcèlement sexuel ou à d'autres types d'abus ; reconnaît en outre que leur état de dépendance peut les empêcher d'identifier ou de signaler les abus ; souligne la nécessité de continuer à se pencher sur la mise en œuvre de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées, qui prévoit des mesures préventives visant à éviter tous les types d'abus et à fournir aux victimes de violences un soutien de haute qualité, accessible et adapté à leurs besoins."

Enfin, l'**avis du Comité Économique et Social Européen** sur "*La situation des femmes handicapées*", de nature exploratoire, demandé par le Parlement Européen (3 avril 2018. 2018/C 367/04), mentionne comme observation spécifique la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris le respect du foyer et de la famille.

6.3. Cadre réglementaire espagnol

6.3.1. Réglementation nationale

L'Espagne a ratifié tous les traités principaux relatifs aux droits de l'homme, aux droits des femmes et aux droits des personnes handicapées. Ils font partie de notre acquis juridique⁷⁹.

En ce qui concerne les [références à l'AEAF](#), il est nécessaire de revenir sur la **Convention d'Istanbul**, qui a été ratifiée par l'Espagne en 2014 et qui est en vigueur depuis lors. Son **article 39** fait spécifiquement référence à l'avortement et à la stérilisation forcés (expliqués au point précédent).

De manière non explicite, l'AEAF peut être considérée comme un domaine de préjudice de la violence d'un partenaire intime ou d'un l'ex-partenaire (dans ces cas de figure uniquement). C'est que la **loi organique 1/2004, du 28 décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la violence de genre le détermine ainsi**. Comme nous l'avons déjà souligné, il s'agit d'une approche réductrice de la typologie spécifique de la violence reproductive.

Outre la Convention d'Istanbul, dans le cadre de l'État, l' AEAF est principalement inclus dans la **loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse (LOSSRIVE)** et surtout grâce à la **loi organique 1/2023, du 28 février,**

⁷⁹ Compte tenu de la spécificité du sujet, nous n'entrerons pas dans le détail, dans cette section, du cadre réglementaire espagnol relatif à la VFF dans toutes ses dimensions. Par exemple, l'EEVM 2022-2025, qui compile ce cadre et l'actualise en détail, peut être consulté à la Délégation Gouvernementale contre la Violence de Genre ([accès](#)).

qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse.

La loi organique 1/2023 du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, considère comme **violence dans la sphère reproductive** "tout acte fondé sur une discrimination sexiste qui porte atteinte à l'intégrité ou au libre choix des femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, à leur libre décision sur la maternité, son espacement et son calendrier" (article 2.7).

La loi **ajoute explicitement l' AEAF** comme forme de violence dans les définitions légales (article 2) et incorpore un titre III sur la protection et la garantie des droits sexuels et reproductifs, dont le chapitre III sur les mesures de prévention et de réponse aux formes de violence contre les femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive comprend l'article 31 sur les actions des administrations publiques, qui doivent détecter et prévenir cette violence. :

Article 2 - Définitions.

(...) 8. Stérilisation forcée : une forme de violence reproductive à l'égard des femmes qui consiste en une intervention chirurgicale visant à mettre fin ou ayant pour effet de mettre fin à la capacité d'une femme à se reproduire naturellement, sans qu'elle ait donné son consentement préalable en connaissance de cause ou qu'elle ait compris la procédure. 9) contraception forcée : forme de violence reproductive à l'égard des femmes consistant en une intervention médicale par tout moyen, y compris médicamenteux, qui a des conséquences similaires à celles de la stérilisation forcée 10) Avortement forcé : forme de violence à l'égard des femmes dans le domaine de la procréation consistant à pratiquer un avortement sur une femme sans son consentement préalable et éclairé, à l'exception des cas visés à l'article 9, paragraphe 2, point b), de la loi 41/2002, du 14 novembre.

Article 31 - Lutte contre l'avortement, la stérilisation et la contraception forcés

1. Les autorités publiques veillent à éviter les actions permettant des avortements forcés, des contraceptions forcées et des stérilisations forcées, en accordant une attention particulière aux femmes handicapées. 2) Les administrations publiques, dans le cadre de leurs compétences, promeuvent des programmes de santé sexuelle et reproductive destinés aux femmes handicapées, qui comprennent des mesures de prévention et de détection des formes de violence reproductive visées dans le présent article, et qui prévoient à cet effet la formation spécifique nécessaire à la spécialisation professionnelle.

En outre, l'article 2 de la LOSSRIVE guide les autorités publiques sur la notion de **santé qui doit être garantie aux citoyens en matière de SDSR** :

- **Santé sexuelle** : état général de bien-être physique, mental et social, qui exige un **environnement exempt de coercition, de discrimination et de violence**, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui a trait à la sexualité d'une personne.
- **Santé reproductive** : état général de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines liés à la reproduction.

Dans les deux cas, l'article 2 considère qu'il s'agit également d'une "**approche globale** pour analyser et répondre aux besoins de la population, ainsi que pour garantir le **droit à la santé et les droits reproductifs**". Il permet donc d'agir sur la violence liée au sexe sous toutes ses formes.

Cette orientation est renforcée au chapitre II Protection et garantie des droits sexuels et reproductifs dans le domaine gynécologique et obstétrique (articles 26-30), qui couvre les principes d'action, la recherche et la collecte de données, la formation et l'élaboration de protocoles.

Pour sa part, la **loi organique 10/2022 du 6 septembre sur la garantie de la liberté sexuelle** fait référence à l'inclusion, dans l'article 32, du droit à une assistance complète, spécialisée et accessible, à l'assistance personnelle, en tant que ressource disponible pour les femmes handicapées dans le but de renforcer leur autonomie dans toutes les procédures judiciaires, les mesures de protection et de soutien et les services aux victimes. Il est important de souligner à nouveau que ce sont les femmes handicapées qui sont les principales victimes de la violence à l'égard des femmes dans la typologie FLE.

Du point de vue pénal, la **loi organique 10/1995, du 23 novembre 1995, du code pénal** comprend plusieurs des VR auxquelles nous nous référons.

Dans notre **Code Pénal**, l'**avortement non consenti** est explicitement inclus avec d'autres crimes contre la liberté, la torture et contre l'intégrité morale, la liberté sexuelle et l'indemnité sexuelle, en particulier dans son titre II sur l'avortement. Ce titre invalide le consentement obtenu "par la violence, la menace ou la tromperie" et prend en compte les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses :

Article 144.

Quiconque provoque l'avortement d'une femme sans son consentement est puni d'une peine d'emprisonnement de quatre à huit ans et d'une interdiction spéciale d'exercer toute profession de santé ou de fournir des services de quelque nature que ce soit dans des cliniques, établissements ou cabinets gynécologiques, publics ou privés, pour une période de trois à dix ans.

Les mêmes peines sont infligées à quiconque pratique l'avortement après avoir obtenu le consentement de la femme par la violence, la menace ou la tromperie.

Article 145 bis.

1) Quiconque pratique un avortement dans les cas prévus par la loi est puni d'une amende de six à douze mois et d'une interdiction spéciale de fournir des services de quelque nature que ce soit dans des cliniques, établissements ou cabinets gynécologiques, publics ou privés, pour une période de six mois à deux ans :

a) Sans les avis préalables requis ;

b) En dehors d'un centre ou d'un établissement public ou privé agréé. Dans ce cas, le juge peut prononcer la peine dans sa moitié supérieure.

2. Dans tous les cas, le juge ou le tribunal prononcera les peines prévues au présent article dans la moitié supérieure lorsque l'avortement aura été pratiqué après la 22e semaine de gestation.

3. Les femmes enceintes ne sont pas sanctionnées en vertu de cette disposition.

En ce qui concerne la stérilisation, il convient de noter qu'en Espagne, la **stérilisation forcée des femmes handicapées** était légale jusqu'en décembre 2020, date à laquelle elle a été définitivement interdite par la **loi organique 2/2020 du 16 décembre, modifiant le code pénal afin d'éradiquer la stérilisation forcée ou non consensuelle des personnes handicapées frappées d'incapacité judiciaire**⁸⁰.

Avant ce changement législatif, ces stérilisations étaient autorisées par l'article 156 de la loi organique 10/1995, du 23 novembre 1995, du Code Pénal, car elles pouvaient être effectuées après une incapacité judiciaire. Aujourd'hui, aucun juge n'a pu autoriser la stérilisation forcée de femmes handicapées, mais de nombreuses victimes sont restées sur le carreau.

La loi organique actuelle 2/2020 comporte un seul article visant à supprimer le paragraphe mentionné a été une étape historique dans laquelle le mouvement organisé

⁸⁰ BOE n° 328 du 17 décembre 2020, pages 115646 à 115649 (accès).

des femmes handicapées a plaidé pendant des années pour que notre pays s'aligne sur la convention des Nations Unies.

En ce qui concerne l'**avortement sélectif en tant que pratique de sélection du sexe de l'enfant**, l'association de cette pratique à la VR n'apparaît pas explicitement dans notre cadre réglementaire, mais il convient de rappeler qu'elle figure à l'article 2.7, dans le cadre de la définition de la violence reproductive, de la loi organique 1/2023, du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, relative à la santé sexuelle et reproductive et à l'interruption volontaire de grossesse.

Il convient de souligner que notre pays a ratifié en 1999 la **Convention Européenne pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine** (Oviedo, 1997). Le cas de l'Espagne est cité en référence au groupe de pays parmi lesquels le diagnostic génétique pré-implantatoire est légal et la sélection du sexe n'est autorisée que pour des raisons médicales. Dans la loi 14/2006, du 26 mai, sur la reproduction humaine assistée, la sélection du sexe ou la manipulation génétique à des fins non thérapeutiques ou thérapeutiques non autorisées est considérée comme un délit très grave.

Enfin, en ce qui concerne les autres **femmes dans une situation de vulnérabilité particulière** à la violence reproductive, il existe différents instruments de protection dans le cadre de la notion de violence à l'égard des femmes.

Les victimes de MGF, les femmes prostituées et les femmes victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle disposent d'outils de protection spécifiques⁸¹ (voir à cet égard l'étude FEMP susmentionnée, 2023) sur lesquels les indicateurs relatifs aux MGF (et à la maternité de substitution) peuvent être améliorés.

Dans le cas spécifique des **femmes migrantes, des réfugiées et des demandeurs de protection internationale**, leur protection contre la violence masculine est généralement insuffisante.

⁸¹ La loi organique 10/1995, du 23 novembre, du Code Pénal établit la criminalisation du crime de mutilation génitale à l'article 149.2 du Code Pénal (voir règlements et protocoles spécialisés sur le site de la DGVG). Pour sa part, le délit de traite des êtres humains est défini à l'article 177 bis (voir règlements et protocoles spécialisés sur le site de la DGVG).

La législation sur les étrangers contient deux dispositions spécifiques visant à protéger les femmes étrangères victimes de violences fondées sur le genre⁸², en plus de celles résultant de la protection contre le crime de traite des êtres humains.

La législation sur les étrangers contient deux dispositions spécifiques visant à protéger les femmes étrangères victimes de violence liée au sexe. Les femmes qui arrivent en Espagne dans le cadre d'un processus de regroupement familial obtiennent un permis de séjour dépendant de celui de leur conjoint, dont le renouvellement est subordonné au maintien du lien conjugal. Face à des situations de violence à caractère sexiste, la loi organique 4/2000 dans son article 19.2 et le RD 557/2011 (règlement d'application de la loi sur les étrangers) dans son article 59.2, en relation avec le regroupement familial, permettent à la femme réunie d'accéder à une autorisation indépendante dans les cas où une ordonnance de protection a été délivrée.

D'autre part, des permis de séjour et de travail sont prévus pour les femmes victimes de violences de genre, provisoires dès lors qu'une ordonnance de protection a été délivrée et permanents dès lors que l'agresseur a été condamné. Afin que les femmes en situation administrative irrégulière ne soient pas dissuadées par cette circonstance par crainte d'une procédure de sanction pour séjour irrégulier, les procédures de sanction sont paralysées lorsqu'une plainte est déposée pour violence de genre ou violence sexuelle (voir les règlements relatifs à la loi organique 1/2004, du 28 décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la violence de genre ; et la loi organique 10/2022, du 6 septembre, sur les garanties intégrales de la liberté sexuelle).

En ce qui concerne les femmes réfugiées, l'article 7 de la **loi 12/2009, qui régit le droit d'asile et la protection subsidiaire**, définit les motifs de persécution qui donnent lieu à la reconnaissance du statut de réfugié, en incluant **expressément la persécution fondée sur le genre** (comme expliqué dans les sections précédentes).

⁸² Les femmes qui arrivent en Espagne dans le cadre du regroupement familial obtiennent un permis de séjour dépendant de celui de leur conjoint, dont le renouvellement est subordonné au maintien du lien conjugal. Dans le cas de situations de violence à caractère sexiste, la loi organique 4/2000, à l'article 19.2, et le règlement d'application de la loi sur les étrangers (RD 557/2011), à l'article 59.2, relatifs au regroupement familial, permettent à la femme réunie d'accéder à une autorisation indépendante dans les cas où une ordonnance de protection a été émise. D'autre part, des autorisations de séjour et de travail sont prévues pour les femmes victimes de violence de genre, à titre provisoire lorsqu'une ordonnance de protection est délivrée et à titre définitif lorsque l'agresseur est condamné. Afin de s'assurer que les femmes en situation administrative irrégulière ne soient pas dissuadées par cette circonstance par crainte d'une procédure de sanction pour séjour irrégulier, les procédures de sanction sont paralysées lorsqu'une plainte pour violence fondée sur le genre est déposée.

À cet égard, il convient de noter que le règlement régissant⁸³ le système d'abris pour la protection internationale et temporaire (SAPIT) **fait également explicitement référence à la violence à l'égard des femmes** :

- la reconnaissance de la vulnérabilité⁸⁴ (art.2) ;
- les principes généraux d'action⁸⁵ (art.6) ;
- le parcours d'accueil (art.11)⁸⁶ ;
- le droit de "recevoir des soins complets pour se rétablir des violences subies, le cas échéant, avant le déplacement ou dans le contexte de celui-ci" (article 12) ;
- les principes directeurs (art.26), qui stipulent (f) "La prévention du harcèlement et des actes de violence fondés sur le sexe, y compris la violence et le harcèlement sexuels" ;
- les caractéristiques des centres d'accueil pour la protection internationale (article 29), qui doivent disposer de points focaux pour "la prévention, la détection et la coordination des actions" en matière de violence à l'égard des femmes, ainsi que de protocoles d'action ;
- dans la formation du personnel du système (art.30).

L'application pratique du règlement dans le système permettra d'améliorer la prise en compte de la dimension de genre et la protection des femmes bénéficiant d'une protection internationale en Espagne.

⁸³ Décret royal 220/2022, du 29 mars, approuvant le règlement du système d'accueil de la protection internationale (B.O.E. n° 76, du 30/03/2022).

⁸⁴ Il s'agit notamment des mineurs, des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes atteintes de maladies graves, des femmes enceintes, des parents isolés avec des enfants mineurs, des victimes de la traite des êtres humains, des victimes de toute manifestation de violence à l'égard des femmes, des personnes appartenant à des groupes ethniques ou nationaux victimes de discrimination, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, des personnes LGTBI+ ou d'autres personnes ayant subi des tortures, des viols ou toute forme grave de violence psychologique, physique ou sexuelle, qui se distinguent de la torture.

⁸⁵ Article 6.c) Intégrer une approche fondée sur les droits de l'homme, le genre et l'intersectionnalité dans tous les programmes, mesures et actions mis en œuvre, y compris la reconnaissance de la discrimination et de la violence qui affectent spécifiquement les femmes, ainsi que la prévention des violations des droits de l'homme des personnes LGTBI+ et des personnes en raison de leur origine nationale ou ethnique, et l'attention portée à ces violations.

⁸⁶ En ce qui concerne la proposition d'orientation des personnes en situation de vulnérabilité vers d'autres ressources ou centres non inclus dans le système d'accueil. Il est indiqué que "pour garantir une prise en charge et une protection efficaces dans les cas susmentionnés et, en particulier, dans les cas de victimes de la traite des êtres humains, de toute manifestation de violence à l'égard des femmes, ou qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, les protocoles et les mécanismes de coordination et d'orientation interinstitutionnels établis à cet effet seront applicables".

En général, on peut prévoir que la protection des victimes de l'excision sera similaire à celle qui existe pour la violence liée au sexe, c'est-à-dire que le modèle actuel sera étendu à toutes les formes de violence contre toutes les femmes qui sont incluses dans le cadre institutionnel de la lutte contre la violence faite aux femmes.

Cela se reflète dans les efforts institutionnels visant à développer pleinement la Convention d'Istanbul et l'extension des services inclus dans le *Catalogue de référence des politiques et services de lutte contre la violence faite aux femmes, conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme* approuvées par la Conférence sectorielle sur l'égalité, lors de sa réunion plénière tenue le 22 juillet 2022 à Tenerife.

6.3.2. Références régionales

En ce qui concerne la situation de l' AEAF dans les différentes communautés autonomes, les lois des communautés autonomes sur la violence faite aux femmes contiennent différents types de réglementations dans lesquelles l'avortement et la stérilisation forcée sont considérés comme des **formes de violence faite aux femmes**.

Quatre communautés autonomes : l'Andalousie, la Catalogne, Valence et La Rioja, **désignent expressément** la stérilisation forcée comme une forme de violence fondée sur le sexe :

- En **Andalousie**, l'article 3 de la loi 13/2007, du 26 novembre, sur les mesures de prévention et de protection intégrale contre la violence à caractère sexiste, inclut parmi les types de violence :
 - f) La violence à l'encontre des droits sexuels et reproductifs des femmes, entendue comme des actions qui restreignent le libre exercice de leur droit à la santé sexuelle ou reproductive, qui nient leur liberté de jouir d'une vie sexuelle complète et sûre, le droit de décider, le droit d'exercer leur maternité et le droit d'être à l'**abri de la stérilisation forcée**.
- En **Catalogne**, l'article 5 de la loi 5/2008, du 24 avril, sur le droit des femmes à éradiquer la violence sexiste, dans son article 5, relatif aux domaines de la violence sexiste, établit ce qui suit :
 - f) Violence découlant des conflits armés : comprend toutes les formes de violence faite aux femmes qui se produisent dans ces situations, telles que le meurtre, le viol, l'esclavage sexuel, la grossesse forcée, l'avortement forcé, la **stérilisation forcée**, l'infection intentionnelle par une maladie, la torture ou les abus sexuels.

g) la violence contre les droits sexuels et reproductifs des femmes, comme les avortements sélectifs et les stérilisations forcées.

- La loi 7/2012, du 23 novembre, loi intégrale contre la violence à l'égard des femmes dans la **Communauté de Valence**, dans son article 3 point 8, mentionne expressément la stérilisation comme l'une des manifestations de la violence faite aux femmes de la manière suivante :

8. **Avortement et stérilisation forcée** : le fait de pratiquer un avortement sans le consentement libre, préalable et éclairé de la femme, ainsi qu'une stérilisation ou une intervention chirurgicale visant à interrompre ou entraînant l'interruption de la capacité d'une femme à se reproduire naturellement, sans son consentement préalable et éclairé ou sans qu'elle ait compris la procédure.

- Pour sa part, l'article 5 de la loi 11/2022, du 20 septembre, contre la violence de genre dans **La Rioja**, sur les formes et les manifestations de la violence de genre, stipule expressément ce qui suit au point 2.f)

f) La violence à l'encontre des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, entendue comme des actions qui restreignent le libre exercice de leur droit à la santé sexuelle ou reproductive, qui nient leur liberté de jouir d'une vie sexuelle complète et sûre, le droit de décider, le droit d'exercer leur maternité et le droit d'être à l'abri de la **stérilisation forcée**.

D'autres CA, bien qu'elles ne mentionnent pas spécifiquement la stérilisation forcée, incluent des références génériques dans leurs réglementations :

- Dans le cas de Murcie et des îles Canaries, les réglementations prévoient respectivement la **procédure médicale sans consentement**. Voir l'article 40.2 de la loi 7/2007, du 4 avril, pour l'égalité entre les femmes et les hommes et la protection contre la violence de genre dans la **région de Murcie** et aux **îles Canaries**, la loi 16/2003, du 8 avril, sur la prévention et la protection intégrale des femmes contre la violence de genre, modifiée par la loi 1/2017, du 17 mars, modifiant la loi 16/2003, du 8 avril, sur la prévention et la protection intégrale des femmes contre la violence de genre, qui, dans son article 3. 2. indique la violence contre les droits sexuels et reproductifs des femmes, entendue comme la réalisation d'un avortement sur une femme sans son consentement préalable et informé ou l'intervention chirurgicale dont l'objectif est de mettre fin à sa capacité reproductive.

- En Aragon, en Cantabrie, en Castille-la-Manche et au Pays basque, les réglementations respectives couvrent de manière **générique la "violence à l'encontre des droits sexuels et reproductifs des femmes"**.

En **Aragon**, la loi 4/2007, du 22 mars, sur la prévention et la protection intégrale des femmes victimes de violence en Aragon, mentionne à l'article 2 la violence contre les droits sexuels et reproductifs. En **Cantabrie**, l'article 3 de la loi 1/2004 du 1er avril sur la prévention de la violence à l'égard des femmes et la protection de ses victimes. L'article 4 de la *loi 4/2018 du 8 octobre pour une société sans violence de genre en Castille-La Manche* reconnaît les manifestations de violence liées à la violence reproductive.

De même, au Pays **basque**, la loi 4/2005, du 18 février, pour l'égalité des femmes et des hommes, modifiée par la loi 1/2022, du 3 mars, sur la deuxième modification de la loi pour l'égalité des femmes et des hommes, stipule à l'article 50.3 que : "La violence faite aux femmes constitue une violence fondée sur le genre : la violence entre partenaires intimes, la violence domestique, la violence sexuelle, le féminicide, la traite des femmes et des filles, l'exploitation sexuelle, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et autres pratiques traditionnelles préjudiciables, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, la torture, la violence institutionnelle, le harcèlement, la violence politique fondée sur le genre, la violence à l'égard des femmes et des filles, la violence sexuelle à l'égard des femmes et des filles, l'exploitation sexuelle et la violence à l'égard des femmes et des filles, violence politique fondée sur le genre, violence numérique et **violence** dans les réseaux sociaux, **violence obstétrique, violation des droits sexuels et reproductifs, ainsi que toute autre forme de violence portant atteinte ou susceptible de porter atteinte à la dignité, à l'intégrité ou à la liberté des femmes et des filles, prévue par les traités internationaux, le code pénal espagnol ou les réglementations des États ou des communautés autonomes. (...)**".

- En Castille et Léon, en Galice et en Navarre, la stérilisation forcée pourrait être incluse dans la mention générale de "toute autre forme de violence" qui figure dans ses articles.

Loi 13/2010 du 9 décembre 2010 contre la violence à caractère sexiste en **Castille et Léon**, article 2 ; en **Galice**, loi 11/2007 du 27 juillet 2007 pour la prévention et le traitement intégral de la violence à caractère sexiste, article 3. En **Navarre**, la loi forale 14/2015, du 10 avril, visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes, considère "toute autre forme de violence qui porte atteinte ou risque de porter atteinte à la dignité, à l'intégrité ou à la liberté des femmes, prévue dans les traités internationaux, dans le code pénal espagnol ou dans les réglementations étatiques ou forales".

- En **Estrémadure** et dans **les Asturies**, les réglementations n'incluent pas ce type de violence reproductive comme une forme de violence fondée sur le genre dans leurs définitions - article 4 et article 2, respectivement -, qui sont similaires au concept de violence fondée sur le genre établi dans la *loi intégrale 1/2004*.
- Enfin, dans le cas des **îles Baléares**, l'article 65 de sa législation n'inclut pas la stérilisation forcée dans ses définitions, mais il inclut, par exemple, les mutilations génitales féminines (MGF), tout comme la *loi 5/2005 contre la violence à caractère sexiste dans la Communauté de Madrid*, qui mentionne expressément les MGF dans son article.

L'examen des législations régionales sur la violence faite aux femmes et l'inclusion ou non dans leurs définitions de la violence reproductive, en particulier la stérilisation forcée, montre un scénario très hétérogène, qui peut conduire à des **résultats disparates dans la prise en charge des victimes et générer des inégalités territoriales**. Ainsi, comme le mentionne le rapport GREVIO (2020), il existe des différences marquées en termes de portée de la législation régionale, de **prestation de services et de financement alloué**.

6.3.3. Autres références institutionnelles

Le III^{ème} Plan stratégique pour l'égalité effective des femmes et des hommes 2022-2025 (PEIEMH) est la politique publique autour de laquelle s'articule l'objectif de promouvoir l'égalité des chances entre les hommes et les femmes en Espagne et cherche à promouvoir les droits fondamentaux des femmes dans notre pays.

Dans le PEIEMH, la violence reproductive est **partiellement couverte**, à la fois dans l'axe 3 "Vivre sans violence masculine" et dans l'axe 4 "Un pays avec des droits pour tous".

L'axe 3 sur la violence masculine apparaît dans la ligne VM.1 Cadre institutionnel : consolider les cadres des obligations institutionnelles face aux différentes formes de violence masculine, l'élimination des interventions gynécologiques et obstétricales inadéquates ou inutiles figure parmi les priorités. Définir et répondre à la violence dans la sphère sexuelle et reproductive, ainsi qu'aux interventions gynécologiques et obstétricales inadéquates ou inutiles dans le cadre de la réforme de la loi organique 2/2010 du 3 mars sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption de grossesse. Mesures 349, 350 et 351.

L'axe 4 Un pays avec des droits pour tous, considère à son tour la VR dans la ligne DEM.2. Santé, droits sexuels et reproductifs : intégrer l'égalité des sexes et la voix des femmes dans les politiques de santé publique et garantir les droits, et plus particulièrement dans les points suivants :

- DEM.2.2 Garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs de toutes les femmes.
- DEM.2.2.1 Proposer et approuver la réforme de la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, afin de garantir l'exercice effectif des droits reconnus et de légiférer contre la violence dans le domaine sexuel et reproductif, pour l'élimination des interventions gynécologiques et obstétricales inappropriées ou inutiles, et contre l'exploitation reproductive, le tout dans le cadre d'un processus participatif (mesure 518).
- DEM.2.2.3 Garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, et en particulier aux méthodes contraceptives, à la contraception d'urgence et à l'interruption de grossesse pour toutes les femmes dans le cadre du système national de santé.

Avec le PEIEMH, le cadre institutionnel d'action sur l' AEAF a une double nature. D'une part, nous trouvons des références aux **politiques publiques sur la santé** sexuelle et reproductive et, d'autre part, à l'**action contre la violence faite aux femmes**.

En ce qui concerne le premier domaine, au niveau de l'État, en ce qui concerne les [soins de santé sexuelle et reproductive](#), il existe la **Stratégie Nationale pour la Santé Sexuelle et Reproductive (ENSRR)** (2011), dont le Ministère de la Santé est responsable. Il y a aussi les

actions de l'**Observatoire de la santé des femmes** de la Direction Générale de la Santé Publique, qui travaille à l'élaboration de lignes d'action communes pour réduire les inégalités de genre en matière de santé, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

L'ENSRR développe 4 axes stratégiques : la promotion de la santé, les soins de santé, la formation des professionnels et la recherche, l'innovation et les bonnes pratiques. L'AEAF n'est pas spécifié dans l'ENSRR, à l'exception des "avortements et grossesses forcés" liés aux violences sexuelles et de son approche dans le cadre d'une politique globale de santé sexuelle. L'accent est davantage mis sur la relation entre les violences basées sur le genre et la santé sexuelle et reproductive.

Le cadre conceptuel de l'ENSRR appartient à un cadre institutionnel qui date de plus de dix ans, et les approches de travail ne sont pas alignées sur la Convention d'Istanbul, que l'Espagne a ratifiée en 2014, ni sur la loi organique 10/2022 du 6 septembre relative à la garantie intégrale de la liberté sexuelle, ni sur la loi organique 1/2023 du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010 du 3 mars relative à la santé sexuelle et reproductive et à l'interruption volontaire de grossesse. Le plan opérationnel 2019-2020 de l'ENSRR ne fait pas non plus référence à l'AEAF.

Il convient toutefois de souligner que parmi les **aspects transversaux** inclus dans l'ENSRR, la **participation active des femmes** au processus lui-même est mise en avant, de même que l'**accessibilité** à l'information. L'attention portée au handicap en fait également partie.

En ce sens, dans le cadre de l'ENSRR, il s'agissait d'atteindre l'objectif suivant: "assurer une prise en charge adéquate des femmes handicapées. Fournir les moyens structurels et les informations nécessaires pour leur permettre d'exercer leur droit de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'elles souhaitent, de l'espacement entre eux et de la manière satisfaisante de le faire", ainsi que de faciliter leur participation au processus.

L'ENSRR recommande de faciliter l'accessibilité, de disposer de protocoles adaptés aux besoins spécifiques des femmes handicapées, de promouvoir leur résilience et leur autonomie, de concevoir des programmes spécifiques à leur intention et de créer des points de rencontre avec des femmes qui sont ou ont été dans la même situation.

De même que dans le domaine de la *violence de genre*, il existe un cadre d'**action** hétérogène **au niveau régional**, dans le cas spécifique de la santé sexuelle et reproductive, la même chose se produit, c'est-à-dire que nous retrouvons face à un panorama de l'action institutionnelle qui montre une variabilité territoriale, ce qui peut conduire à des inégalités dans les soins de santé.

La situation des **femmes handicapées et l'attention portée aux TRS** sont particulièrement pertinentes, car elles sont les principales victimes de l' AEAF. Selon l'étude de Castellanos-Torres (2023), dans les différentes régions autonomes, il existe quatre types de situations avec les différences suivantes en ce qui concerne les femmes handicapées :

- Les régions autonomes qui ont inclus les **spécificités des soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes handicapées dans leurs** politiques publiques, telles que l'Andalousie⁸⁷, les Îles Canaries⁸⁸, la Communauté valencienne .⁸⁹
- Les CA qui ont développé des **cadres réglementaires** spécifiques relatifs à la maternité et à la santé sexuelle et reproductive, tels que Aragon⁹⁰, Navarra⁹¹, Castilla-la Mancha⁹² et Catalogne⁹³.
- Les régions autonomes qui ont élaboré des plans/stratégies généraux de santé, mais qui **ne mentionnent pas expressément les femmes handicapées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive**, comme c'est le cas des Asturies⁹⁴, de Castilla y León, de l'Estrémadure, de la Galice, du País Vasco⁹⁵, des Baléares⁹⁶ et de La Rioja⁹⁷.

Dans le *Plan de stratégies alignées* de la Rioja 2021-2024, destiné aux professionnels pour mettre en commun les stratégies de santé, la maternité et

⁸⁷ Il s'agit notamment de l'accessibilité des consultations gynécologiques.

⁸⁸ Programme de soins de santé affective, sexuelle et reproductive (PASAR)

⁸⁹ Stratégie de Santé Sexuelle et Reproductive de la Communauté de Valence 2017-2021.

⁹⁰ L'article 71 de la loi 7/2018, du 28 juin, sur l'égalité des chances entre les hommes et les femmes en Aragon oblige les pouvoirs de la Communauté Autonome d'Aragon à *protéger la maternité*.

⁹¹ Décret régional 103/2016, du 16 novembre, qui établit l'organisation des services de santé dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

⁹² Loi 12/2010, du 18 novembre, sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Castille-La Manche.

⁹³ Portefeuille de services des unités de soins de santé sexuelle et reproductive en soutien aux soins primaires, publié en 2007 par le département de la santé de la Generalitat de Catalogne.

⁹⁴ Stratégie pour la grossesse, l'accouchement, les soins néonataux et l'allaitement dans les Asturies. Elle contient des lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière d'accouchement normal et de soins néonataux, ainsi que sur les bonnes pratiques en matière de grossesse et de puerpéralité. Le handicap n'y est pas mentionné.

⁹⁵ Elle dispose d'un cadre stratégique de santé 2021-2024 qui comprend une section consacrée à la santé sexuelle et reproductive qui promeut une sexualité informée et saine, dans une perspective de genre et de respect de la diversité.

⁹⁶ Plan d'humanisation dans le domaine de la santé 2022-2027

⁹⁷ Plan Estrategias Alineadas de la Rioja 2021-2024, destiné aux professionnels pour partager les stratégies de santé. La maternité et la sexualité sont mentionnées au point 15, en relation avec la formation des sages-femmes aux protocoles de santé sexuelle et reproductive convenus, en plus de la promotion de l'éducation maternelle.

la sexualité sont mentionnées au point 15, en relation avec la formation des sages-femmes aux protocoles de santé sexuelle et reproductive convenus, en plus de la promotion de l'éducation maternelle.

Une situation mitigée, dans le cas de la Cantabrie, le plan d'action II : Santé des femmes (2008-2011) est un plan global pour la santé des femmes auquel adhèrent des besoins spécifiques en matière de santé, l'une des sections étant la santé sexuelle et reproductive. Le domaine d'action 2 relatif à la santé sexuelle comporte un objectif direct pour les femmes handicapées : *promouvoir la reconnaissance du droit à la sexualité des femmes handicapées*. Toutefois, les femmes handicapées ne sont pas incluses dans les actions relatives à la santé reproductive.

- Les régions autonomes qui ont des **stratégies/plans spécifiques pour les personnes handicapées**, comme la Communauté de Madrid⁹⁸ et la région de Murcie.⁹⁹

En ce qui concerne le cadre institutionnel relatif à la violence **faite aux femmes**, il convient de se référer au **Pacte d'État Contre la Violence de Genre** (2017, prorogé le 25 novembre 2022)¹⁰⁰

Approuvé par l'assemblée plénière du Congrès des députés, il constitue la principale référence institutionnelle en Espagne avec la *Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas 2022-2025* (EEVM) (Stratégie de l'État pour lutter contre les violences sexistes). Dans le document consolidé du Pacte (DGVG, 2019), les références à l'avortement forcé et à la stérilisation apparaissent dans l'axe d'action 2. Amélioration de la réponse institutionnelle : coordination, mise en réseau, au point 2.6 Justice et dans la mesure 104.3 :

Les groupes parlementaires souscrivant à ce rapport notent la nécessité de : Déclarer que la violence physique, psychologique et sexuelle, y compris le viol, les mutilations génitales féminines, le mariage forcé, le harcèlement sexuel et le harcèlement fondé sur le genre,

⁹⁸ La stratégie de Madrid pour la prise en charge des personnes handicapées 2018-2022, dans sa mesure 41, établit : "Développer un programme de sexualité et de handicap pour fournir une éducation sexuelle, des informations et un soutien dans tous les aspects bio-psychosociaux, affectifs et émotionnels des utilisateurs, y compris la formation et l'information des familles et des professionnels de toutes catégories dans les centres de l'Agence d'Aide Sociale de Madrid".

⁹⁹ Plan d'action régional pour les personnes handicapées, 2003.

¹⁰⁰ Le pacte prévoit d'étendre les dispositions de la loi organique 1/2004 sur les mesures de protection intégrale contre la violence à l'égard des femmes et d'y apporter un certain nombre d'amendements. Ces amendements sont basés sur la Convention d'Istanbul et les recommandations de son mécanisme de suivi GREVIO, ainsi que sur la recommandation générale n° 19 et la recommandation générale n° 35 de la CEDAW et les recommandations du Conseil des droits de l'homme des Nations unies sur la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique. La modification de la législation n'a pas encore été mise en œuvre.

***l'avortement forcé et la stérilisation forcée sont également des formes de violence faite aux femmes** conformément à la Convention d'Istanbul, même dans les cas où la relation requise pour l'application de la LO 1/2004 n'existe pas avec l'agresseur. Par conséquent, la prise en charge et le rétablissement, ainsi que la reconnaissance des droits spécifiques des femmes victimes de tout acte de violence envisagé dans la Convention d'Istanbul et non prévu dans la LO 1/2004, **seront régis par les lois spécifiques et globales qui seront promulguées** dans le but d'adapter les besoins d'intervention et de protection à chaque type de violence. **En attendant cette évolution réglementaire, les autres formes de violence de genre reconnues par la Convention d'Istanbul feront l'objet d'un traitement préventif et statistique dans le cadre de la LO 1/2004.** De même, la réponse pénale dans ces cas sera régie par les dispositions du code pénal et des lois pénales.*

En tout état de cause, avec l'approbation du **catalogue de référence des politiques et services de lutte contre la violence faite aux femmes conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme** dans le cadre de la résolution du 16 mars 2023 de la secrétaire d'État à l'Égalité et à la lutte contre la violence à l'égard des femmes, qui publie l'accord de la Conférence Sectorielle sur l'Égalité du 3 mars 2023, approuvant le plan pluriannuel conjoint de lutte contre la violence faite aux femmes (2023-2027), "toutes les formes de violence à l'égard des femmes" sont abordées dans divers domaines du Pacte.

Ces domaines du pacte sont les suivants:

- **Domaine 1.** Prévenir et sensibiliser sur toutes les formes de violence à l'égard des femmes
- **Domaine 2.** Assistance et réparation sociales globales
- **Sous-domaine 2.1 :** Services spécialisés de soutien, d'assistance et de rétablissement complet. Action 2.1.02. Services gratuits, accessibles, sûrs et confidentiels de prise en charge globale et de rétablissement, garantissant le respect de la vie privée et de la dignité de la victime, pour les victimes de toutes les formes de violence faite aux femmes. Action 2.1.03. Services spécialisés de prise en charge globale et de rétablissement pour les enfants et les autres enfants et adolescents placés sous la tutelle ou sous la garde de femmes victimes de toutes les formes de violence faite aux femmes.

- Sous-domaine 2.3. Services de santé action 2.3.01. Le système de santé publique sera encouragé de garantir aux victimes de toutes les formes de violence faite aux femmes, y compris la gratuité (action 2.3.03).
- Domaine 3. Protection et accès à la justice
- Sous-domaine 3.1. protection et action 3.1.02. La promotion d'une formation obligatoire, ainsi que la mise à disposition de protocoles d'action, pour faire face à toutes les manifestations de la violence faite aux femmes.
- Sous-domaine 3.2. Accès à la justice pour toutes les manifestations de violence faite aux femmes

Pour sa part, la **Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences de Genre (EEVM) 2022-2025** mentionne, pour la première fois dans la politique de l'État espagnol, les formes de violence les plus invisibles et les moins connues, bien que son développement soit ensuite très inégal dans les lignes d'action et les mesures prévues. L'un des éléments novateurs de la stratégie est qu'elle aborde **toutes les formes de violence faite aux femmes**.

La "**violence reproductive**" est mentionnée dans le diagnostic de la situation, bien qu'aucune donnée ne soit fournie sur la situation nationale et, de plus, spécifiquement en ce qui concerne les femmes handicapées. Elles sont prises en compte dans la section Contextualisation, citant l'avortement et la stérilisation forcés comme faisant partie de ce type de violence, ainsi que l'exploitation commerciale du corps des femmes (en relation avec la maternité de substitution). Il est fait référence à la fois à l'excision et à la maternité de substitution.

De même, la stratégie met l'accent sur la violence reproductive dans le cadre de l'attention portée à la violence sexuelle. Dans l'ensemble des mesures, la victimisation par le viol est incluse dans :

- **Axe 2 sur la sensibilisation, la prévention et la détection** des différentes formes de violence fondée sur le genre, dans le cadre de la ligne 2.1 : élargir la vision de toutes les formes de violence et de toutes les victimes et survivants : améliorer la connaissance de toutes les manifestations de la violence fondée sur le genre. Et plus particulièrement en ce qui concerne les mesures :
 - Action 63. Mener des études sur la stérilisation forcée en tant que forme de violence faite aux femmes.

- Action 66. Publication de recherches sur l'incidence des interventions gynécologiques inappropriées et inutiles dans la pratique de la gynécologie-obstétrique, de la périnatalité et de la santé reproductive dans les centres de santé publics et privés.
- En outre, il existe plusieurs mesures de sensibilisation et de prévention dans le domaine des droits reproductifs (actions 87, 137 et 138).
- **Axe 3 sur la protection, la sécurité, les soins et la réparation intégrale**, dans la ligne 3.6. Garantir une réparation individuelle et intégrale, dans la mesure 233. Garantir la protection du droit de toutes les victimes à une prise en charge thérapeutique, sociale et de santé sexuelle et reproductive.

Enfin, en ce qui concerne le **cadre régional pour l'éradication de la violence masculine**, comme indiqué dans le premier rapport d'évaluation de l'Espagne publié par GREVIO (2020), il existe de grandes différences entre les communautés autonomes. En particulier dans la mise en œuvre des politiques publiques telles que définies dans la Convention d'Istanbul.

Malgré les diverses mesures de coordination adoptées au niveau institutionnel, des niveaux comparables de protection et de soutien ne sont pas garantis pour les différentes formes de violence fondée sur le genre auxquelles les femmes, et en particulier les femmes handicapées, peuvent être exposées. Ceci est particulièrement vrai pour les formes de violence qui se produisent en dehors de la sphère du partenaire et de l'ex-partenaire, telles que la violence à l'encontre des femmes handicapées dans l'environnement familial ou par les soignants.

Le rapport GREVIO signale que peu de communautés autonomes proposent des services spécialisés pour les victimes d'agressions sexuelles et de viols¹⁰¹, et qu'il existe encore moins de services de soutien spécialisés pour les femmes exposées au risque de violence reproductive.

Elle souligne que les politiques publiques et les ressources consacrées à la lutte contre la violence faite aux femmes dans notre pays ont été principalement axées sur le contexte du partenaire ou de l'ex-partenaire, conformément au concept de violence

¹⁰¹ CIMASCAM dans la Comunidad de Madrid, AMUVI (association) en Andalousie, Centro de Crisis dans les Asturies et celui de la mairie de Madrid. Selon le rapport du GREVIO (2020), sur les 17 communautés autonomes, seules sept disposent d'un service spécialisé pour les victimes d'agressions sexuelles et de viols, laissant une grande partie de l'Espagne et les zones rurales en particulier sans assistance.

fondée sur le genre défini dans la loi globale 1/2004, et que les autres formes de violence visées par la convention d'Istanbul ont fait l'objet de moins d'actions.

En l'absence de politiques globales pour traiter ces autres formes de violence, la **réponse institutionnelle au niveau régional a été disparate**, manquant d'une perspective centrée sur la victime et d'une coordination inter-institutionnelle. Cette situation devient plus palpable lorsqu'il s'agit de faciliter l'interaction entre l'ensemble des professionnels impliqués dans le traitement de la violence reproductive, de même que la collecte de données, la sensibilisation et la formation des professionnels à ces autres formes de violence qui se produisent en dehors de la sphère de la violence du partenaire intime ou de l'ex-partenaire semblent être plus limitées (GREVIO, 2020).

Le rapport du GREVIO (2020) identifie l'**investissement dans les services de lutte contre la violence reproductive au titre de la** Convention d'Istanbul, le conseil, le soutien psychologique à long terme et les soins centrés sur les victimes sensibles aux expériences traumatisantes des besoins primaires comme une tâche fondamentale pour les politiques publiques (GREVIO, 2020).

7. AEAF : cartographie de la prise en charge des femmes victimes

7.1. L'intervention des EELL

7.1.1. Actions locales sur la VFF

Les autorités locales qui ont participé à l'enquête ont des **antécédents différents en matière de lutte contre la violence faite aux femmes** et proviennent de toutes les communautés autonomes. La répartition territoriale des participants à l'enquête peut être consultée dans la méthodologie.

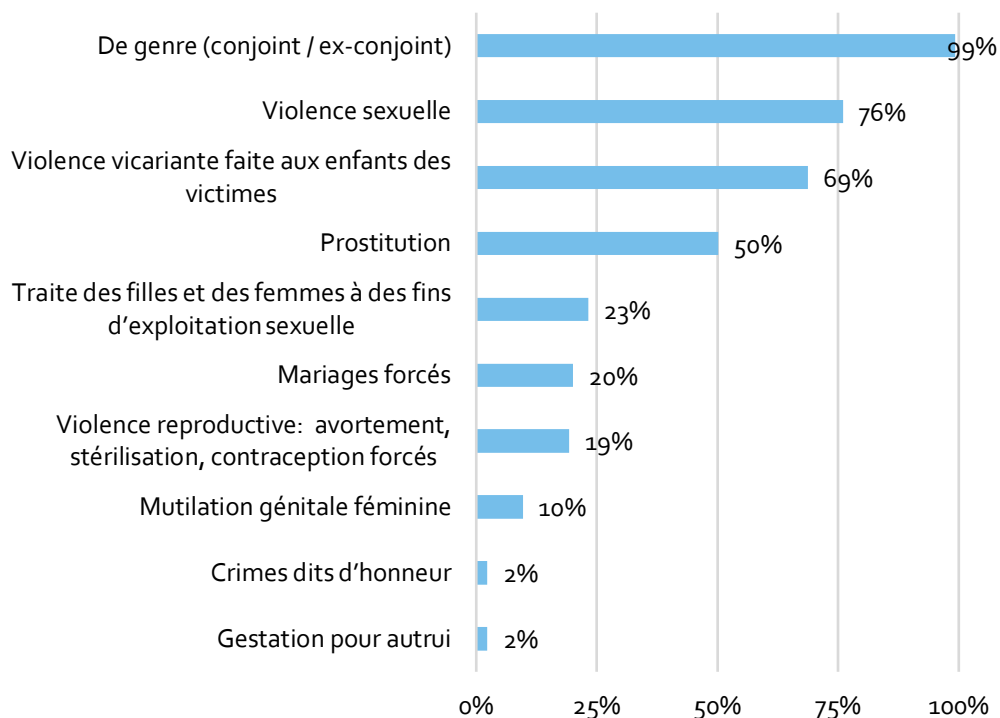
Il y a des conseillers locaux pionniers qui mènent des actions sur l'égalité depuis 1980 et des autorités locales qui ont commencé leurs politiques plus récemment, principalement grâce au PECVG. Selon les données recueillies dans l'enquête auprès des autorités locales, le début des actions se situe en moyenne en 2005.

Quelle que soit la durée de leur activité, les EELL **ont concentré leur travail sur les violences les mieux connues et les plus visibles** sur le plan **institutionnel** dans leur cadre territorial. De manière uniforme, surtout en ce qui concerne la violence *fondée sur le genre* (VFG), c'est-à-dire la violence des hommes à l'égard des femmes dans les relations entre partenaires ou ex-partenaires intimes.

Il est possible de faire la distinction entre les EELL qui, tout au long de leur travail, ont des connaissances sur les différentes formes de violence (voir graphique 4) et le fait de fournir des services de soins aux victimes de cette violence (graphique 5), qui se concentre principalement sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle.

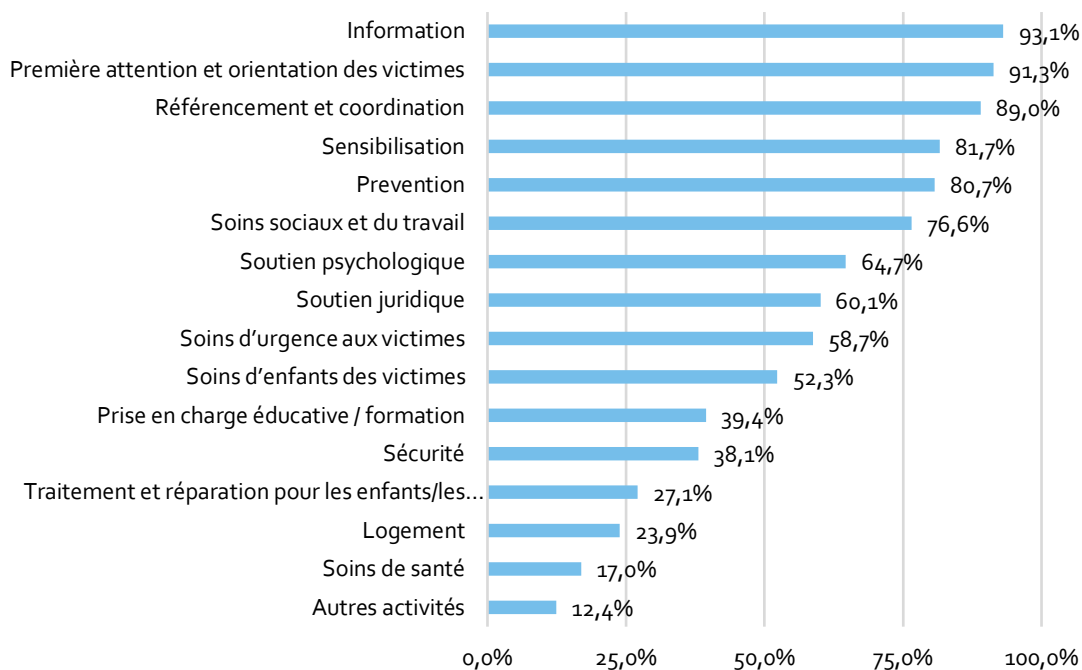
Les actions relatives à la violence, qu'il s'agisse de la prise en charge des victimes ou d'autres types d'actions (sensibilisation, prévention, coordination), sont menées à la fois par les domaines de l'égalité et par les services sociaux communautaires lorsque les premiers ne disposent pas de ressources humaines ou n'existent pas encore. 91,4% des EELL ont une forme de prise en charge directe des victimes (voir graphique 5). **89,2% des entités interrogées font partie d'ATENPRO.**

Graphique 4. EELL : violence connue dans le cadre du développement du travail au sein de l'autorité locale



Red2Red, 2023. Enquête auprès des autorités locales sur les autres formes de violence faite aux femmes. N= 259

Graphique 5. EELLs : actions actuelles avec les victimes de violence (en général)



Source : Red2Red, 2023. Enquête auprès des autorités locales sur les autres formes de violence faite aux femmes. N= 218

Seules **63%** des autorités locales disposent d'un budget spécifique pour l'action locale contre la violence faite aux femmes. Encore moins d'entités - **48%** - **développent leur travail sur la base d'une planification stratégique** (locale ou régionale). Cependant, les plans d'action cadres sont très divers et certains ne sont pas spécifiques à la violence faite aux femmes. Ainsi, les références vont des plans contre la violence basée sur le genre ou d'autres formes de VFF, ou des plans pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, à des références au VIOGEN, au PECVG ou à des plans stratégiques pour les services sociaux.

En termes de **mécanismes de coordination** des politiques locales de lutte contre la VFF, les EELL disposent de diverses ressources : protocoles de prise en charge des victimes, protocoles de coordination institutionnelle et tableaux ou protocoles de suivi. Cependant, leur utilisation diffère d'un type de violence à l'autre (voir tableau 4). La violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle sont les types de violence qui font l'objet du plus grand nombre de procédures dans les structures locales ; et les MGF, les mariages forcés et la prostitution, les types de violence qui font l'objet du moins grand nombre de protocoles de prise en charge et de coordination (voir tableau 4).

Tableau 4 : EELL : disponibilité de protocoles sur la violence faite aux femmes

	Protocole de prise en charge des victimes	Protocole de coordination	Bureau ou mécanisme de contrôle
Partenaire/ex-partenaire de VG	82,8%	81,6%	73,9%
Vicaire (enfants)	56,1%	58,8%	52,3%
V. Sexuelle	58,8%	53,7%	46,2%
Prostitution	26,2%	24,4%	17,2%
Traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle	24,8%	17,3%	16,2%
MGF ou mariages forcés	16,2%	17,5%	12,8%

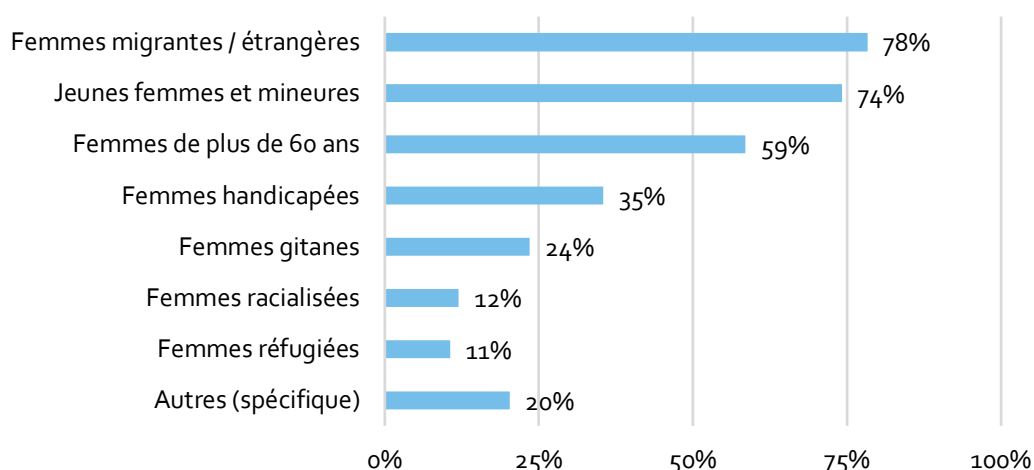
Source : Red2Red, 2023. Enquête auprès des autorités locales sur les autres formes de violence faite aux femmes.

En général, il existe une **plus grande systématisation des procédures de prise en charge des victimes** (protocoles de prise en charge), une certaine coordination institutionnelle des ressources et des agents, et peu de coordination dans le suivi du phénomène et de l'évolution des cas à moyen et à long terme.

La vulnérabilité à la violence, et le sentiment d'être victime ou non, est différente pour chaque femme et se construit de manière socio-relationnelle (Guilló Girard, 2018). Cela dépend de différents facteurs, notamment d'autres situations de discrimination - en plus du genre - auxquelles elles doivent faire face ; par exemple, en fonction de l'âge, des (in)capacités, de son appartenance ethnique et "raciale", de la classe sociale, etc.

Travailler à partir d'une approche de la diversité permet de donner de la visibilité aux femmes en utilisant une approche plurielle et de mieux individualiser les processus de prise en charge en fonction de leurs besoins. Dans ce sens, les EELL ont été interrogés sur les profils des femmes qui fréquentent leurs services d'attention sur la violence masculine. **La diversité des groupes de femmes** est présente dans tous les EELL (voir graphique 6), cependant, l'application de l'intersectionnalité est encore absente dans près de 30% des zones locales ou des services.

Graphique 6. EELL : groupes de femmes ou de vulnérabilités qui sont les plus présents dans l'approche de travail actuelle du service



Red2Red, 2023. Enquête auprès des autorités locales sur les autres formes de violence faite aux femmes.

En général, **l'évaluation de l'application de l'approche intersectionnelle du genre** dans le travail de l'espace ou du service par les EELL montre une forte auto-appréciation de leur performance. Sur une échelle de quatre niveaux (0-3), 24,2% considèrent qu'ils l'appliquent complètement et 46% sont au niveau 2 (tout à fait), et le reste des EELLs se positionnent en peu (niveau 1) 24,2% et 5,6% en rien (niveau 0).

7.1.2. EELL : Expériences de soins dans l'AEAF

29% des professionnels des collectivités locales qui ont répondu à l'enquête ne savent pas ce qu'est l'avortement, la stérilisation et la contraception forcés (AEAF).

71% déclarent connaître les caractéristiques de ces violences reproductifs (VR). Cependant, seuls 18,5% de tous ces professionnels affirment en avoir pris connaissance dans le cadre de leur travail au niveau local.

9 % du personnel technique qui a répondu à l'enquête a déclaré avoir une action quelconque dans le cadre de l'AEAF, bien qu'elle soit généralement associée à la violence sexuelle ou à la violence entre partenaires intimes.

Presque tous ces cas sont des cas de violence sexuelle et de violence liée au partenaire intime ou à l'ex-partenaire qui ont une dimension de préjudice reproductif. En d'autres termes, les cas actuellement détectés par les EELL ne sont pas spécifiquement liés à la particularité de l'EAPA. Il s'agit d'une **violence très peu visible pour les professionnels** des ressources publiques.

En raison de ce contexte, il **n'existe pas de protocoles spécifiques pour les soins des victimes de l'AEAF** ni de distinction entre les soins d'urgence et les soins généraux.

Cependant, environ 2% des EELL considèrent que l'attention portée à la victimisation par le viol est incluse dans leurs protocoles de prise en charge des victimes et de coordination institutionnelle de la violence fondée sur le genre. Elle est assimilée aux conséquences de la VG et de la VS.

En général, la disposition des EELL dans ce sens est résumée par la contribution qualitative suivante à l'enquête de l'une des autorités locales participantes : "toutes les femmes victimes de violence masculine sont prises en charge, quelle que soit la forme de violence. Toutes les ressources du service sont disponibles pour toutes les victimes, quel que soit le type de violence subie".

Aucune **ressource spécialisée** autre que celles assimilées à la typologie des centres de femmes, des points violence ou des centres de violence sexuelle n'a été identifiée dans la recherche. Les EELL considèrent qu'il s'agit de dispositifs de référence dans le cas de la FEAAF. Lorsque des cas de VFF (au sens où l'entendent actuellement les EELL) ont été détectés, ils ont travaillé selon l'approche de la coordination et de l'orientation, soit avec des ressources locales, soit avec des ressources supralocales.

En ce qui concerne le **travail effectué avec les ressources locales**, il existe quatre logiques de fonctionnement différentes dans les EELL :

1. La première et la plus fréquente est celle des professionnels qui fréquentent et orientent vers les **ressources générales d'égalité de leurs** municipalités (centres ou services pour les femmes, bureau d'information pour les femmes, etc.)
2. Deuxièmement, ceux qui intègrent dans leurs soins et leur orientation les services de soins spécifiques pour la **violence faite aux femmes sous** toutes ses formes, afin de fournir les soins les plus complets possibles.
3. Troisièmement, et dans une moindre mesure, ceux qui s'adressent au **centre de santé local** pour obtenir des conseils. Dans ce domaine, et plus spécifiquement, seuls deux des EELL indiquent expressément l'**orientation vers** les centres et/ou les programmes de **soins sexuels et reproductifs**.
4. Quatrièmement, de manière résiduelle, les victimes sont orientées vers les **services sociaux**.

En ce qui concerne les **ressources avec lesquelles ils se coordonnent**, ils le font principalement dans le domaine de l'égalité et des centres municipaux d'information sur les femmes, ainsi qu'avec leurs propres équipes de prise en charge intégrale de la violence de genre. En plus des services sociaux, des centres de soins de santé primaires et spécialisés, des centres de santé sexuelle et reproductive, de la police locale et, dans une moindre mesure, des services de jeunesse et des centres éducatifs. D'autres ressources sont référencées, telles que les tribunaux, le Ministère Public, les organismes autonomes de promotion de l'égalité, les équipes VIOGEN, le Bureau d'Aide aux Victimes de la Criminalité, ainsi que le tissu associatif.

En ce qui concerne les ressources d'**orientation supralocales** pour les cas d'excision, elles proviennent principalement du secteur de la **santé** (centres de santé et hôpitaux, ou ONG comme, par exemple, Médecins du Monde) et également d'unités spécifiques de **santé sexuelle et reproductive**. **En outre, les** services spécialisés en matière de VFF et de violence sexuelle sont également mentionnés lorsqu'ils ne sont pas disponibles au niveau local.

Expériences intéressantes

Les expériences locales se concentrent sur la promotion des droits sexuels et reproductifs et sur la prévention de la violence sexuelle et sexiste. Aucune action spécialisée en DSRR n'a

été détectée dans l'exploration, mais il existe des pratiques qui les incluent. Il a donc été jugé intéressant de se référer aux expériences suivantes.

Les EELL ont mis en œuvre des programmes de santé sexuelle et reproductive qui, à l'origine (dans les années 1980), s'adressaient principalement aux adolescents et aux jeunes, en mettant l'accent sur la promotion de la santé sexuelle - le planning familial - par le biais des centres de santé municipaux et de l'éducation sexuelle dans les écoles. Des services de "conseil aux jeunes" ont été créés à partir des conseils de la jeunesse et sous différentes appellations (conseil affectif-sexuel, infosex, Asexoría, conseil sexologique, joves-sex, etc.)

Parmi les pratiques actuelles figure le programme de santé sexuelle et reproductive "*Expériences saines et agréables de la diversité sexuelle*" du **Conseil Municipal de Madrid**¹⁰² dans le cadre de la stratégie "Madrid, une ville saine, 2020-2023". Il vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive, la prévention des grossesses non planifiées/non désirées et les difficultés liées à la sexualité (MST, dysfonctionnements sexuels, discrimination et violence sexuelle et sexiste). Ouvert à tous les citoyens, la "population cible privilégiée" est constituée

des personnes de moins de 25 ans et des personnes en situation de vulnérabilité sociale (y compris les *personnes présentant une diversité fonctionnelle*). Il y est inclus le travail avec les professionnels de l'éducation, de santé et de médiation sociale qui travaillent avec ces groupes. Il ne traite pas expressément de la VR, mais il développe des objectifs spécifiques pour la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle.

Depuis 2014, le **Conseil Municipal de Barcelone** dispose d'une *stratégie partagée pour la santé sexuelle et reproductive* (ESSIR)¹⁰³, qui est un cadre d'action participatif basé sur des alliances entre de multiples agents afin de promouvoir la protection, le respect et la garantie des droits sexuels et reproductifs. La cartographie des atouts en matière de santé mentionne les programmes de prévention des relations abusives chez les femmes et les filles handicapées et tient compte de la vulnérabilité des personnes handicapées.

La municipalité de **Los Realejos** (Santa Cruz de Tenerife) travaille depuis 1998 dans le cadre du Plan Municipal d'Éducation

¹⁰² Mairie de Madrid (accès).

¹⁰³ Mairie de Barcelone (accès).

Sexuelle Affective¹⁰⁴ pour encourager la population à vivre ses relations affectives et sexuelles de manière positive, responsable et non discriminatoire. Depuis 2013, il

développe le projet "Construyendo sexualidades" (Construire des sexualités) avec l'Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias.

7.2. Organismes spécialisés : attention AEAF

7.2.1. Caractéristiques des structures

Au total, 73 réponses ont été reçues dans le cadre de l'enquête auprès des organisations et des experts, bien que le manque d'expérience pratique en matière de soins aux victimes ait montré que très peu d'organisations disposent de ressources spécialisées dans le domaine de la VR,

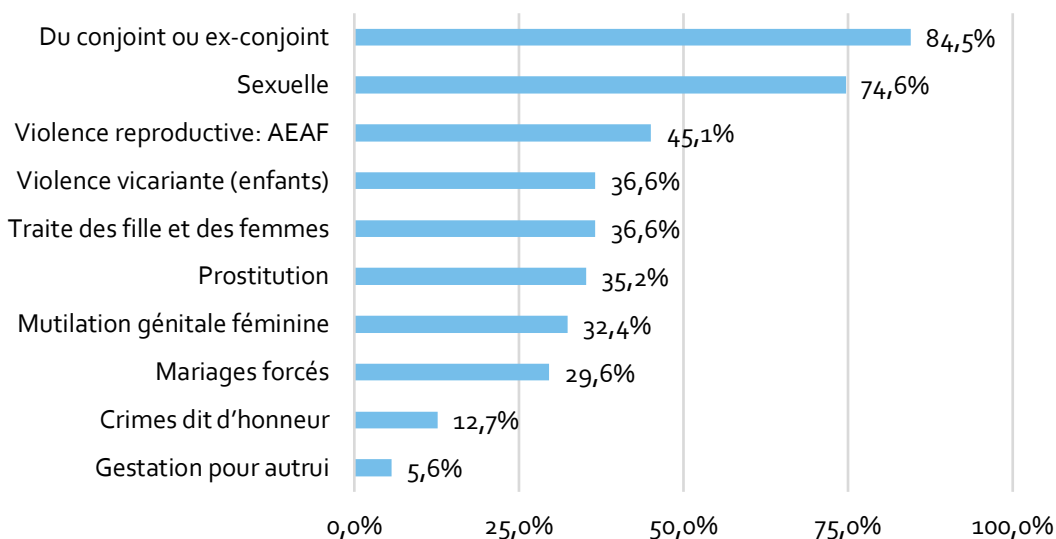
94,4 % disposent d'un service de prise en charge des femmes victimes de violences. 7,9 % fournissent un service local lié à ATENPRO.

Le champ d'action des organisations est varié, tant en termes de **type d'action territoriale** qu'elles mènent (État 42,3 %, autonome 32,4 %, provincial 15,5 % et local 19,7 %), qu'en termes de type de violence masculine qu'elles abordent dans leurs actions.

Comme dans le cas des EELL, l'accent est mis principalement sur la **violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle** (dans ses différentes manifestations) et, en raison de la présence d'entités spécialisées dans le handicap, sur les soins aux femmes handicapées victimes de l'AEAF (voir graphique 7).

¹⁰⁴ Mairie de los Realejos (accès).

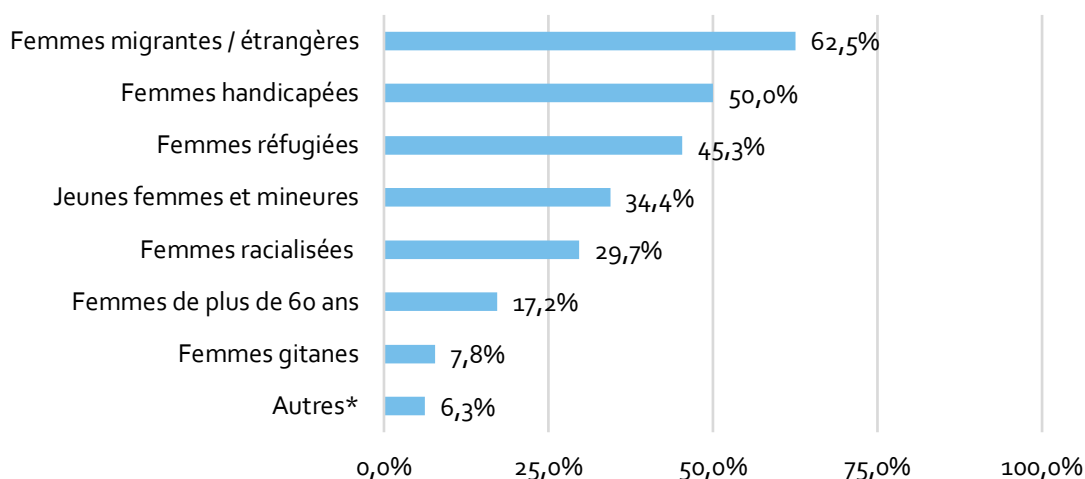
Graphique 7. Expérience organisationnelle en matière de violence faite aux femmes



Red2Red, 2023. Enquête auprès d'experts et d'organisations sur la violence reproductive (N=73)

L'autoperception du degré d'**intégration de l'intersectionnalité** dans l'approche de genre est totale (50%) pour la moitié des professionnels interrogés, assez forte pour 35,9% et faible pour 14,1%. La diversité des groupes de femmes et la présence de femmes vulnérables est évidente dans le travail des organisations spécialisées. Les **groupes de femmes ou les vulnérabilités les plus présentes** dans le travail actuel de l'organisation sont présentés dans le graphique ci-dessous.

Graphique 8. Organisations spécialisées : groupes de femmes ou vulnérabilités les plus présents dans leur travail actuel



Red2Red, 2023. Enquête auprès d'experts et d'organisations sur la violence reproductive (N=73)

Note : (*) femmes et filles handicapées dans les zones rurales ; femmes souffrant de problèmes de santé mentale ; femmes en situation d'exclusion sociale ; femmes sourdes migrantes et réfugiées handicapées.

7.2.2. Actions en matière d'AEAF

Seules **28,7 %** des organisations spécialisées ont déclaré avoir des connaissances spécialisées pour mener une action dans le domaine de l'AEAF (21 organisations sur 73).

Il s'agit principalement d'organisations du mouvement / des soins pour les personnes handicapées ou des femmes et du handicap, mais aussi d'organisations spécialisées dans l'égalité des sexes et la santé, les droits des migrants et des réfugiés et des droits de l'homme. Leur principale *expertise* est, comme dans le cas des EELL, l'attention portée à la violence faite aux femmes et à la violence liée au sexe ; par conséquent, les cas de violence reproductive sont souvent - mais pas exclusivement - détectés à partir de la détection de la violence initiale à laquelle ils sont liés.

Étant donné que **les principales victimes de AEAF sont les femmes handicapées**, les professionnels sur le terrain signalent que peu de cas directs sont signalés, bien que la plupart d'entre eux soupçonnent de nombreuses stérilisations ou avortements forcés.

L'une des difficultés rencontrées lors du travail qualitatif ultérieur sur le terrain a été le secret, voire la réticence, de certains professionnels contactés au cours de l'exploration sur le terrain, car la pratique de la stérilisation a donné lieu à des positions différentes et à des controverses, y compris au sein du mouvement pour les personnes handicapées lui-même.

Les organisations qui ont participé à l'enquête **ne tiennent pas de registre des cas de AEAF détectés et ne mesurent pas non plus la** prévalence parmi leurs patientes. En ce sens, les organisations indiquent qu'elles s'occupent de 1 à 20 femmes par an. La perception subjective des organisations est que peut-être plus de la moitié des patientes - âgées de plus de 50 ans - seraient stérilisées et que presque toutes les jeunes femmes handicapées subiraient une contraception forcée.

En ce qui concerne le **type d'activités** menées dans le **cadre de l'AEAF il n'existe pas de typologie standard des services**. En général, des activités de prévention, d'information, de sensibilisation, d'orientation et de coordination sont menées, ainsi que, dans certains cas, des soins directs : conseils, soins psychologiques et assistance juridique aux victimes.

Parmi les expériences mises en œuvre, le **soutien sociojuridique** aux femmes victimes d'infirmité motrice cérébrale se distingue, car il a été constaté qu'il y a plus de cas d'abus sexuels et de stérilisations forcées chez les femmes atteintes d'infirmité motrice

cérébrale que chez les hommes¹⁰⁵. L'existence d'unités interdisciplinaires chargées d'aider les femmes handicapées ou souffrant d'un handicap acquis qui sont victimes de violence liée au sexe a également été signalée. Ces unités fournissent un soutien psychosocial, des informations, un accompagnement et des conseils pour faire face aux situations de violence, à leurs conséquences et à la prévention de nouveaux épisodes.

Dans les soins aux victimes, les **soins d'urgence ne sont pas différenciés**. Cependant, selon l'expérience des organisations, **une situation de crise** chez les victimes de l'EASC serait liée à plusieurs situations :

- **Santé** ; concernant les effets secondaires des pratiques auxquelles elles sont soumises ou l'absence de suivi médical adéquat ou de soins gynécologiques réparateurs.
- **Sécurité** : lorsque des tiers envisagent de prendre des mesures d'AEAF sur la victime.
- **Communicatif** : en raison du manque de moyens ou de soutien pour communiquer directement avec la victime, en particulier dans le cas des femmes handicapées qui ont besoin d'un soutien important.

En ce qui concerne les procédures de soins, il **n'existe pas de protocoles pour la prise en charge** des victimes dans le cadre d'une intervention globale.

Il a été estimé que les protocoles devraient être similaires à ceux mis en place pour la VG, dans le sens où ils couvrent les mêmes ressources. Cependant, les organisations interrogées estiment que pour **faciliter la demande d'aide des victimes et la formulation des demandes**, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs aspects de l'intervention auprès des victimes de violence liée au sexe que les organisations tentent d'appliquer dans leur travail :

- Informations permanentes sur le DSRR.
- Garantie d'accessibilité universelle (physique, cognitive et culturelle).
- Crédibilité de la victime (briser les stéréotypes sur le handicap de la victime, son origine culturelle, l'antitsiganisme, etc.)
- Communication efficace et consentement à l'intervention. Disposer d'aides à la communication (p. ex. orthophonistes), d'une médiation culturelle (p. ex. anthropologues) ou d'autres ressources pour communiquer directement avec les

¹⁰⁵ Les barrières de communication rencontrées par les femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale, dont la plupart ont une dysarthrie (difficulté à articuler les mots), font qu'elles ne sont pas comprises en dehors de leur cercle personnel. Pour assurer une communication bidirectionnelle, on a recours à la communication augmentée.

victimes plutôt que par l'intermédiaire de tierces parties. Toujours être conscient de la honte et des tabous associés aux VR.

- Respecter le délai d'intervention de la victime, car il n'y a pas assez d'*expertise* dans les procédures standardisées pour les femmes victimes.

En ce qui concerne les **protocoles de soins, les tableaux de coordination et/ou de suivi institutionnel ou les protocoles** sur la VR, rien n'indique qu'ils existent, à l'exception de deux organisations qui sont en train d'élaborer des protocoles.

L'une d'entre elles concerne le renvoi des cas d'AEAF de l'administration à l'entité spécialisée, et l'autre sur les lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé visant à garantir le consentement libre et éclairé de la femme avant la stérilisation.

En ce qui concerne la **coordination avec d'autres ressources** locales (publiques ou privées), aucune organisation ne travaille avec des ressources spécialisées dans l'AEAF parce qu'elles indiquent qu'elles n'existent pas, mais elles le font avec d'autres ressources plus générales : soit la violence fondée sur le genre, soit le handicap. En partie, beaucoup de ces organisations supposent qu'elles sont la "ressource" spécialisée.

Au niveau local, le travail se fait avec le réseau de centres de soins spécialisés pour les femmes victimes de violence dans leur communauté autonome, avec les associations de femmes, de femmes et de personnes handicapées, ou avec les centres de soins intégrés pour les victimes d'agressions et/ou d'abus sexuels.

Dans le cas des **femmes qui demandent une protection internationale**, il convient de mentionner l'existence naissante du protocole d'action sur la violence sexiste du Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations et d' UNHCR. Son application se fait par le biais d'un projet de mise en œuvre élaboré en collaboration avec diverses ONG. Toutefois, il n'inclut pas - pour le moment - la violence reproductive sous toutes ses formes.

Malgré cela, le fait de considérer les femmes comme des *victimes de la violence fondée sur le genre* - quelle que soit sa typologie - leur permettrait d'accéder aux ressources et aux services prévus par le protocole et d'améliorer leur protection par l'État espagnol. De même, les protocoles tendent à être utilisés pour la détection et l'action d'autres

formes de violence¹⁰⁶, telles que celles liées aux MGF, aux mariages forcés et à la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle¹⁰⁷.

Par l'intermédiaire de l'unité de lutte contre la violence sexiste du Ministère de l'Inclusion, il est possible de demander une place dans les programmes d'assistance aux demandeurs et bénéficiaires de la protection internationale, de l'apatridie et de la protection temporaire, qui s'adressent spécifiquement aux victimes/survivantes de la violence sexiste. Par l'intermédiaire des unités territoriales, il est également possible d'accéder à des places d'urgence pour ces femmes, sans qu'il soit nécessaire de déposer une plainte.

Expériences intéressantes

Les **femmes handicapées** et les organisations d'aide aux personnes handicapées ont une longue histoire de promotion de la santé sexuelle et reproductive des femmes, y compris l'aide à la maternité et la lutte contre la stérilisation des femmes handicapées.

Le travail de terrain a permis d'identifier de nombreuses pratiques de **DSRR**, dont certaines relèvent de l'information et de la sensibilisation, tandis que d'autres sont des pratiques de soins. Voici quelques exemples intéressants.

En ce qui concerne les organisations au **niveau national**, il convient de mentionner : la Fondation des femmes CERMI, la Confédération Plena Inclusion Espagne, l'Association Sexualité et Handicap, l'Association Espagnole pour la Santé Sexuelle, la Confédération Santé Mentale Espagne, l'Association libérale des entités d'aide à la décision, la Confédération ASPACE, CEMUDIS (Confédération des femmes handicapées), la Fédération des sages-femmes, la Fondation ONCE, la Confédération Nationale des Personnes

Sourdes, la Confédération Autisme Espagne, CEPAMA, le Comité pour la promotion et le soutien des femmes autistes, l'Association Nationale pour la Santé sexuelle et le handicap.

En général, au niveau **régional**, les références sont celles de : Plena Inclusión Madrid, Plena Inclusión Comunidad Valenciana, Plena Inclusión Extremadura, Plena Inclusión Castilla y León, Plena Inclusión Murcia, Plena Inclusión La Rioja, Fondation APROCOR (Madrid) CERMI Región Murcia, CERMI Andalucía, CERMI

¹⁰⁶ Le site web de la DGVG présente une compilation d'outils de détection et d'action.

¹⁰⁷ Voir les études promues par la FEMP à cet égard (2023).

Madrid , CERMI Comunidad Valenciana, CERMI Castilla-la Mancha, CERMI Extremadura, Down Catalunya, ACADAR Association des femmes handicapées de Galicia, Luna Andalucía, Fédération des associations pour la promotion des femmes handicapées, FAMDISA des associations des femmes handicapées en Andalousie, AMUDIS Association des femmes handicapées en Castille et Leon, Fondation A LA PAR (Madrid), FESORD Communauté Valencienne, CODISA PREDIF Andalousie, CoordiCanarias (personnes ayant un handicap physique des Canaries).

En ce qui concerne les **expériences locales**, les suivantes ont été jugées intéressantes : Amanixer - Association aragonaise des femmes handicapées (Zaragoza), Associació Dones No Estandars

D'autre part, dans le cas des [femmes migrantes, des demandeurs de protection internationale et des réfugiés](#), il convient de souligner l'existence de protocoles de détection des différents types de violence entre partenaires intimes / ex-partenaires et d'autres formes de violence par plusieurs ONG, ainsi que des actions de sensibilisation et de protection des droits sexuels et reproductifs des femmes migrantes et réfugiées en Espagne.

Des organisations telles que l'ACCEM et le CEAR disposent de protocoles de détection et de prévention ainsi que de procédures de soins. Dans le cas de l'**ACCEM**, ils s'adressent aux professionnels, aux bénévoles et aux usagers. En ce qui concerne la prise en charge, le cas identifié est suivi par une équipe interdisciplinaire,

(Barcelone), AFANIAS Madrid, APSA (Alicante), Fundació Vicki Bernadet (Barcelone et Saragosse), Xarxa dones amb discapacitat (Valence), AFAEMO, Association des membres de la famille et des amis des personnes souffrant de troubles mentaux de Moratalaz (Madrid), Más Mujer- Association des femmes handicapées physiques et organiques de la Région de Murcie, Asociación Paz y Bien (Sevill et Huelva), Sexualidad Funcional (Valence), GORABIDE Association biscayenne en faveur des personnes ayant un handicap intellectuel ASPAYM Madrid, COCEMFE Alicante, AFEMAGRA Santé Mentale Grenade, AFESOL Association des familles et des malades (Málaga), Fondation Esfera (Madrid).

pour laquelle un rapport social est utilisé comme outil de collecte d'informations et de suivi. En 2021, le service juridique pour la protection internationale a préparé du matériel de formation sur la violence fondée sur le genre dans le but d'élargir la vision et la conception de la violence que les femmes peuvent subir du fait d'être des

femmes, afin d'améliorer la détection et l'attention portée aux besoins de protection internationale pour des raisons fondées sur le genre.

Une pratique de collaboration a également été établie entre l'ACCEM et Médicos del Mundo aux îles Canaries, en vertu de laquelle, lorsqu'un cas de violence sexuelle (en particulier de MGF) est détecté, Médicos del Mundo rédige un rapport qui peut être utilisé pour obtenir une protection internationale. Elle a conclu un accord avec le Centre de crise pour les victimes d'agressions sexuelles des Asturies afin d'offrir des services d'interprétation et de traduction dans les cas de violence masculine. Les interprètes professionnels étaient également des médiateurs culturels ayant reçu une formation en matière de genre grâce à un autre programme de l'ACCEM intitulé "Médiateurs pour l'égalité".

Le HCR a dirigé le **projet Seed** pour la mise en œuvre du protocole d'action sur la violence sexiste du Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations, avec la collaboration du MISSI lui-même et des ONG qui font partie du SAPIT. Ses conclusions prévoient l'extension à toutes les formes de violence faite aux femmes.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, l'hôpital **Ramón y Cajal de**

Madrid se distingue par sa ligne "**Salud Entre Mujeres**", qui vise à créer un espace d'éducation à la santé adapté à la culture et à la langue. Il travaille sur les droits sexuels et reproductifs, y compris la violence, entre autres activités, et offre un service de "psychologie transculturelle".

Le **projet RAISA de Farmamundi** est développé en collaboration avec la **Mairie de Barcelone** et promeut l'accès au système de santé et fournit des soins aux femmes migrantes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ainsi que pour la prévention et l'éradication de la violence.

Dans le même ordre d'idées, la campagne "YOU MATTER. Ta sexualité est importante" destinée aux femmes migrantes de l'**UNAF**.

7.3. Analyse des pratiques consultées

Comme nous l'avons expliqué plus haut, **l'action en faveur de l'AEAF n'est pas très spécifique** en Espagne, à l'exception de certaines organisations travaillant avec des femmes handicapées.

La plupart des expériences qui existent dans notre pays sont menées par des organisations non gouvernementales dans le domaine du handicap et certaines ressources de santé publique (santé mentale ou santé sexuelle et reproductive). Les services spécialisés dans l'égalité et la lutte contre la violence faite aux (VFF) ne mènent pas ce type d'actions.

Comme expliqué dans la méthodologie, les 7 pratiques analysées apportent une expertise - surtout - dans le travail sur la VFF et le handicap. Bien qu'elles ne soient pas toutes axées sur le FLE (étant donné l'absence de pratiques spécialisées), elles permettent de mieux comprendre les caractéristiques de la prise en charge des violences reproductives lorsqu'elles sont associées à la VG et à la VS. Elles permettent surtout de développer des critères d'action et d'accessibilité universelle transférables à la prise en charge de **toutes les femmes**.

Les informations fournies dans les questionnaires et les autres experts consultés ont également été pris en compte. La liste des informateurs figure à l'annexe 3.

7.3.1. Résumé des expériences

Expérience 1 : SAVIEX : Service de soutien aux femmes et aux jeunes filles handicapées victimes de violence à caractère sexiste en Estrémadure (Cermi Extremadura)

- Saviex a été créée en 2021 suite à l'un des résultats de l'étude sur la situation de la violence à l'égard des femmes handicapées en Estrémadure (Cermi Extremadura, 2020).
- Il est mis en œuvre par le Comité des organisations représentant les personnes handicapées d'Estrémadure (CERMI Estrémadure) grâce au soutien du gouvernement régional d'Estrémadure - avec des fonds provenant du Pacte National contre la Violence à faite aux Femmes - géré par le département de l'égalité.
- Bien que nous ne cherchions pas à détecter les cas de violence reproductive, nous travaillons avec méfiance. Surtout lorsqu'il s'agit de soigner des femmes qui ont été agressées sexuellement par des membres de leur famille.

- Saviex dispose d'un technicien spécialisé qui travaille comme professionnel de référence pour les femmes et les filles handicapées, ainsi que pour les différentes organisations et ressources qui interviennent au cours du processus de sortie et de rétablissement de la violence.
- L'intervention s'articule autour d'un modèle de soutien personnel qui répond aux besoins spécifiques découlant du type de handicap et d'autres facteurs individuels de conditionnement, pour des soins inclusifs, accessibles et efficaces dans les situations de VFF.
- Les composantes du service relatives à la prise en charge des femmes sont mises en œuvre grâce à la détection (par le biais de la collaboration et de l'orientation) de diverses ressources spécialisées visant à éradiquer la violence faite aux femmes¹⁰⁸. Il prévoit des procédures de coordination après l'orientation des cas vers les différents professionnels chargés de travailler avec les femmes ou les filles handicapées.
- Le protocole prévoit une intervention personnalisée à partir du moment où la femme prend volontairement contact par courrier électronique, téléphone portable ou en personne. Une fois que les soins et l'accompagnement nécessaires ont été fournis, un suivi est assuré par le biais d'appels téléphoniques.
- Il collabore également avec d'autres ressources impliquées dans la prévention et la sensibilisation. Il mène des actions de formation sur la VG pour les professionnels de l'aide à la personne dans une perspective intersectionnelle. Transfère à d'autres ressources les connaissances et les bonnes pratiques en matière de prise en charge des femmes souffrant de différents types de handicap. Les actions promues (2022 et 2023) visent la collaboration institutionnelle et technique, la diffusion, la sensibilisation et la prévention dans le cadre de conférences, d'événements et de séminaires¹⁰⁹.
- Ses actions comprennent la formation des agents de la police, de la justice et des services sociaux à la communication lors de l'audition de femmes et de jeunes filles

¹⁰⁸ Les bureaux de l'égalité et de la lutte contre la violence faite aux femmes du réseau de la Junta de Extremadura ; les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations qui aident les femmes victimes de violence à l'égard des femmes et/ou les personnes handicapées ; les forces de sécurité de l'État et les professionnels de la justice (avocats, magistrats et procureurs).

¹⁰⁹ Saviex mène un large éventail d'activités de sensibilisation et de prévention. Différents types d'activités de formation sont réalisés : Atelier "L'amour sans étiquette". Démontre les mythes de l'amour romantique ; Ateliers "Je m'aime, je m'occupe de moi. Les femmes et le handicap" ; Ateliers de groupe sur la prévention de la violence de genre. "Les femmes et le handicap. Vers une vision positive" ; Ateliers "L'amour sans étiquette. Diversité et respect".

handicapées, ainsi qu'à l'accessibilité des informations relatives au fonctionnement de la police et du système judiciaire.

Expérience 2 : Centre de réhabilitation psychosociale San Fernando De Henares (CRPS)

- Le CRPS de San Fernando de Henares fait partie des dispositifs du réseau public de prise en charge sociale des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et de longue durée (ci-après RPASPEMGD) de la Communauté de Madrid.
- Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire qui, à partir d'une approche individualisée, axée sur la réhabilitation et le rétablissement de la personne, s'efforce de favoriser la création et le renforcement d'un soutien qui encourage la participation des usagers aux ressources socio-communautaires de leur environnement, dans les mêmes conditions que n'importe quel autre citoyen.
- L'équipe se compose d'un directeur, de trois psychologues, d'une assistante sociale, d'une ergothérapeute, de trois éducateurs, d'une assistante administrative et d'un personnel de nettoyage à temps partiel.
- Ils disposent de différents programmes d'information, d'éducation et de formation professionnelle qui sont mis en œuvre à la fois dans le centre et dans l'environnement socio-communautaire de la personne. Le travail est également effectué avec les membres de la famille ou les proches.
- Le CRPS a été inauguré en 2004 et est actuellement conçu pour accueillir 90 personnes. Quarante pour cent des personnes accueillies sont des femmes. Les personnes prises en charge sont toutes envoyées par le Centre de Santé Mentale de l'Hôpital del Henares, et comprennent les municipalités de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio et Loeches, par l'intermédiaire de la Commission d'orientation vers les ressources et de suivi des cas.
- Parmi les autres commissions et espaces de coordination, il convient de souligner l'intégration, depuis 2011, des tables rondes locales contre la violence à caractère sexiste à Coslada et San Fernando de Henares.
- Le CRPS de San Fernando de Henares est un pionnier en matière de travail dans une perspective de genre dans toutes les actions qu'il mène. Il se distingue par sa

participation à plusieurs projets de recherche et publications¹¹⁰, par ses interventions individuelles en collaboration avec les points municipaux de lutte contre la violence liée au sexe dans la région, et par le développement important de programmes de groupe pour la détection, la prévention et l'intervention en matière de sexualité affective, de violence liée au sexe, de violence sexuelle, ainsi que d'espaces réservés aux femmes pour la promotion du réseau social. Cela inclut l'accompagnement des femmes victimes de VG et des groupes avec des hommes pour travailler sur d'autres masculinités.

Expérience 3 : projet *Construyendo Sexualidades* du Conseil Municipal de Los Realejos et de l'association *Sexualité et Handicap*.

- *Construyendo Sexualidades* est un projet mis en œuvre depuis une décennie par le plan municipal d'éducation sexuelle affective du Conseil Municipal de Los Realejos (Santa Cruz de Tenerife), développé en collaboration avec l'Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias (association des îles Canaries pour la sexualité et le handicap). Il bénéficie de la collaboration de la Fondation Caja Canarias, de l'œuvre sociale "la Caixa" et du gouvernement des îles Canaries.
- Le projet vise à répondre aux besoins dans les dimensions affectives, émotionnelles et socio-relationnelles de différents groupes à risque d'exclusion sociale ou de dépendance. Il vise à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et/ou atteintes de maladies rares dans la ville et ses environs, en mettant l'accent sur les soins, l'éducation et le soutien à la sexualité. Un service de conseil a été créé dans lequel les services fournis sont ceux qui découlent du projet lorsque des cas de VR sont détectés dans les domaines de la santé, du social ou de l'éducation.
- Au cours des années de mise en œuvre du projet et des ateliers réalisés, des situations de violence reproductive ont été détectées et, pour cette raison, une coordination a été mise en place avec les ressources locales de la municipalité pour leur prise en charge, principalement avec les travailleurs sociaux de la région.
- Au cours de cette décennie, elle a réussi à former plus de 4 000 personnes, dont des personnes handicapées, leurs familles, des professionnels et des bénévoles sur le terrain, par le biais d'activités transversales.

¹¹⁰ Voir, (2010) Prevalence of gender-based violence in women with severe mental disorder, Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave (accès).

Expérience 4 : Service Alba pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes sourdes. Confédération Nationale des Sourds (CNSE).

- Alba est une plateforme d'information financée¹¹¹ par la Délégation Gouvernementale contre la Violence de Genre, le Ministère des Droits Sociaux et de l'Agenda 2030, la Fondation Mutua Madrileña et la Fondation ONCE.
- Offre un point de contact pour l'assistance et l'information en langue des signes ou par écrit sur la violence de genre. Active un service accessible en langue des signes pour aider et accompagner les femmes sourdes et leur entourage (familles, professionnels, etc.) sur comment agir ou où aller lorsqu'elles sont confrontées à une situation de violence de genre (VG). Ils n'ont pas de suivi de femmes sourdes victimes de VG, mais ils considèrent que beaucoup de victimes d'autres formes de violence (principalement sexuelle) en ont souffert.
- Elles peuvent être contactées de différentes manières : par courrier électronique, par appel vidéo ou par chat. En raison de la diversité des femmes sourdes, toutes ne sont pas utilisatrices de la langue des signes ou de la langue orale, certaines sont bilingues. Les professionnels s'adaptent aux besoins du groupe cible, y compris à d'autres facteurs intersectionnels tels que l'âge, la territorialité, les handicaps supplémentaires tels que la surdicécité, etc.
- Ils travaillent avec le réseau associatif du CNSE dans les différents territoires, qui sont ceux qui fournissent les ressources pour accompagner la victime (soutien pour les formalités, les plaintes, toutes les procédures nécessaires) avec des interprètes en langue des signes ou avec des médiateurs de communication, ou les deux en même temps, immédiatement afin qu'ils puissent se rendre à toute ressource appropriée.
- Ils s'occupent à la fois des victimes et des familles, des professionnels externes et des professionnels du réseau des associations car il y a souvent un manque de formation sur la manière d'intervenir auprès des femmes sourdes.
- Il garantit la confidentialité, ce qui facilite l'accès au service. Parfois, les MVV sourdes ne veulent pas s'adresser aux fédérations parce que la communauté sourde peut être petite dans certaines régions et qu'elles se sentent gênées. Le service Alba les oriente

¹¹¹ Alba Service : <https://cnse.es/proyectoalba/>.

vers le service le plus approprié, soit en jouant le rôle de médiateur avec la fédération pour faciliter l'accompagnement.

Expérience 5 : Canal de soutien sociojuridique pour les femmes atteintes de paralysie cérébrale qui sont victimes de violence sexiste. Confédération ASPACE

- En 2020, la Confédération ASPACE a lancé un service dans le but d'apporter un soutien sociojuridique aux femmes atteintes de paralysie cérébrale qui sont victimes de VG et de VS, bien qu'un service étendu soit fourni à toutes les formes de VFF.
- Elle découle des besoins spécifiques des femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale et d'autres handicaps connexes, ainsi que de leurs familles, qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulière ce qui accroît leur manque de protection contre la violence.
- Ce service fait partie du service de conseil juridique de la Confédération ASPACE, dans le cadre du programme "ASPACE pour vos droits", qui s'articule autour de quatre axes principaux : la formation spécialisée sur les droits et le handicap dans les principaux domaines de la vie quotidienne des personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale, le plaidoyer politique, l'approche transversale des droits au sein du Mouvement ASPACE, et le conseil juridique.
- Le canal est en ligne, par téléphone et disponible aussi en personne. Le contact se fait par WhatsApp au 661 347 869, auquel vous pouvez envoyer vos messages du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00. Ces horaires sont limités en raison des moyens financiers restreints dont dispose actuellement l'institution. Le service juridique peut également être contacté par courrier électronique. Le canal est animé par deux juristes spécialisés dans le VFF.
- Les femmes aidées reçoivent des informations et un soutien juridique pour l'exercice de leurs droits et, si nécessaire, elles sont orientées vers des services de lutte contre la VG pour un soutien psychologique ou pour l'attribution d'un logement protégé.

Expérience 6 : Observatoire des femmes. Plena Inclusion Madrid

- Il s'agit d'un groupe de travail créé en 2010, c'est le premier Observatoire du Mouvement Associatif de la Déficience Intellectuelle, qui a pour but d'œuvrer pour la pleine égalité des femmes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du

développement (DI/TDI) et de sensibiliser la société aux causes qui perpétuent leur désavantage social.

- Des femmes avec ou sans déficience intellectuelle, y compris des professionnelles de l'accompagnement, issues de 17 organisations de Plena Inclusión Madrid, participent à l'Observatoire. Il aborde, à partir de la spécificité de la déficience intellectuelle, des questions générales liées au genre et aux femmes. Il s'agit de défis pour cet Observatoire dont l'agenda comprend des questions telles que la lutte contre la violence de genre, l'éradication de la stérilisation forcée, la maternité ou la santé gynécologique.
- Il est configuré comme un espace de participation des DI/TDI avec des professionnels de soutien pour promouvoir leurs droits, garantir leur pleine inclusion et mener des actions de sensibilisation, de formation et de visibilité visant à leur donner plus de pouvoir. Les DI/TDI se représentent elles-mêmes et représentent les entités qui promeuvent leur participation active.
- Au cours de cette période, elles ont réalisé quatre courts métrages audiovisuels pour sensibiliser le public aux obstacles rencontrés par les femmes handicapées mentales et au soutien dont elles ont besoin pour jouir d'une citoyenneté à part entière. Tous ces films abordent la violence de genre dont elles sont victimes, sous ses différentes formes¹¹².
- Les professionnels qui participent à l'Observatoire sont des techniciens des organisations locales des municipalités de la région de Madrid. Ils travaillent dans des ressources spécifiques pour la prise en charge des personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont membres de la fédération de Plena Inclusion Madrid. Ces organisations n'ont pas de ressources spécifiques pour s'occuper des femmes victimes de VR mais elles les détectent continuellement dans le développement de leur travail, parce que les DI/TDI elles-mêmes le verbalisent. En ce sens, dans les actions qu'elles mènent, elles effectuent des interventions, en particulier des soins psychologiques pour le rétablissement des victimes (deuil, résilience, ...), de nature collective, et travaillent avec les familles pour qu'elles comprennent la situation des victimes.

¹¹² Dans le domaine de la diffusion, les documentaires suivants, produits par l'Observatoire des femmes, se distinguent : También Somos Mujeres (2011). Accès ; Ce n'est pas moi le problème (2017). Accès ; Dans la mesure du possible (2022) Accès ; C'est mon droit (2023) Accès.

- Le travail de groupe sur l'autonomisation et la formation est mené à la fois avec des DI/TDI en général et avec celles qui ont été victimes de VR en particulier. Les questions relatives à la sexualité, à la connaissance du corps, aux soins de santé sexuelle et reproductive et de soutien à la reconnaissance et à l'expression de la violence reproductive qu'elles ont subie sont abordées.
- L'Observatoire travaille sur l'accès à la santé gynécologique dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle et reproductive des DI/TDI et de leurs droits.
- Le *groupe de mères de soutien mutuel* est une autre des actions promues par l'Observatoire. Il est composé de DI/TDI qui ont vécu et sont des mères qui partagent leurs expériences. Certaines de ces mères ont également subi une forme de violence de genre.

Expérience 7 : Unités d'assistance spécialisées pour les femmes handicapées victimes de violence de genre dans la communauté. Confédération des organisations de personnes handicapées physiques et organiques d'Andalousie (CODISA PREDIF Andalousie).

- CODISA PREDIF Andalousie a lancé ce service en 2015, qui s'adresse aux femmes souffrant de tous types de handicaps. La prise en charge est assurée par les Unités d'Assistance Spécialisée, où sont délivrés des soins psychosociaux, des informations, un accompagnement et des conseils sont proposés pour faire face aux situations de violence, à leurs séquelles et à la prévention de nouveaux épisodes.
- Il s'agit notamment de soutenir les procédures administratives, policières et judiciaires, domaines dans lesquels les femmes handicapées se heurtent généralement à des obstacles qui les empêchent de dénoncer les faits et de pouvoir ainsi se rétablir. Elles effectuent également un travail de prévention par le biais d'interventions de groupe, en développant des groupes d'autonomisation des femmes.
- Les victimes peuvent accéder aux unités de deux manières : directement par leur propre initiative ou par le biais d'une orientation des professionnels d'une organisation membre, lorsque l'utilisatrice participe à l'un des services ou programmes de l'organisation. Les professionnels des organisations contactent également les unités CODISA PREDIF lorsqu'ils détectent une situation de violence ou la soupçonnent, afin de demander conseil. Le service a ainsi un caractère préventif. Ils sont également

orientés par des professionnels d'autres services du réseau public local ou régional d'attention à la VVG.

- Le service dispose d'un bureau virtuel et d'un service de face à face dans des bureaux situés dans toutes les provinces (à l'exception d'Almeria). Chaque unité dispose d'un technicien de référence et, au niveau régional, une équipe multidisciplinaire est composée d'un travailleur social, d'un psychologue et d'un éducateur social. L'équipe est formée et spécialisée dans les besoins des femmes handicapées, leurs conditions de vulnérabilité et la présence de risques différentiels par rapport au reste de la population féminine.

7.3.2. Leçons tirées et défis dans la prise en charge des femmes victimes

Les résultats obtenus à partir des entretiens menés pour analyser les 7 pratiques décrites se trouvent ci-dessous. Les résultats des enquêtes menées auprès des EELL et des organisations sont également mentionnés à certaines occasions, car ils sont généralement conformes aux expériences et contribuent à renforcer la notion de consensus parmi les professionnels sur la manière dont la VR est abordée.

7.3.2.1. Dépistage de la violence et accès aux soins

Toutes les expériences ont mis en évidence l'importance de la diffusion des services pour faciliter l'accès des victimes à des soins spécialisés pour des violences particulièrement invisibles.

Les pratiques identifiées utilisent différentes **stratégies de diffusion**, telles que:

- La SAVIEX est envisagée à travers les médias, aussi bien la presse écrite que les programmes radio et la chaîne Extremadura (aussi bien dans les programmes d'information que dans des programmes spécifiques ou des reportages). Des interviews ont été réalisées pour les médias. La brochure d'information a été distribuée dans les pharmacies : 380 dans la province de Badajoz et 290 à Cáceres, qui sont devenues des points SAVIEX.
- Le projet Construyendo Sexualidades est diffusé dans le cadre du Plan Municipal d'Éducation Sexuelle de la Mairie de Los Realejos et sur le site web informatif de l'association Sexualidad y Discapacidad.

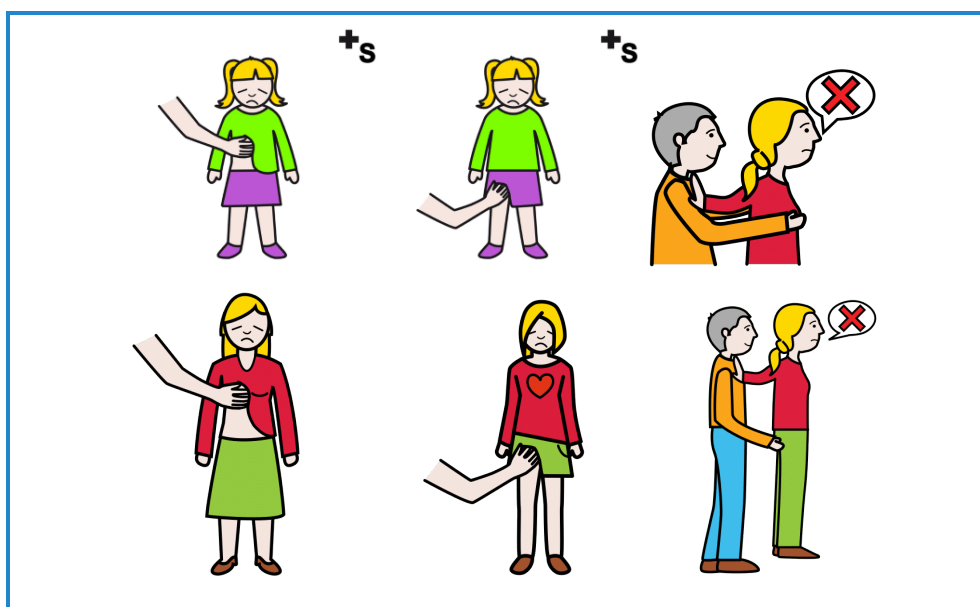
- Le service Alba du CSNE dispose d'un site web informatif et assure une diffusion interne.
- Les Unités de Prise en Charge Spécifique des femmes handicapées victimes de VG de CODISA PREDIF utilisent la multidiffusion : les Points CODISA par la création d'affiches avec un QR dans les Points Violets ; la distribution d'affiches dans les centres de santé, les services sociaux, les centres éducatifs, etc. ainsi que dans les entités membres ; les réseaux sociaux ; les réunions, les conférences et les forums.
- Au sein de la Confédération ASPACE, il est diffusé en interne auprès des entités et fédérations membres, par le biais des réseaux sociaux et des médias, ainsi que dans les actions de sensibilisation elles-mêmes (tant auprès des opérateurs juridiques que des milieux éducatifs et sanitaires), en favorisant les envois.

Pour cela, il faut rendre la violence (en l'occurrence, la VR) clairement visible sur tous les supports d'**information et de communication** des organisations, qui sont encore trop limités pour exprimer les expériences des femmes en matière d'abus.

Les femmes atteintes de paralysie cérébrale qui utilisent des tablettes ou des cahiers avec des pictogrammes pour communiquer n'ont pas accès à une page de pictogrammes liés à la violence. Alors comment sont-elles en mesure d'exprimer ce qui leur arrive (E5) ?

L'illustration ci-dessous présente quelques exemples de pictogrammes sur les abus sexuels à l'encontre des filles et des femmes :

Illustration 5. Pictogrammes-SAAC sur la VS à l'encontre des femmes et des filles



Source : Portail aragonais de la communication alternative et améliorée (ARASAAC),

Des activités de formation et de sensibilisation sont menées **avec et pour les femmes elles-mêmes**, à la fois pour les sensibiliser à **leur propre victimisation** et pour leur faire connaître **l'existence de ressources d'aide**.

Ces activités sont essentielles ; grâce à elles, les femmes victimes découvrent un cadre avec **nouvelles significations pour communiquer des expériences qu'elles ne savaient pas comment nommer**, et identifient un espace où elles peuvent résoudre leurs doutes et être orientées pour la première fois.

- L'existence d'**espaces d'écoute spécifiques** - tels que les groupes DI/TDI - où règne un **climat de sécurité et de confiance** est fondamentale, de même que toute formation spécifique sur des sujets tels que : leur sexualité, leur affectivité, la maternité, la santé sexuelle et reproductive, les droits sexuels et reproductifs, et la VR.

Nous le constatons surtout dans les sessions de formation, principalement lorsque vous générez des scénarios sûrs où parfois ces questions n'ont pas été soulevées parce qu'elles n'ont pas été évoquées dans leurs conversations quotidiennes (E3).

- Ces activités préalables de sensibilisation **aident les femmes à identifier les situations de violence**, y compris les VR. Dans de nombreux cas, un lien préalable a

été créé avec les professionnels en qui elles ont confiance, ce qui **facilite l'intervention**.

Les femmes atteintes de paralysie cérébrale ont une image très dégradée d'elles-mêmes, parce qu'elles sont dépendantes de tout. Lorsque vous travaillez sur leur autonomisation, les femmes commencent à exprimer leurs demandes concernant la violence qu'elles subissent (E5).

- Dans ces espaces, les professionnels doivent adopter une **attitude d'observation et d'écoute qui leur** permet d'émettre des hypothèses sur les différentes formes de violence auxquelles les participantes peuvent être exposées.

Lorsqu'il s'agit de VR, les femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale ne savent pas, elles n'ont pas les outils pour identifier ce type de violence, donc lorsqu'elles arrivent au canal [ASPACE], cela s'est déjà produit. La violence reproductive est liée à d'autres violences, généralement sexuelles. Souvent, les agresseurs sexuels se disent : "si je la stérilise, j'aurai plus de chances de poursuivre la violence sans laisser de traces", c'est-à-dire que la stérilisation forcée est généralement une étape initiale pour perpétrer la violence sexuelle. Dans ces cas, l'intervention vise à leur faire prendre conscience de ce qui s'est passé et à leur donner les outils pour se défendre contre la violence sexuelle (E5).

Ainsi, les personnes qui s'adressent aux services pour obtenir de l'aide ont participé - ou participent - à différentes formations sur l'autonomisation, les droits ou la prévention des différentes formes de violence faite aux femmes.

De plus, selon le type de handicap, **l'échange avec l'assistante personnelle**¹¹³ **et le travail fait avec les familles** sont souvent indispensables dans le processus de détection, surtout dans le cas des femmes souffrant de handicaps multiples¹¹⁴, paralysie et de DI/TDI

Les barrières sont parfois les familles et nous devons donc travailler sur la psychoéducation (...), pour qu'elles comprennent qu'elles sont des personnes avec une

¹¹³ Par exemple, à CODISA PREDIF, une formation sur la violence est dispensée aux assistants personnels qui peuvent agir en tant qu'agents pour détecter les situations de violence et transférer la situation aux services correspondants.

¹¹⁴ "Le polyhandicap est un handicap grave à expression multiple, associant deux ou plusieurs handicaps, tels que le handicap moteur, le handicap intellectuel, le handicap sensoriel ou la santé fragile, qui peuvent être sévères ou profonds. Il entraîne une restriction extrême des aspects et des possibilités de perception, d'expression, d'émotions et de relations. Les personnes polyhandicapées connaissent un retard de développement et ont souvent besoin d'un niveau élevé d'aide et de soins dans leur vie quotidienne". (Maita, 2023).

sexualité qui ont évidemment des droits et que cela doit primer sur les décisions de chaque membre de la famille (E2P2).

En plus de ce qui précède, un **travail** est développé **avec d'autres professionnels**, afin qu'ils puissent détecter les cas de violence et contribuer à la diffusion des ressources.

En ce sens, les résultats de l'étude suggèrent que l'action **vers les ressources propres** (au sein de l'institution, de l'EELL ou de l'ONG) est essentielle, de même que la **participation à des réseaux d'échanges** professionnels ou associatifs. Ces activités incluraient la **sensibilisation et la formation d'autres professionnels**.

À cet égard, le **manque de formation** basique sur la VR et la AEAF en particulier, notamment parmi les professionnels de la lutte contre la VG et du secteur de la santé, ainsi que parmi les techniciens chargés de la promotion de la santé sexuelle et reproductive, a été identifié comme un **obstacle à la détection**.

Les équipes professionnelles n'ont pas la formation nécessaire pour réagir. Si on leur pose des questions (...) ils ne savent pas comment gérer une situation de violence reproductive.

Donc si je n'ai pas de formation ou si je ne sais pas comment m'y prendre, je ne demande pas, de peur qu'ils me posent une question ou qu'ils me répondent et que je n'aie pas d'information (E3).

Pour l'identification de la violence reproductive, les expériences analysées tendent à utiliser un **ensemble d'indicateurs** spécifiques et non spécifiques, qui sont généralement associés à la VS étant donné l'interrelation entre celle-ci et la VR ¹¹⁵. Les **lignes directrices et les principaux indicateurs utilisés pour la détection de l'AEAF** dans les expériences susmentionnées sont les suivants :

- Le **rapportage direct des femmes**.
- **Expression de soupçons de la part d'autres** professionnels ou de personnes de l'entourage (amis, bénévoles, environnement de travail, etc.).
- Rapports médicaux.
- **Sautes d'humeur**, symptômes liés à la dépression, comportement perturbateur.

¹¹⁵ Voir Vazquez et Castro (2018) pour une liste d'indicateurs permettant de détecter la violence sexuelle à différents stades de la vie à l'encontre des femmes handicapées (v.bibl.).

- **Type de médicaments** tels que les tranquillisants ou les anxiolytiques, s'ils savent pourquoi ils les prennent, s'il s'agit d'une demande de leur part et s'ils ont réellement besoin d'une prise en charge psychologique plutôt que de médicaments. Prêter attention à la santé mentale et à la psychopharmacologie. Les médicaments prescrits doivent être vérifiés.
- Troubles de l'alimentation, en particulier dans les DI/TDI.
- **Lecture et analyse du corps.** Le cas des adultes DI/TDI qui sont habillés ou s'habillent de manière très infantilisante. Ou encore le cas d'une jeune femme qui prend soudainement du poids à la suite d'une ménopause précoce ou d'une contraception.
- **Une ménopause précoce qui ne correspond pas à l'âge.** Dans ce cas, il convient de confirmer par une analyse hormonale et/ou une échographie vaginale s'il s'agit d'une ménopause consécutive à une stérilisation.
- **ne pas avoir de règles lorsqu'elles sont en âge d'en avoir.** Il faut toutefois tenir compte du fait que toutes les femmes handicapées n'ont pas de menstruations en raison de différentes pathologies. Il est fréquent que les familles ou les centres choisissent une méthode contraceptive sans le consentement éclairé des femmes, ce qui, dans de nombreux cas, les prive de cycle menstruel pendant la majeure partie de leur vie.
- **Admissions à l'hôpital ou interventions chirurgicales non spécifiques.** Si une femme n'est pas en mesure de raconter exactement ce qui s'est passé ou en quoi a consisté l'intervention, il s'agit d'un indicateur de suspicion ou de risque de stérilisation ou de contraception forcée.
- **Envisager l'hypothèse de la violence sexuelle** et appliquer les outils de dépistage disponibles ; l'évaluer comme une conséquence ou une condition de sa facilitation en tant que VR.

Explorer avec les femmes **si elles ont subi des abus dans leur enfance**, car cela est également lié et important pour prouver que ce type de VS est lié à la VR. Parallèlement, il convient d'accorder une attention particulière aux situations d'incapacité, que l'on appelle aujourd'hui "mesures de soutien". Vérifiez si son tuteur ou sa personne de confiance est son agresseur.

Lorsque l'on soupçonne l'existence d'un AEAF, **on pose souvent des questions simples et directes** sur les situations qui ont pu conduire à la violence reproductive :

- dans les **consultations médicales auxquelles participent des** femmes accompagnées de personnes de confiance ou des professionnels de la santé qualifiés.
- dans le domaine de **l'aide sociale aux femmes** handicapées lors des entretiens d'accueil et de suivi. Les questions sont des questions directes avec des réponses fermées, simples, faciles et directes et rien n'est considéré comme acquis. **Deux exemples ont été fournis :**
 - **Exemple 1** : Une femme qui se présente à un service parce qu'elle est tombée enceinte après avoir subi des violences sexuelles et qui dit avoir avorté ou que cela apparaît dans le rapport médical, vous pouvez lui demander directement : mais vouliez-vous avoir le bébé ou vouliez-vous avorter ?
 - **Exemple 2** : une femme victime de violences sexuelles qui se rend dans un centre d'aide aux victimes de violences sexuelles et à qui l'on peut poser des questions telles que : "Quelle est la meilleure façon de réagir aux violences sexuelles ?
 - connaissez-vous vos droits sexuels et reproductifs ?
 - Connaissez-vous les méthodes de contraception et quelles sont les informations dont vous disposez à leur sujet ?
 - Utilisez-vous ou avez-vous utilisé jusqu'à présent une méthode contraceptive ? Quelle est-elle ? Quelles sont les informations dont vous disposez à ce sujet : durée, protection contre les MST, contre-indications et effets secondaires, etc.? Disposez-vous seulement de celui qu'on vous a donné ? Car si la femme ne connaît pas les principales méthodes contraceptives, on peut soupçonner qu'elle est stérilisée.
 - Vous souvenez-vous d'une intervention chirurgicale récente et de quel type ?

Lorsque vous interrogez des femmes qui prennent actuellement certains traitements contraceptifs, qu'il s'agisse de contraceptifs

oraux ou de patchs, le message qui leur a été transmis sur les raisons pour lesquelles elles ont eu recours à la ligature des trompes est que c'était le meilleur traitement. Et bien sûr, il n'y a aucune preuve scientifique. Tout cela est irréaliste, parce qu'on leur a dit que c'était pour le calcium ou pour les crises d'épilepsie. En d'autres termes, comment pouvez-vous dire que ce traitement est contradictoire ou pourquoi le prescrivez-vous si c'est irréversible ? Non, quand il n'y a pas d'études (E3).

7.3.2.2. Parcours de soins et procédures

Soins et accompagnement des victimes.

La prise en charge des femmes victimes de VR dépend **de leurs besoins en matière de soutien à la communication**, qui doit privilégier l'expression et la compréhension de la situation de violence vécue par elles-mêmes. Ce serait le premier point de départ de tout parcours de soins : **l'accessibilité universelle** (voir point 5.3. Besoins des femmes victimes).

La pratique du canal de soutien sociojuridique pour les femmes VVG atteintes de paralysie cérébrale de la Confederación ASPACE sert d'exemple pour comprendre la **place centrale que l'accessibilité doit occuper dans l'attention portée** à ces femmes. Dans le cas du canal de soutien sociojuridique, les soins sont considérés les suivants :

- Toute femme suffisamment alphabétisée peut écrire des messages WhatsApp (ou des courriels).
- La communication avec les professionnels peut se faire par enregistrement audio et vidéo, ce qui permet une écoute répétée et des thérapies par la parole. Ceci est particulièrement utile pour les femmes présentant des degrés divers de dysarthrie¹¹⁶. Cela pourrait être assimilé au cas des interprètes et des médiateurs culturels pour les femmes d'origine étrangère ayant un niveau limité d'espagnol (ou de langue co-officielle).

¹¹⁶ La dysarthrie est un trouble moteur de la parole. Les muscles de la bouche, du visage et du système respiratoire peuvent s'affaiblir, bouger lentement ou ne pas bouger du tout à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou d'une autre lésion cérébrale. Elle est assez fréquente chez les personnes atteintes de paralysie cérébrale.

- Les systèmes de communication améliorée et alternative peuvent être utilisés de manière complémentaire - partiellement ou totalement - comme l'exige le site¹¹⁷ (SAAC), tout en bénéficiant d'un soutien technique professionnel : orthophonistes, interprète LSE, médiateurs communicatifs. Ceci pourrait être étendu aux interprètes d'autres langues ou aux médiateurs culturels dans le cas d'autres profils de victimes.

Tout au long du parcours de soins, on garde à l'esprit que **l'interlocuteur est toujours la femme elle-même - et** dans les cas où cela est nécessaire, avec le soutien technique de professionnels.

Cet aspect est déterminant pour la phase d'accueil de la femme victime et, dans la mesure du possible, **ce soutien doit être planifié et anticipé**. Idéalement, ils devraient être fournis gratuitement par le service lui-même dans le cadre de leurs droits.

La **phase d'accueil** est essentielle pour établir le lien entre le professionnel et la femme victime de VR. Elle doit s'appuyer sur une procédure systématisée qui guide les actions du professionnel (un protocole). Il s'agit généralement de se présenter, d'observer et d'écouter activement l'histoire de la femme, d'accorder de la crédibilité à ce qu'elle exprime, de contenir sa détresse, d'utiliser un script de questions pour l'entretien qui permette de bien enregistrer chaque attention.

L'accent est mis sur le fait que les femmes victimes **sont protagonistes et actrices de leurs processus** et de leur prise de décision tout au long de la guérison.

Il est important de savoir faire la différence entre les besoins parfois perçus par les équipes professionnelles et les demandes exprimées par les femmes ou les jeunes filles handicapées ou atteintes de maladies rares elles-mêmes. Et cela est lié au fait que nous prenons parfois la permission de ne pas leur demander, mais de supposer... Je pense

¹¹⁷ Les systèmes de communication améliorée et alternative (SAAC) sont des formes d'expression différentes du langage parlé qui visent à améliorer et/ou à compenser les difficultés de communication et de langage de nombreuses personnes ayant des difficultés dans ce domaine. Les SAAC ne sont pas exclusifs du langage parlé, mais constituent une forme d'expression complémentaire. Ils comprennent l'utilisation de pictogrammes, de la langue des signes ou de produits d'aide à la communication tels que des ordinateurs portables, des tablettes technologiques ou des PC dotés de programmes spéciaux, du braille, de la lecture facile, des pictogrammes, des dispositifs multimédias facilement accessibles, des systèmes d'aide à la communication orale et de la langue des signes, des systèmes de communication tactile et d'autres dispositifs qui permettent la communication. Voir certains des systèmes disponibles dans : Article 4 du décret royal 674/2023 du 18 juillet, approuvant le règlement relatif aux conditions d'utilisation de la langue des signes espagnole et des moyens d'aide à la communication orale pour les personnes sourdes, malentendantes et sourdes et aveugles (accès) ; Loi 6/2022, du 31 mars, modifiant le texte consolidé de la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale, approuvée par le décret royal législatif 1/2013, du 29 novembre, afin d'établir et de réglementer l'accessibilité cognitive et ses conditions d'exigence et d'application (accès).

donc que ma priorité serait celle-ci, leur demander à elles et mettre en place des situations propices à cela et nous allons écouter les réponses. (E3)

L'accent **ne doit pas être mis sur la déclaration, car dans le cas** de la violence liée au sexe, il est peu probable, voire pas du tout, que la femme l'ait déclarée ou veuille le faire.

Les pratiques des organisations montrent que l'un des premiers aspects expliqués aux victimes est, précisément, qu'une **procédure de plainte ne sera pas mise en œuvre tant qu'elles n'auront pas décidé de le faire** ; si elles le font, les attentes et les garanties de la procédure leur seront expliquées.

C'est à la victime de décider quand et comment elle souhaite porter plainte, le cas échéant. La priorité est toujours donnée à une approche psychologique qui leur donne les moyens de porter plainte, et un accompagnement juridique est toujours prévu dans le processus.

Selon les professionnels interrogés, le processus de signalement se complique considérablement lorsque la VS ou la VR, ou les deux, se produisent dans l'environnement familial immédiat. Dans le cas des femmes handicapées, il s'agit de signaler l'incident à la principale source de soutien quotidien de la victime, dont elle dépend.

Lorsqu'il s'agit de la famille, les femmes ont un sentiment d'impuissance, elles ont elles-mêmes tendance à être prises en charge par la famille, beaucoup plus que s'il s'agissait de leur partenaire ou ex-partenaire. Ceci est accentué par le fait qu'elles ont également un niveau élevé de dépendance physique et communicative, c'est comme "si ma famille disparaît, je me retrouve seule au monde". E4

La première prémisse est le manque de connaissance qu'elles ont de leur corps et pas seulement de l'anatomie, mais aussi de la physiologie (...) elles ne sont pas conscientes et ont intériorisé l'idée que leur corps ne leur appartient pas, ni qu'elles peuvent prendre des décisions concernant leur corps, ni que leur opinion sera prise en compte, à tel point que des choses horribles se sont produites, qu'il y a eu des situations de violence. (E3)

L'intégrité physique et la sécurité des femmes est le seul critère d'exceptionnalité qui devrait guider l'action des professionnels dans le domaine de la VFF, et cela s'étend aux cas de VR. En général, les pratiques analysées identifient le "signalement" comme une action résultant d'un processus d'intervention.

"Une fois que la femme a fait des progrès avec la psychologue, elle revient sur l'approche juridique et elle décide. L'itinéraire que nous suivons est le suivant : je vous mets à l'abri, c'est-à-dire que j'utilise cette approche sociale et cet accompagnement pour la sortie ; puis l'approche psychologique pour le rétablissement ; et enfin, l'approche juridique si la femme le décide". E5

Les protocoles existants en matière de VG et de VS stipulent que lorsque les femmes déclarent verbalement qu'elles subissent des violences, elles travaillent directement avec un *plan d'urgence* et suivent les protocoles existants en fonction du risque (qui, dans le cas des VR, n'existent pas, mais qui sont appliqués dans le cas des victimes de VS).

Si le risque est très élevé et que la femme décide de le faire, elle est accompagnée pour porter plainte. Et si le risque est faible, nous nous efforçons de comprendre la situation et de l'accompagner dans sa prise de décision en lui fournissant des informations et des conseils appropriés.

Dans la **phase de coordination et d'orientation**, après avoir évalué la situation de sécurité / intégrité personnelle, en fonction du risque, les ressources sociales nécessaires sont mises en place et, si nécessaire, la femme est retirée de l'environnement dans lequel la violence se produit ou s'est produite.

En cas d'**urgence**, il est procédé à la recherche d'un logement adapté aux circonstances et aux besoins de la victime dans le cadre des ressources publiques.

Dans le cas des femmes handicapées, la réponse étant généralement qu'elles n'existent pas (parce qu'elles ne sont pas accessibles), une ressource d'hébergement d'urgence est mise en place au sein du réseau associatif des organisations.

Une fois cette ressource d'urgence mise en place, commence l'accompagnement psychologique qui, une fois de plus, compte tenu du manque de formation au handicap (ou aux pratiques néfastes) des ressources humaines des structures publiques, n'est pas adapté aux victimes de VR.

Le processus de rétablissement de la victime (certaines organisations l'ont appelé "**reconstruction accompagnée**") est axé sur la responsabilisation individuelle, notamment par le biais de soins psychologiques et d'activités de groupe.

L'approche de travail des groupes répond à la notion d'**empowerment collectif**, à travers des groupes hétérogènes de femmes, composés de cinq ou six femmes, qui se concentrent sur la

prévention secondaire : déconstruction des idées fausses sur la violence qu'elles ont subie, élimination de l'autoculpabilisation, formation à l'éducation affectif-sexuelle.

Le fait d'entendre les témoignages d'autres personnes les guérit et leur est également bénéfique, l'essentiel étant qu'elles disposent de réponses quant au pourquoi et à la raison pour laquelle elles ont été traitées de la sorte (E3).

Ressources, infrastructure et coordination

Une perspective globale de la prise en charge implique un regard pluridisciplinaire sur les **ressources humaines** disponibles. Dans les pratiques analysées, les ressources fondamentales disponibles sont des professionnels dans les domaines de la psychologie, du travail social, du droit, de l'éducation sociale et de la médiation de la communication (dans différentes spécialités en fonction du handicap, orthophonie, LSE, surdicécité, etc.)

L'accès aux sexologues, sages-femmes, infirmières, gynécologues, médecins de premier recours et psychiatres est également considéré comme essentiel. Toutefois, bon nombre de ces ressources humaines **ne** sont accessibles **que par le biais de la coordination et de la mise en réseau**.

La **continuité de l'orientation est** une caractéristique importante des soins, en particulier pour les DI/TDI.

En termes d'**infrastructures de soins**, les mécanismes décentralisés, les plateformes de réponse en ligne, les applications téléphoniques et mobiles (pour tablettes et smartphones) ainsi que les équipes mobiles qui se rendent sur place se distinguent.

De cette manière, **les équipes se déplacent pour** s'occuper des femmes dans leur commune ou dans d'autres communes, créant ainsi des équipes itinérantes et facilitant l'accès et l'attention aux ressources locales disponibles. Ces dernières doivent répondre à des **exigences minimales** : respect de la vie privée et sécurité.

Pour les organisations interrogées, la **coordination est l'un des défis majeurs** dont dépendent la qualité de la prise en charge de toutes les victimes de violences faites aux femmes et l'accès aux ressources spécialisées. C'est également ce qu'ont exprimé les EELL et les organisations dans les différentes enquêtes.

Ainsi, l'une des demandes unanimes est de pouvoir **établir un travail stable et coordonné** entre les services de santé, les ressources de VFF et les organisations de personnes handicapées

(ou autres) afin de fournir des soins adéquats aux femmes qui peuvent être exposées à n'importe quel type de violence.

Il en va de même pour les organisations représentant d'autres groupes ou disposant d'une expertise dans ce domaine, à savoir, comme indiqué au chapitre 4, les associations ou organisations s'occupant des femmes roms, des femmes migrantes, des demandeurs ou bénéficiaires d'une protection internationale et des réfugiées, des victimes de l'exploitation sexuelle et des personnes transgenres.

En général, les EELL et les organisations ont axé l'évaluation de leur expérience en matière de coordination **sur la VG et, dans une moindre mesure, sur la VS.**

Leur évaluation **est positive**. Il existe une trajectoire consolidée d'interventions conjointes et de suivi des cas, bien que la persistance de mauvaises pratiques de la part de certains membres des forces et organes de sécurité de l'État ait également été détectée¹¹⁸ en ce qui concerne les plaintes de la police.

Normalement, nous avons une très bonne coordination avec les ressources de la région qui s'occupent de la violence et donc, en général, nous nous coordonnons avec les psychologues ou les travailleurs sociaux du Point Violence et si elle est d'accord, alors nous nous coordonnons avec eux. Il est même arrivé qu'un collègue fasse des interventions conjointes (E1).

Voici quelques exemples de coordination entre les ressources ou les services :

- CODISA PREDIF organise régulièrement des réunions avec les coordinateurs provinciaux de l'Institut Andalou de la femme, ce qui a permis d'élaborer le *Protocole d'assistance spécialisée aux femmes handicapées victimes de violence de genre* (IAM, 2021). Ce protocole utilise un modèle de rapport convenu qui établit la procédure d'orientation.
- Les organisations membres de Plena Inclusion Madrid travaillent en coordination avec la fédération territoriale elle-même et avec les centres de santé sexuelle et reproductive de la Communauté de Madrid, où le travail de

¹¹⁸ L'un des nombreux exemples apparus au cours du travail de terrain illustre cette situation typique : le cas d'une victime qui "se rend au poste de police pour porter plainte et l'officier de police lui dit que ce qui lui arrive n'est pas de la violence, alors que son rôle est d'accueillir la femme pour qu'elle porte plainte et qu'il ne lui appartient pas d'évaluer s'il s'agit ou non de violence". En ce sens, elles soulignent le sentiment de frustration et d'impuissance des professionnels qui ont conseillé à la police de porter plainte.

soutien des professionnels de l'infirmierie dans les centres est d'une grande importance.

- Le CNSE a conclu un accord de collaboration avec le *programme Women in ON Mode*, dans le cadre duquel les femmes sont orientées vers la recherche d'emploi. Il s'agit d'une initiative d'Inserta Empleo et de la Fundación ONCE visant à promouvoir l'employabilité et l'esprit d'entreprise.
- En ce qui concerne la prise en charge des mineurs, le CNSE fait référence à la Fondation ANAR, avec laquelle il a conclu un accord de collaboration. Plena Inclusión Madrid utilise son réseau dans le cadre du *programme Madres con Mayúsculas*, qui vise à soutenir et à accompagner les mères présentant des déficiences intellectuelles ainsi que leurs enfants.

Cependant, il est important de souligner que cette coordination est coûteuse car elle **nécessite beaucoup de temps** et d'insistance, en particulier lorsqu'une **culture de mise en réseau** n'est pas encore en place.

"Il existe la question du manque de temps, de la demande, de la surcharge professionnelle de tous les services (...) c'est faciliter les espaces et les lieux, je pense que ce serait l'une des clés, n'est-ce pas ? Et du temps sa réalisation. Les services sociaux sont débordés. La santé mentale ? C'est compliqué. Je pense que la persévérance est importante (...) J'essaie de me coordonner, ils ne me répondent pas, mais je reviens toujours à la chargeur demander de l'aide, n'est-ce pas ? Voyons, nous avons besoin de vous, mais nous aussi pouvons aussi vous aider (entretien anonyme).

Les réseaux et les espaces stables de coordination sont fondamentaux dans les expériences analysées.

Son principal obstacle est le manque de ressources humaines, ce qui signifie que les personnes disponibles ont tendance à privilégier l'attention directe au détriment de la coordination, ce qui, à moyen terme, est préjudiciable en ce qui concerne la qualité de l'intervention. Ce manque de ressources signifie également que la coordination peut être limitée aux situations d'urgence.

Tant dans les expériences que dans les enquêtes réalisées (voir points 6.1. et 6.2.), ceux qui apportent une perspective plus critique affirment que, dans la pratique, il existe des **obstacles au travail coordonné**.

À cet égard, les questions suivantes ont été identifiées pour examen :

- **Manque de mise à jour et de consultation.** Certains protocoles de coordination sont utilisés comme moyen de résoudre les doutes, mais ne sont pas revus avant et pendant la coordination. Ils sont parfois trop longs et complexes, nécessitent trop de rapports et impliquent une bureaucratisation excessive. Dans certains cas, il est souligné que la formation du personnel et les processus d'échange d'informations entre les services doivent être améliorés.
- La coordination est plus coûteuse dans les **petites municipalités et les municipalités rurales, ainsi que** dans celles qui ne disposent pas de ressources propres. Elle implique que les services spécialisés soient centralisés dans la capitale de province (y compris les refuges), ce qui génère une inégalité territoriale dans l'attention portée aux victimes.
- Toutes les personnes interrogées ont identifié les problèmes les plus importants sur le fonctionnement de la coordination avec la **sphère judiciaire**. Dans le cas des femmes handicapées, il s'agit du manque de connaissances et de mythes sur la sexualité et la maternité, de ressources inadéquates pour pouvoir témoigner avec les soutiens communicatifs nécessaires, ou du manque de crédibilité envers les victimes.
- **Manque d'accessibilité** des ressources en matière de lutte contre la VFF et obstacles à la communication dus au fait que ne garantissent pas l'universalité.
- **Le manque de spécificité**, car les protocoles généraux sur la prise en charge des VVG ne tiennent généralement pas compte des besoins spécifiques des femmes handicapées et n'identifient donc pas d'autres formes de violence qui les affectent particulièrement, comme les VR.
- L'absence de lignes directrices pour les **situations d'urgence**, telles que le COVID19, où aucun protocole n'était en place et où plusieurs services ont été paralysés.

Les EELL tout comme les organisations d'experts s'accordent sur un certain nombre de **défis généraux en matière de** coordination. Ceux-ci sont énumérés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Principaux défis de l'intervention dans le domaine de la VR selon le type d'organisme

EELL	Organisations spécialisées
Révision et débureaucratiation	Ressources insuffisantes
Formation spécifique pour les professionnels	Améliorer les mécanismes de détection
Attribution de compétences et mise à disposition suffisante de matériel et de ressources humaines	Perspective du handicap et de l'intersectionnalité
Inaccessibilité des bases de données communes pour les demandes de subventions	Des services inclusifs et accessibles pour les victimes
Risque de victimisation secondaire	Cibler les ressources en fonction des besoins des femmes
Améliorer les soins en cas de crise	Consolider la coordination inter-agences au-delà de l'urgence Changements dans le contexte politique et institutionnel

Pour conclure, il est essentiel d'examiner les idées clés concernant les **défis à venir et les clés de la durabilité** qui caractérisent les pratiques analysées.

Les informateurs ont ainsi identifié les huit défis suivants à relever dans le cadre de leur travail:

- *Défi 1 : Mettre en place une véritable coordination inter-institutionnelle et la consolider autour de l'AEAF, avec des protocoles spécifiques.*
- *Défi 2 : Incorporer la perspective transversale du handicap et de l'interculturalité en tant qu'épine dorsale de l'approche du genre et de l'intersectionnalité.*
 - Tenir compte de l'hétérogénéité des handicaps et non d'un traitement unique du *handicap*, car chaque type a ses spécificités et ses besoins spécifiques en matière de soins, ainsi que de la notion de polyhandicap à laquelle sont confrontées de nombreuses femmes handicapées.
- *Défi 3 : Placer les femmes victimes de VR et leurs droits au centre des préoccupations.*
- *Défi 4 : Concevoir des services inclusifs et universellement accessibles pour toutes les victimes de VR*
- *Défi 5 : Sensibiliser et rendre visible les différentes formes de VR qui existent et notamment l'EAAF afin de progresser dans la détection.*

- Soulignez qu'il s'agit d'un type de violence qui touche principalement les femmes handicapées.
- *Défi 6 : Mettre en place des mécanismes adéquats pour la détection des VR*
 - S'efforcer à détecter des victimes de VR dans les services de santé sexuelle et reproductive, les centres de prise en charge des victimes de VS, ainsi que les services destinés aux victimes d'autres types de violence. Pour relever ce défi, une formation des professionnels est nécessaire.
- *Défi 7 : Veiller à ce que les femmes victimes de VR cherchent de l'aide auprès des organisations du réseau intégral de lutte contre la violence liée au sexe qui existe dans toutes les CCAA.*

7.3.2.3. Actions de prévention et de sensibilisation

Les actions de prévention **destinées aux femmes** se concentrent sur deux types d'actions : d'une part, par le biais de **groupes d'autonomisation pour les femmes**, offrant des espaces sûrs et de confiance où de nombreuses questions liées à l'autodétermination, à la sexualité et aux DSRR peuvent être abordées ; et, d'autre part, par le biais de **formations spécifiques** portant sur ces mêmes contenus (voir le point précédent).

Dans les groupes de santé reproductive et tout ça, nous travaillons quand la sage-femme vient et explique très bien quelles sont les méthodes contraceptives, à quoi elles servent, comment les utiliser (E2).

Toutes les pratiques analysées mènent des activités de sensibilisation destinées aux **familles** des filles et des femmes handicapées, soit par un travail d'information et de conseil individualisé, soit par des actions de formation ou de sensibilisation aux questions liées à la sexualité et à l'éducation sexuelle et affective.

Un père est venu à l'une des conférences et m'a dit : "J'ai déjà résolu ce problème, nous avons fait ligaturer les trompes de ma fille quand elle avait 20 ans, donc j'ai déjà résolu ce problème" ... Je me suis dit : "Qu'est-ce que vous pensez avoir résolu, mais ici nous allons parler de sexualité". Après l'entretien, ce père est venu me voir et a changé de discours, " Eh ben, c'est vrai, on a fait une intervention sur le corps d'une femme sans la consulter, sans l'informer, sans lui demander sa collaboration, sans la prendre en compte " (E3).

En ce qui concerne les autres acteurs, **agents et institutions**, nous travaillons avec les FCSE les professionnels dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, les étudiants des disciplines de la santé et des Sciences Sociales et les opérateurs juridiques.

Les expériences analysées sont engagées dans des mouvements de défense des droits des femmes et des droits des personnes handicapées ou souffrant de maladies mentales. Par conséquent, de multiples actions de sensibilisation sont menées destinées à la **société en général par le biais** d'exposés dans les écoles, de la participation à différentes conférences ou réunions et de campagnes de sensibilisation.

Illustration 6 : Diffusion d'un exposé informatif. SAVIEX -CERMI Extremadura



Illustration 7 : Diffusion de la formation spécialisée. CODISA PREDIF Andalousie



Source : AUJOURD'HUI Solidaire

Source : Twitter CODISA-Predif

Dans toutes les actions, il est important de **briser les mythes** sur les femmes handicapées, de donner une **image positive** des femmes handicapées, de sensibiliser à la violence qu'elles subissent et, surtout, de lancer l'idée dans la société que les femmes handicapées "ne sont pas des enfants éternels" et qu'elles peuvent exercer leurs droits sexuels et reproductifs.

Toutes soulignent qu'il **n'est pas possible de parler d' "elles" sans compter sur "elles"**. C'est pourquoi, dans leurs actions de sensibilisation, elles apportent le soutien approprié pour que les femmes handicapées elles-mêmes soient les protagonistes, par exemple en dispensant des formations ou en racontant leurs propres témoignages.

8. Gestation pour autrui

8.1. Caractéristiques de la maternité de substitution ou de la gestation pour autrui

8.1.1. Dimensions et aspects clés

La maternité de substitution ou gestation pour autrui (ci-après "GPA") est une forme d'**exploitation reproductive des femmes** et donc une forme de violence faite aux femmes (VFF). Elle est illégale en Espagne et la Commission Européenne a clairement établi le lien entre cette pratique et la traite des femmes à des fins d'exploitation.

La GPA désigne l'ensemble des procédures par lesquelles une femme finit par porter un ou plusieurs embryons (à une grossesse), résultant de la fécondation de son propre ovule ou du transfert d'embryons, et donne naissance à un ou plusieurs enfants pour une entreprise, pour une autre personne ou pour un couple.

Bien qu'il y ait un **profond débat sur la réglementation de** cette pratique en vertu des principes de l'altruisme (Regalado Torres, 2017 ; Piña Sempertegui, 2019 ; Zegarra Vásquez, 2022), elle transcende de l'accord entre les individus ayant des liens personnels (antérieurs ou non), et est une pratique qui se caractérise par son développement commercial dans le monde entier (Balaguer, 2017 ; Marrades Puig, 2017 ; Serrano Ruíz-Calderón, 2017 ; Salazar Benítez, 2018 ; Guerra Palmero, 2018).

La GPA est un type très spécifique de VG, qui **tend à impliquer d'autres formes de VR** telles que la violence obstétrique et l'avortement forcé, et qui, en outre, peut constituer un **crime international** puisqu'elle affecte des femmes qui pourraient faire l'objet d'une protection internationale dans notre pays, étant donné son lien avec la traite des femmes à des fins d'exploitation.

La GPA viole des droits fondamentaux reconnus tant au niveau étatique qu'international : tels que le droit à la vie, le droit à l'intégrité physique, le droit à la liberté de décision - qui bien qu'étant le principal argument en faveur de la GPA, est totalement subordonné aux souhaits des donneurs d'ordre ou à l'efficacité même du contrat de GPA dans certains cas -, le droit à la santé, l'autonomie du patient, les droits sexuels et reproductifs, la liberté de mouvement et le

droit à la dignité et, dans le cas des mineurs, le droit de connaître leur origine et leur identité (Lamm, 2012 ; Regalado Torres, 2017).

La Commission Européenne (2020) reconnaît que la **traite des êtres humains** par le biais de la maternité de substitution est une forme d'exploitation, un phénomène émergent auquel les femmes et les jeunes filles sont particulièrement vulnérables. Les victimes de la traite par d'autres formes d'exploitation (y compris la GPA) représenteraient 18% de toutes les victimes de la traite selon la Commission Européenne (2020).

Les experts consultés dans le cadre de la recherche ont souligné que le **GPA est - fondamentalement - une forme de VR commerciale**, ce qui implique de prêter attention à la manière dont le capitalisme en tant que système économique se confond avec le patriarcat pour formuler des formes spécifiques de violence faite aux femmes (González López ; López Paredes ; Nuño Gómez ; Trejo Pulido). Les deux sont considérés comme des systèmes d'oppression interdépendants.

Oltre la GPA, c'est aussi le cas de l'exploitation sexuelle dans la prostitution et d'autres dérivés de l'industrie du sexe. Il s'agit de formes de violence qui, dans une perspective contemporaine, ne peuvent être comprises sans une compréhension de l'intersection entre le capitalisme et le patriarcat (Fernández-Martorel, 2018).

Le modèle capitaliste néolibéral a trouvé dans la GPA une occasion de faire du profit en répondant aux besoins de deux parties. D'une part, les parents intentionnels qui n'ont aucune possibilité d'avoir une descendance naturelle et qui cherchent désespérément, parfois en raison de la pression sociale et familiale, un moyen d'avoir un enfant ayant le même ADN que le leur. D'autre part, les femmes en situation de vulnérabilité trouvent des ressources économiques susceptibles d'atténuer leur vulnérabilité (Szygendowska, 2021).

Malgré cela, les **caractéristiques des GPA sont peu connues** de la société dans son ensemble, qui, en général, est stéréotypée par les sociétés de marketing qui cachent les conséquences pour les mères enceintes et dissimulent les situations de coercition et de violence auxquelles elles sont souvent soumises. Il en résulte une **normalisation de la pratique et une invisibilité des abus**.

Il s'agit donc d'une **forme de violence faite aux femmes qui n'est pas reconnue comme telle** dans de nombreux endroits et par de nombreux acteurs. Certes, d'un point

de vue international, il existe différentes approches de cette pratique, principalement ancrées dans la société et la législation des différents pays.

Bien que les raisons pour lesquelles les femmes consentent initialement cette pratique soient l'accès à un **revenu**, on estime que les futures mères ne gagneraient que 0,9 % du chiffre d'affaires global. Le chiffre d'affaires global estimé de la GPA est d'environ 6 millions de dollars par an, c'est pourquoi certains experts parlent de **proxénétisme reproductif** (Nuño Gómez, 2016 ; Trejo Pulido, 2017),

Le manque de reconnaissance conditionne, bien sûr, la réglementation en la matière, mais aussi le degré de sensibilisation sociale et institutionnelle. En ce sens, une **perspective éloignée des droits des femmes et de leurs expériences** est souvent utilisée, et l'accent est mis sur le processus de naissance d'un fils ou d'une fille désiré(e) par la partie acheteuse. La gestation devient un moyen *mineur* de parvenir à cette fin et la mère enceinte est **déshumanisée**. Cette perspective d'invisibilité est favorisée par le débat social sur les droits de reconnaissance des mineures gestantes et, par conséquent, par les intérêts des personnes qui ont recours à cette pratique pour avoir un enfant.

De cette manière, l'**intégrité physique et la santé des mères porteuses, dont le corps est indispensable, sont subordonnées** ; ce sont elles qui souffrent de la violation continue ou même de la perte totale de leurs droits pendant, avant et après la gestation. Comme expliqué dans le chapitre 2 *Violence contre la capacité et le droit à la reproduction*, la maternité de substitution comprend un **ensemble complexe de pratiques commerciales, sanitaires et administratives** qui impliquent un continuum de violation des droits fondamentaux pour les femmes victimes de la maternité de substitution et qui va au-delà de la gestation elle-même.

La perspective féministe aide à comprendre comment les notions patriarcales de la femme minimisent l'ovulation, l'implantation de l'embryon, la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La société dans son ensemble, le système de santé et les femmes elles-mêmes **sous-estiment le rôle des femmes dans la reproduction, sa valeur et ses coûts**.

Comme le soulignent des chercheurs tels que Fernández-Martorel (2018), tous ces processus sont relégués au rang d'événements secondaires et "automatiques". Dans leur ensemble, ils représenteraient un processus naturel où tous les **sous-processus psychologiques et émotionnels, physiologiques et sociaux sont complètement minimisés dans la vie des femmes**.

Tout cela est simplifié autour de la notion de "gestation", conçue comme une "fonction de base" pour toute femme, ce qui n'a guère d'intérêt. En revanche, la technologie (sphère masculine par excellence) occupe le devant de la scène et prend une place prépondérante. La technique de la reproduction assistée (fécondation *in vitro*), ainsi que l'acte administratif d'enregistrement du bébé auprès de l'État, occupent les récits de ce en quoi consiste la GPA ; et les femmes, qui sont les seules à pouvoir rendre tout cela possible, sont conceptualisées comme des sujets passifs, porteurs des produits "garçon" / "fille" (Fernández-Martorel, 2023).

" Dans le cas de la maternité de substitution, les **analogies avec le processus de production des usines à bébés**⁴²⁹ sont évidentes et la marchandisation des femmes enceintes ne peut pas être considérée comme une avancée en matière de liberté, mais plutôt comme une régression vers l'esclavage " (Guerra Palmero, 2018 : 49). Il est donc nécessaire d'adopter une **approche intersectionnelle** dans l'étude de la GPA et de mettre fin à la marchandisation du corps des femmes dans ce domaine et dans d'autres (Guerra Palmero, 2018).

Quant aux **différents noms** donnés à la GPA, ils dépendent de l'aspect à mettre en avant - et aussi de l'évaluation éthique effectuée - et sont connus sous les noms de : maternité de substitution, gestation pour autrui, utérus de substitution, maternité de substitution, gestation pour autrui, etc. (Comité de Bioética de España, 2018). Bien que le mouvement féministe préfère se concentrer sur la notion de gestation commerciale ou de maternité commerciale afin de braquer les projecteurs sur les entreprises - qui sont celles qui promeuvent cette pratique et développent des pratiques violentes à l'encontre des femmes enceintes.

Il est ainsi souligné que les **processus vitaux ne peuvent être ni substitués ni remplacés**, tandis que l'"utérus de substitution" ne se réfère qu'à une partie du corps (comme si l'ensemble de l'organisme n'était pas concerné) et est moins respectueux des femmes enceintes (qui ne sont pas de simples utérus) (Nuño Gómez, 2023).

Dans le cadre de la discussion sur la terminologie, les **termes les plus courants** sont les notions de "*ventres en location*", de *gestation pour autrui* ou de *maternité de substitution*, qui sont utilisées comme euphémismes pour désigner cette pratique complexe.

⁴²⁹ L'UNESCO a utilisé l'expression "usine à bébés" en 2006 pour désigner des centres clandestins au Nigeria où les trafiquants d'êtres humains attiraient ou enlevaient des jeunes femmes ayant des grossesses non désirées ou des femmes violées jusqu'à ce qu'elles tombent enceintes, puis vendaient les bébés (Holguín, 2020).

En ce qui concerne le premier terme, il serait correct de parler de *mère porteuse* - au lieu d'*utérus de substitution* - puisque ce n'est pas seulement l'utérus qui est engagé, mais la femme dans son intégralité pour mener à bien une gestation que les parents intentionnels ne peuvent ou ne veulent pas mener à bien. "Il ne semble pas non plus correct de parler de "maternité de substitution" puisque, du point de vue biologique et génétique, la maternité n'est pas remplaçable : il y a soit une maternité génétique (la mère qui fournit l'ovule), soit une maternité physiologique (la mère gestationnelle)" (Comité de Bioética de España, 2018 : 9).

À cet égard, l'OMS a noté qu'une mère porteuse "est une femme qui mène une grossesse en s'engageant à remettre le bébé aux parents d'intention. Les gamètes peuvent provenir des parents d'intention et/ou de tiers" (2010).

La GPA tend à être présentée de manière réductrice en trois parties : (1) la femme enceinte, (2) le(s) parent(s) intentionnel(s) ou commanditaire(s) et (3) le(s) bébé(s) né(s) de cette pratique. En fonction des relations entre les parties et des variables impliquées, il existe différentes modalités de la GPA qui sont représentées comme suit (voir tableau) :

Tableau 6 : Modalités actuelles de la maternité de substitution

Variable	Types de GPA
<p>Accord de rémunération</p>	<p><u>GPA altruiste</u> : la femme enceinte n'est pas rémunérée, bien qu'il puisse y avoir une compensation pour les dépenses, les dommages ou la perte de revenus liés au processus de gestation.</p> <p><u>GPA commerciale ou lucrative</u> : (la plus couramment pratiquée) la femme enceinte obtient une rémunération financière supérieure à la compensation des frais et désagréments subis par la gestation.</p>
<p>Origine du patrimoine génétique du bébé</p>	<p><u>La GPA gestationnelle ou totale</u> : la femme enceinte ne fournit "que" la capacité gestationnelle de l'utérus. Cette technique permet de renoncer aux droits sur l'enfant qui va naître. Trois situations sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gamètes des deux parents intentionnels sont utilisés. • Les deux gamètes proviennent d'un donneur ou d'embryons donnés. • L'un des parents fournit un gamète tandis que l'autre provient d'un don. <p><u>La GPA traditionnelle ou partielle</u> : la femme enceinte fournit également l'ovule, qui n'est généralement pas manipulé (cette pratique est presque tombée en désuétude).</p>
<p>Relation affective ou familiale avec la femme enceinte</p>	<p><u>La GPA intrafamiliale</u> : si la femme enceinte appartient à la famille des parents d'intention (mère, sœur, fille, tante, etc.). Dans ce cas, l'enfant aura un double lien avec la femme enceinte : celui dérivé de la gestation et celui de la filiation légale.</p> <p><u>GPA extrafamilial</u> : si la femme enceinte n'a aucun lien de parenté avec les parents d'intention.</p>
<p>Conditions d'accouchement</p>	<p><u>GPA avec renonciation avant la naissance</u> : la femme enceinte renonce à la maternité avant la naissance de l'enfant, de sorte qu'après la naissance, l'enfant sera remis. Il s'agit de la forme habituelle du contrat de travail commercial.</p> <p><u>GPA sans abandon avant la naissance</u> : il peut être convenu avec la femme enceinte qu'elle n'abandonnera pas le bébé à l'avance et qu'elle pourra</p>

Variable	Types de GPA
	décider dans les jours suivant la naissance si elle abandonnera finalement le bébé.
Territoire	<p><u>GPA nationale</u> : les parents intentionnels effectuent la GPA dans le pays où ils résident.</p> <p><u>GPA international</u> : les parents d'intention se rendent dans un pays autre que leur pays de résidence pour la GPA.</p>

Élaboration propre

Dans la conception triangulaire, **les autres acteurs du processus sont largement invisibles, mais ils sont tout aussi importants** pour comprendre la dimension du problème :

- **L'entreprise qui recrute** les femmes enceintes et celle qui commercialise la pratique (s'il ne s'agit pas de la même), leurs procédures et pratiques et le bénéfice économique qu'elles en tirent.
- **Les établissements et les professionnels de la santé** impliqués dans le processus de préparation hormonale et les traitements pour l'implantation et la gestation de l'embryon et le reste des soins de santé pour la mère, y compris les interruptions de grossesse, les fausses couches, l'accouchement et le post-partum (s'ils sont couverts).
- **Les agents institutionnels chargés** de l'enregistrement administratif et juridique des bébés acceptés par l'acheteur, couvrant les États où vivent les futures mères et les États où vivent les acheteurs.
- **Les enfants qui sont rejetés**, et donc leur vie future.
- **Les institutions** qui s'occupent des enfants rejetés.

Nous devons également prendre en compte dans le débat **les droits des enfants nés par GPA** (Balaguer, 2017) et leurs droits futurs à connaître leur parent gestateur¹²⁰.

La maternité de substitution est, par nature, un terrain propice à l'exploitation, aux abus et à la traite, et pas seulement dans les pays en développement. Aux États-Unis, un

¹²⁰ En 2020, le comité de bioéthique espagnol a rédigé un rapport recommandant la modification de l'article 5.5 de la loi sur la procréation assistée afin d'éliminer l'anonymat du don de gamètes. L'Espagne est l'un des rares pays européens, avec la France et l'Italie, à le maintenir.

réseau d'avocats qui avait constitué un inventaire de bébés à naître pour les vendre à 100 000 dollars par le biais de la GPA a été démantelé en 2015 (Practitioners for Ethics, 2015 : 9).

8.1.2. Prévalence du problème

Il n'existe pas de statistiques spécifiques sur ce phénomène, ce qui rend difficile la quantification de l'étendue et des dimensions réelles de cette forme de VFF.

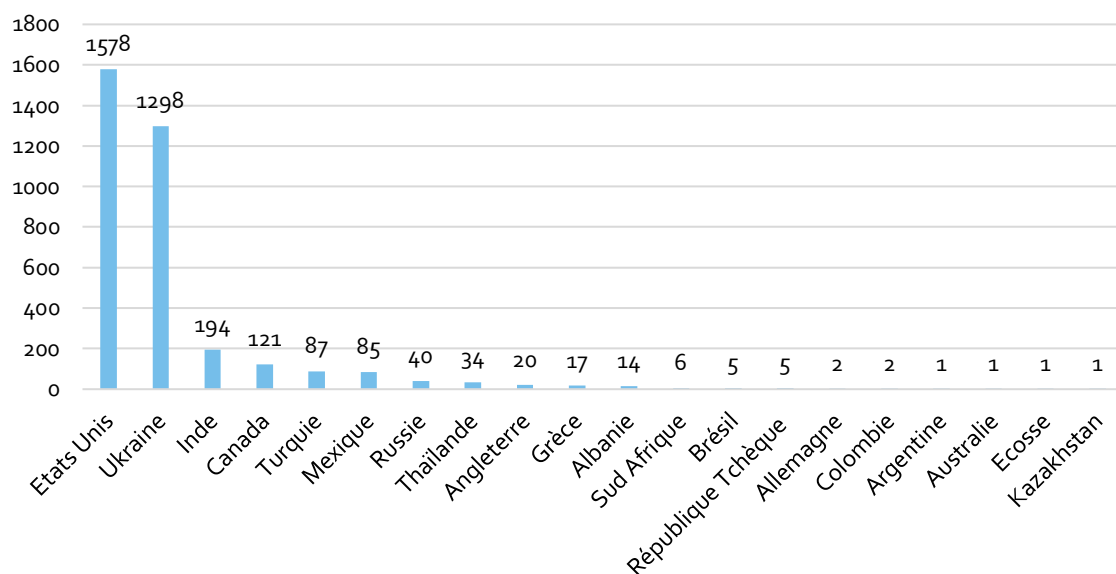
Une approche quantitative du problème est généralement réalisée par le biais des enregistrements des ambassades et des consulats. De cette manière, les **ambassades et les consulats**, ainsi que d'autres procédures d'enregistrement, peuvent identifier le nombre d'enfants enregistrés¹²¹ par des personnes de nationalité espagnole, ainsi que leur pays de naissance. Cela permet d'obtenir une approximation du problème. Toutefois, il s'agit d'une **vision partielle et partielle**, car elle se concentre sur les mineurs - dans ce cas par rapport à leur enregistrement civil - et non sur le **nombre réel de femmes victimes** de GPA sous toutes ses formes.

Les données fournies par le Ministère des Affaires Étrangères, en réponse à la consultation menée dans le cadre de cette étude, indiquent qu'**entre 2010 et 2022, 3 512 demandes d'enregistrement** de bébés nés par GPA **auraient été déposées** auprès des consulats espagnols dans différents pays.

En ce qui concerne les **pays d'origine**, les États-Unis (EEUU) avec 1 578 demandes (44,9 % du total) et l'Ukraine avec 1 298 (37,0 %) sont les deux endroits où le plus grand nombre de demandes a été déposé au cours de la période 2010-2022, bien qu'il y ait plus de pays comme on peut le remarquer dans le graphique ci-dessous.

¹²¹ Dans le cadre de cette recherche, une demande a été adressée au Ministère des Affaires Étrangères et à la DGVG pour obtenir des données actualisées sur les demandes d'enregistrement de bébés dans les registres d'état civil des consulats espagnols. Le Ministère des Affaires Étrangères -via le portail de transparence- a fourni en juillet 2023 les données disponibles sur le "nombre de demandes déposées dans les bureaux consulaires espagnols entre 2010 et 2022 pour l'enregistrement de mineurs nés par le biais de techniques de maternité de substitution", tandis que la DGVG -via un courriel- a répondu qu'elle ne disposait d'aucune donnée à cet égard.

Graphique 9: Nombre de demandes déposées dans les bureaux consulaires espagnols entre 2010 et 2022 pour l'enregistrement des enfants nés par GPA par pays



Source : élaboration propre sur la base des données du Ministère des Affaires Étrangères demandées par le biais de la loi sur la transparence (2023).

La différence entre le nombre de demandes aux **États-Unis et en Ukraine par rapport au reste des pays est importante** et tient essentiellement à la législation de chaque territoire en matière de GPA, ainsi qu'au coût ou au prix du "service" offert par les différentes entreprises.

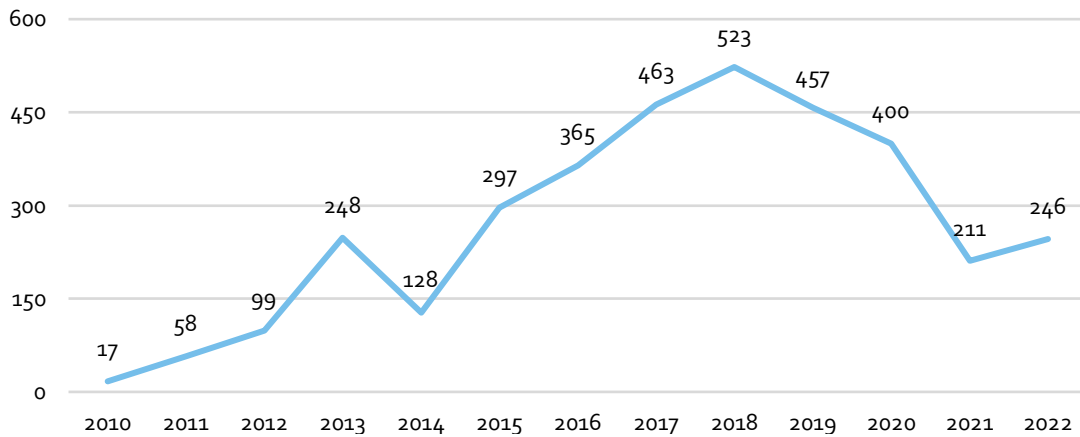
Toutefois, ces données ne représentent qu'une petite partie de la réalité et il est difficile de quantifier le nombre total de ressortissants espagnols qui ont eu des enfants par l'intermédiaire de la GPA. Beaucoup choisissent d'enregistrer ces bébés directement à leur arrivée en Espagne, dans le registre central de l'état civil, où aucune donnée relative à la grossesse n'est enregistrée. Il est donc probable que le phénomène soit sous-estimé.

Il convient d'ajouter que la diminution du nombre de demandes d'enregistrement dans les consulats à partir de 2019 indique que de **plus en plus de bébés sont enregistrés directement en Espagne.**

Une explication qui s'accorde avec cette hypothèse est que cette année, en 2019, *l'instruction du 18 février 2019, de la Direction Générale des Registres et des Notaires, sur la mise à jour du régime de registre de la filiation des personnes nées par maternité de substitution*, qui considère que les enregistrements civils dans les consulats ne peuvent

être effectués que dans les cas où il existe un jugement définitif de l'autorité judiciaire du pays correspondant, a été émise à cet égard.

Graphique 10. Evolution du nombre de demandes d'enregistrement de bébés nés par GPA auprès des consulats espagnols par année (2010-2022)¹²²



Source : élaboration propre sur la base des données du Ministère des Affaires Étrangères demandées par le biais de la loi sur la transparence (2023).

Les coalitions d'ONG féministes qui suivent le phénomène (telles que CIAMS, Stop Surrogacy Now ou RECAV), mettent en avant la violation des droits humains des mères enceintes, et soulignent qu'en l'absence de registre ou de quantification du nombre de femmes concernées, il est très difficile de mesurer le problème.

8.2. Les femmes victimes et les conséquences de cette VR

La plupart des publications se concentrent sur le débat bioéthique et juridique concernant la GPA (Regalado Torres, 2017 ; Albert Márquez, 2017 ; Aparisi Miralles, 2017 ; Casciano, 2018 ; López, de Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, de los Reyes, Fernández, Jouve, López, Nombela, Romero, et Serrano, 2018 ; Piña Sempertegui, 2019 ; Zegarra Vásquez, 2022). Il n'existe pratiquement aucune recherche axée sur les expériences des femmes en tant que mères porteuses, de sorte que les femmes victimes de violences reproductives (VR) et leurs besoins sont encore très peu connus.

¹²² Les données de 2013 présentent un pic dû au fait que le nombre de demandes introduites au consulat d'Espagne à New Delhi (Asie) entre 2010 et 2013 comptabilisé dans cette année, ce qui représente un total de 90 demandes, ces données n'étant pas disponibles sur l'année complète.

8.2.1. Caractéristiques des femmes victimes

Les chercheurs et les experts en matière de GPA s'accordent à dire que ce sont les **femmes en situation de vulnérabilité** socio-économique qui mettent leur corps au service des GPA commerciales (Pande, 2014 ; Aparisi Miralles, 2017 ; Albert Márquez, 2017 ; Abell-Selby, 2019 ; Nuño Gómez, 2020 ; Pardo Mirando, 2023). Cela se produit **dans n'importe quel pays**, mais surtout dans les sociétés ou les contextes culturels où la subordination des femmes aux hommes persiste plus particulièrement, où les femmes ne sont pas protégées contre l'instrumentalisation de leur corps et l'utilisation conséquente de leur corps à des fins d'autrui (Aparisi Miralles, 2017 ; Nuño Gómez, 2020).

Les victimes sont des jeunes femmes en âge de procréer, âgées de 25 à 35 ans, qui ont généralement déjà été mères, caractéristiques qui visent à garantir la viabilité de la grossesse. Il s'agit généralement de femmes sans éducation, avec peu ou pas de possibilités d'emploi. Elles sont généralement au chômage ou ont des emplois précaires dans l'économie informelle (E8).

Certaines études indiquent que moins de 4 % des femmes sont titulaires d'un diplôme universitaire et que plus de 40 % sont au chômage et/ou reçoivent des prestations sociales (Trejo Pulido, 2017).

Il s'agit donc de femmes en **situation d'extrême vulnérabilité** qui ont peu ou pas de ressources économiques. En effet, la raison la plus fréquente pour laquelle les femmes s'engagent dans le GPA est d'ordre économique (Casciano, 2018).

Cette décision est prise par le couple si la femme est mariée. En ce sens, **le mari de la victime** peut avoir un rôle fondamental dans la prise de décision, au-dessus de la femme enceinte elle-même, qui peut souvent se retrouver dans un rôle de subordination émotionnelle, sociale et juridique à son mari qui limite son autonomie ou même dans une situation de violence de genre (Pande, 2014 ; Aparisi Miralles, 2017 ; Albert Márquez, 2017 ; Abell-Selby, 2019 ; Nuño Gómez, 2020 ; Pardo Mirando, 2023). De même, comme le souligne la Commission européenne, il peut s'agir d'une femme victime de la traite à des fins d'exploitation reproductive.

L'objectif ultime des femmes enceintes est d'**améliorer leur statut socio-économique et d'être en mesure d'entretenir leur famille** (Abell-Selby, 2019). Par exemple, que leurs enfants soient éduqués et libérés de la pauvreté (Pande 2014 ; Abell-Selby, 2019).

Un fait que certaines études soulignent est que les femmes enceintes qui ont déjà eu des enfants avant de recourir à la GPA n'ont pas eu la capacité économique de se nourrir convenablement lors de leurs précédentes grossesses, alors que lors d'une gestation pour autrui, cette situation change, puisque le bien-être du bébé dépend de la santé de la femme qui porte l'enfant. Cela donne une idée de l'impact que l'arrivée d'un revenu a comme répercussions sur leur vie (Pande 2014 ; Abell-Selby, 2019).

Les victimes **partent d'une situation d'asymétrie** (culturelle, économique, ...) entre la femme enceinte et les parents commanditaires, ce qui met plus en danger la violation de l'autonomie et des droits des femmes (Aparisi Miralles, 2017 ; Casciano, 2018 ; Abell-Selby, 2019).

La gestation pour autrui implique un processus qui transcende la gestation. Elle ne peut être considérée comme une décision libre lorsque la femme enceinte se trouve dans une situation de vulnérabilité, car elle ne dispose pas d'une autonomie suffisante pour exercer son droit à la liberté si elle se trouve dans une position d'inégalité (Aparisi Miralles, 2017 ; López Rodríguez, 2017 ; Casciano, 2018 ; Gonzalez López, 2019 ; Szygendowska, 2021).

Les parents d'intention qui se rendent dans d'autres pays - généralement des pays en développement - pour effectuer une GPA ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés sociales et économiques que les mères porteuses. Ils ne prennent pas en compte les coûts et les implications de la maternité de substitution pour ces femmes, ce qui reproduit la **vulnérabilité physique et structurelle** de ces femmes.

Des recherches comme celle d'Amrita Pande (2014) en Inde décrivent comment se déroule le **processus de " recrutement " des femmes** enceintes et notamment comment certaines femmes justifient la décision de tomber enceinte en adoptant un nouveau *code moral*, parfois religieux, et en mettant de côté leurs croyances personnelles, autour de l'altruisme. L'influence de l'inégalité sociale sur la GPA des femmes indiennes a également été étudiée (Abell-Selby, 2019), concluant que les femmes sont exploitées ou non en fonction de leur classe socio-économique.

Le processus de sélection de la mère porteuse par les entreprises et les parents d'intention est associé à une multitude de tests et de critères, qui tendent à inclure des critères raciaux dans la sélection de la mère porteuse (Practitioners for Ethics, 2015).

Il est fréquent que les femmes enceintes **comprennent mal les implications de la situation** à laquelle elles sont confrontées. La GPA expose les femmes enceintes à des situations où leur vulnérabilité est accrue par un processus dans lequel elles perdent leur voix et sont soumises **aux règles d'un contrat** souvent abusif.

Dans presque tous les cas, les femmes ont des **difficultés à comprendre un contrat** qui est généralement rédigé en anglais ou dans une langue qui n'est pas leur langue maternelle. Même dans leur propre langue, elles sont confrontées à un langage juridique dont les caractéristiques et les implications dépassent la compréhension initiale du texte (comme pour toute personne étrangère au domaine du droit). Le manque d'éducation et de conseils dans le processus de signature du contrat limite non seulement les opportunités futures de ces femmes, mais aussi leur capacité à négocier l'accord avec les parents d'intention (Abell-Selby, 2019).

Les futures mères sont **reléguées à des rôles dépendants**, d'où elles doivent recevoir des ordres des parents intentionnels et du personnel médical lié à l'entreprise (Pande 2014 ; Abell-Selby, 2019).

Cette situation implique même que certaines victimes assument ce rôle en tant que mères enceintes **confinées dans des centres de résidence gestationnelle** (Pande, 2014 ; Abell-Selby, 2019). En d'autres termes, l'enfermement peut faire partie du processus de GPA, en particulier à la fin de la grossesse, ce qui implique l'isolement de la victime de sa famille et de son environnement de soutien émotionnel (Fernández-Martorel, 2023).

Alors que dans les grossesses non commerciales, la priorité est généralement la santé de la mère enceinte, dans les grossesses commerciales, c'est le bien-être de l'enfant à naître qui est privilégié (voir López, De Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, de los Reyes, Fernández, Jouve, Nombela, Romero et Serrano, 2018). Le processus de GPA relègue **l'intégrité physique et la santé des femmes enceintes** victimes à une position **secondaire** par rapport à celles du fœtus, de sorte qu'elles voient leurs droits suspendus pendant la période de gestation, étant parfois incapables de prendre des décisions en matière de reproduction, telles qu'un accouchement vaginal par rapport à une césarienne, bien que la première soit la plus appropriée pour la santé que la seconde (Pande, 2014 ; Aparisi Miralles, 2017 ; Abell-Selby, 2019 ; Nuño Gómez, 2020).

Il est courant que la mère porteuse soit la mère de plusieurs embryons, car cela réduit le coût du deuxième bébé pour la partie acheteuse ; cela augmente le **risque de grossesses et de naissances multiples** pour les victimes (Practitioners for Ethics, 2015).

Cette déshumanisation est accentuée lorsque, par contrat, l'avortement est demandé si le fœtus souffre du syndrome de Down ou d'autres caractéristiques génétiques non souhaitées par les parents ; ou lorsque l'**avortement** d'un des fœtus **est imposé en cas** de grossesse multiple, comme condition pour recevoir l'argent convenu, sans tenir compte des effets que cela peut avoir sur la mère ou les bébés à naître (Lamm, 2012 ; Regalado Torres, 2017).

Sans aucun doute, les débats sur la libre autodétermination sont un aspect susceptible d'être critiqué dans les processus de GPA, puisque l'apparente liberté de décision est conditionnée par les circonstances économiques et sociales qui entourent la femme enceinte (Regalado Torres, 2017).

8.2.2. Conséquences de la maternité de substitution

Les débats sociaux et législatifs sur la GPA s'articulent généralement autour de la **relation patrimoniale de prestation de service** et non de la perspective des droits de la femme. Selon la première approche, la maternité de substitution développe une pratique de marchandisation du corps des femmes. Elle permet aux personnes ayant une capacité économique de se sentir autorisées à acheter un bébé (Szygendowska, 2021 ; Nuño Gómez, 2020) et l'exploitation reproductive des femmes vulnérables offre cette possibilité. La première conséquence est donc la **normalisation de cette forme de violence**.

La GPA contribue à la **sous-évaluation du corps des femmes et de leur rôle dans la reproduction humaine, de ses coûts et de ses implications sociales**. Il s'agit d'une violation des droits fondamentaux des femmes et des enfants qui naissent ainsi. L'objectivation, l'instrumentalisation et la dépersonnalisation de la mère enceinte sont des effets et des caractéristiques inhérentes, constitutives de la GPA (Casciano, 2018).

Une conséquence particulièrement importante est la promotion de la traite des êtres humains car le lien entre le GPA et la **traite des êtres humains à des fins d'exploitation et la traite des mineurs** a été identifié.

"La marchandisation des êtres humains et l'exploitation des personnes nécessiteuses dans les pays en voie de développement ne sont que les manifestations les plus graves de cette figure. Le profil des pays qui fournissent et de ceux qui demandent ce type de gestation renforce l'idée que la maternité de substitution constitue un véhicule d'exploitation des femmes" (Pardo Miranda, 2023 : 8).

Les **conséquences du processus de grossesse** auxquelles les victimes doivent faire face sont principalement physiques et psychologiques, mais aussi sociales et économiques.

Bien que de nombreuses femmes enceintes considèrent initialement les GPA comme une opportunité de gagner en capacité de survie - dans le contexte de la féminisation de la pauvreté et des contre-géographies de la mondialisation (Sassen, 2003) - la vérité est que les GPA **renforcent les inégalités et augmentent la vulnérabilité des femmes** (Aparisi Miralles, 2017 ; López Rodríguez, 2017 ; Casciano, 2018 ; Gonzalez López, 2019 ; Szygendowska, 2021).

Les futures mères elles-mêmes **minimisent leur travail de reproduction et sous-estiment l'impact** qu'il a sur leur vie. **Elles sous-estiment les coûts physiques, psychologiques, sociaux et économiques** liés aux processus d'une grossesse "ratée" ou en cours de route.

Les conséquences physiques du GPA sur les femmes enceintes, pendant et après le processus, ont un impact sur **l'autonomie corporelle et la santé des femmes** (Abell-Selby, 2019).

Avant la grossesse, toutes les femmes subissent des examens médicaux et des traitements hormonaux. Ceux-ci diffèrent selon qu'il s'agit d'une fécondation de l'ovule lui-même et d'une insémination ultérieure, ou d'une implantation d'embryon.

L'utilisation de médicaments pour préparer la mère enceinte à recevoir les embryons transférés l'expose à un **risque accru d'augmentation de la pression intracrânienne** (Center for Bioethics and Culture [CBC], s.d.).

Il est essentiel de comprendre que le processus menant à la grossesse dans le cas de GPA **diffère de la conception spontanée et qu'il existe des détails médicaux importants** jusqu'à ce que la gestation soit établie. Le traitement hormonal qui déclenche l'ovulation chez les femmes présente des **risques importants pour leur santé** (Farhud, Zokaei, Keykhaei, & Yeganeh, 2019 ; Trejo Pulido, 2017), tels que des résultats obstétricaux négatifs, des problèmes vasculaires par rapport à une grossesse spontanée (Wu, Sharma, Mehta, Chew-Graham, Lundberg, Nerenberg, Graham,

Chappell, Kadam, Jordan, & Mamas, 2022 ; Udell, Lu, & Redelmeier, 2017) ou de graves troubles mentaux à long terme (Vikström, Josefsson, Bladh, & Sydsjö, 2015).

Pendant la grossesse, les femmes sont confrontées à divers changements et risques pour leur santé. La grossesse s'accompagne inévitablement de changements physiques tels que la prise de poids, les gonflements, les changements d'appétit, l'augmentation de la miction, les changements hormonaux, les douleurs dorsales ou les nausées, entre autres, qui touchent généralement toutes les femmes enceintes. Certaines de ces conséquences, comme la prise de poids, l'apparition de vergetures ou d'éventuelles cicatrices dues à l'accouchement ou aux naissances et interruptions de grossesse planifiées, ne disparaissent pas après l'accouchement.

Des **complications peuvent survenir au cours de toute grossesse**, telles que les embolies, l'anémie ferriprive, les hémorragies, le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle, l'éclampsie, l'hyperémèse gravidique, l'avortement spontané, le placenta praevia, le décollement placentaire, l'accouchement prématuré, la dépression et l'anxiété, voire la mort, auxquels s'ajoutent les problèmes que peut présenter le fœtus (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). En outre, "donner naissance à un enfant qui n'est pas génétiquement le sien comporte un risque plus élevé de complications graves telles que la pré-éclampsie" (Trejo Pulido, 2021 : 49).

Dans le cas des GPA, les conditions particulières de conception, de gestation et d'accouchement établies dans les contrats exposent les femmes enceintes à un **processus très agressif pour leur santé physique et mentale** et comportent des risques pour les bébés, car il s'agit d'une grossesse "hautement médicalisée, technicisée, contrôlée et aliénée" (Trejo Pulido, 2021 : 49).

Les femmes enceintes d'un ovule de donneuse ont **trois fois plus de risques de développer une hypertension** gravidique et une pré-éclampsie (CBC, n.d.).

Des cas de décès de mères enceintes ont également été documentés (CBC, n.d.).

Il est fréquent que plusieurs embryons soient transférés à chaque tentative, ce qui, associé à la sur-hormonation à laquelle les femmes sont soumises, augmente la probabilité de **grossesses multiples, associées à un risque plus élevé de complications maternelles et périnatales**, telles que le diabète gestationnel, le retard de croissance foetale et la pré-éclampsie, ainsi que les naissances prématurées (CBC, n.d.).

Dans cette situation, **la mère porteuse n'a pas voix au chapitre** et c'est la partie contractante qui décide de procéder à des avortements sélectifs ou de mener à bien la gestation de 2 ou 3 enfants, et de garder ou non tous les enfants. Elle n'a pas non plus son mot à dire sur l'accouchement qui, dans la plupart des cas, est programmé et provoqué, souvent par césarienne.

Au cours de la GPA, l'amniocentèse ou d'autres tests génétiques invasifs, risqués et douloureux, sont courants pour s'assurer de l'intégrité génétique de la femme enceinte et écarter le risque de malformations ou de certaines anomalies génétiques (Lamm, 2012 ; Regalado Torres, 2017 ; Trejo Pulido, 2021 ; Profesionales por la ética, 2015). Si un problème est détecté, la femme est soumise à un avortement (Lamm, 2012 ; Regalado Torres, 2017 ; Trejo Pulido, 2021 ; Profesionales por la ética, 2015). Cela pourrait constituer une autre forme de violence reproductive, puisqu'il pourrait s'agir d'une situation d'avortement forcé (voir chapitre 4.2).

En raison des conséquences de la GPA, il est arrivé que des femmes enceintes soient obligées de réinvestir l'argent qu'elles recevaient dans leur rétablissement physique et émotionnel et/ou de compenser leur congé de maladie post-partum, car dans de nombreux pays où la GPA est pratiquée, les femmes ne bénéficient pas de certains droits fondamentaux tels que le congé de maternité (E8).

En ce qui concerne l'accouchement et le post-partum, le pourcentage d'accouchements provoqués par césariennes est très élevé dans la GPA (CBC, n.d. ; Trejo Pulido, 2021), à la demande du donneur d'ordre pour qu'il puisse assister à l'accouchement et éviter d'autres risques pour le bébé lors d'un accouchement par voie basse ou par décision de la clinique, pour maximiser le nombre d'accouchements qu'elle réalise par jour (Trejo Pulido, 2021), des circonstances qui augmentent la probabilité de séjours hospitaliers plus longs (CBC, n.d.).

Les césariennes pratiquées en dernier recours, par nécessité professionnelle, sans tenir compte de la femme enceinte, constituent une manifestation évidente de **violence obstétrique**, au même titre que d'autres pratiques médicales pratiquées pendant la gestation sans le consentement de la femme enceinte. En outre, les césariennes **comportent des risques graves** (Olza, 2018 ; National Guideline Alliance, 2021), notamment des saignements abondants, des infections, une convalescence plus longue que l'accouchement par voie vaginale et la **probabilité de complications lors de futures grossesses** (National Library of Medicine, 2021).

En ce qui concerne la période postnatale, un accouchement normal par voie basse d'un seul bébé dure généralement 6 semaines. Dans le cas des GPA, où l'accouchement se fait généralement par césarienne et où les naissances multiples sont fréquentes, les femmes enceintes ne reçoivent généralement pas de soins médicaux ou psychologiques pendant **toute la période de récupération postnatale**.

Les mères enceintes souffrent de **l'absence et de la négligence** tant du commanditaire que des intermédiaires ou des cliniques qui ont réalisé le processus, qui n'assument aucune responsabilité quant à la santé de la femme après la naissance de l'enfant (Trejo Pulido, 2021).

En termes de **conséquences physiques pour le bébé**, les enfants nés par GPA sont plus susceptibles d'avoir un **poids faible ou très faible à la naissance**, et le nombre de **mort-nés** est multiplié par 4 ou 5 dans les grossesses menées grâce aux technologies de reproduction assistée (CBC, n.d.).

Les bébés qui ont souffert de problèmes de santé à la naissance, qui présentent des malformations ou d'autres caractéristiques non souhaitées par la partie acheteuse sont généralement rejetés (Lamm, 2012 ; Regalado Torres, 2017 ; Professionals for Ethics, 2015). On manque d'études sur la situation des enfants abandonnés.

Les conditions particulières des grossesses de substitution, qui, comme on l'a vu, sont associées à une probabilité plus élevée de grossesses multiples, peuvent conduire à **des naissances prématurées**, avec les **risques** qui en découlent **pour les bébés prématurés**, tels que la paralysie cérébrale, les difficultés d'apprentissage, la lenteur du développement du langage, les troubles du comportement, les maladies pulmonaires chroniques et les retards de développement (Trejo Pulido, 2021).

Les **conséquences psychologiques** du processus de GPA pour les futures mères sont diverses.

"La vente ou la gestation pour autrui de son propre corps concerne en fin de compte l'ensemble de la personne, et les **conséquences psychologiques** de la GPA sont évidentes. Il y a de plus en plus de preuves scientifiques concernant les liens qui se créent entre la mère et le bébé pendant la grossesse, et pourtant certains voudraient faire croire à la société qu'une mère porteuse est quelque chose d'aseptisé, sans conséquences psychologiques ni pour la mère ni pour l'enfant " (Professionnels pour l'éthique, 2015:6).

Dans de nombreux cas, les femmes enceintes **ont besoin d'un soutien psychologique** (Profesionales por la ética, 2015 ; Aparisi Miralles, 2017 ; Nuño Gómez, 2020 ; Trejo Pulido, 2021). Les **risques pour la santé mentale des femmes enceintes** après l'accouchement et la séparation du nouveau-né sont particulièrement importants (Profesionales por la ética, 2015 ; Aparisi Miralles, 2017).

Certaines études sur l'état émotionnel des mères porteuses montrent qu'elles présentent des **niveaux élevés de dépression pendant la grossesse et le post-partum** (Lamba, Jadva, Kadam, & Golombok, 2018 ; Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari, & Dadkhah, 2014). Pendant la grossesse, les préoccupations de la mère porteuse peuvent être diverses : risque de *fausse couche* après avoir ressenti des douleurs physiques lors du processus de fécondation In Vitro ; anxiété liée à d'éventuels problèmes de santé du bébé ou à des malformations ; insécurité quant à la manière d'informer ses propres enfants/filles ou les membres de sa famille de la situation ; les conflits religieux et économiques liés à la maternité de substitution ; ou la peur des complications à l'accouchement et du rétablissement en cas de césarienne, entre autres (Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari, & Dadkhah, 2014 ; Taebi, Masoudi, & Ahmadi, 2020).

Dans la période postnatale, bien que les femmes soient au courant de l'accouchement depuis le début et qu'il leur soit contractuellement interdit d'établir un lien sentimental avec le bébé qu'elles portent, dans plus de 10 % des cas, elles ont besoin d'un **soutien psychologique intense pour surmonter la séparation** (Aparisi Miralles, 2017).

Dans les pratiques commerciales où les mères et les pères commanditaires maintiennent un contact étroit avec la mère enceinte, ce contact tend à disparaître soudainement ou progressivement après la naissance de l'enfant. Une fois la naissance survenue, la femme est *écartée*, "elle devient un élément inutile, ennuyeux et amorti, en termes de marché, et ressent tout le poids de l'exploitation, de la séparation avec le bébé, de la marchandisation de la grossesse et des intérêts particuliers d'une transaction commerciale qui concerne des personnes entières plutôt que des produits à vendre et à acheter" (Practitioners for Ethics, 2015:7).

Lorsque la partie contractante atteint son objectif, à savoir l'obtention du ou des bébés, tout investissement visant à garantir la santé physique et mentale de la mère enceinte est considéré par les entreprises intermédiaires et les cliniques comme une perte, puisque le produit a déjà été livré (E8).

En outre, selon les chercheurs en épigénétique, les facteurs prénataux peuvent avoir une incidence négative ou positive sur le développement génétique de l'être humain. La **maternité de substitution représente donc un défi dans ce domaine en raison de son impact sur la santé du fœtus** (Tan, 2020).

En outre, les victimes doivent faire face à d'**autres conséquences personnelles**. La **perte des réseaux de soutien social et familial** est une autre conséquence à laquelle sont confrontées certaines femmes enceintes.

Dans certains pays, comme l'Inde, la frontière qui sépare la GPA et le travail du sexe dans l'imaginaire social est très mince, ce qui explique que les femmes enceintes cachent souvent cette réalité à leur entourage proche, en s'éloignant de leur famille et de leurs amis pendant la gestation pour autrui (Abell-Selby, 2019 ; Trejo Pulido, 2021).

De nombreuses femmes qui ont été éloignées de leur environnement pendant leur grossesse et qui retournent dans leur communauté après l'accouchement - où elles sont chefs de famille et assument la plupart des responsabilités domestiques - sont confrontées à la stigmatisation sociale pour avoir agi de la sorte (Abell-Selby, 2019 ; Trejo Pulido, 2021). Il existe encore très peu d'informations sur le type de stigmatisation auquel les femmes sont confrontées du fait d'avoir été ou d'être une mère enceinte.

Un autre aspect moins connu est la **violation du droit à la vie privée, de la liberté de mouvement et du droit de prendre des décisions**.

Les mères porteuses peuvent être contrôlées conformément à leur contrat 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par les sociétés intermédiaires et/ou par les personnes ayant accès à cette pratique (E8).

Dans certains cas, il leur est interdit d'avoir des relations sexuelles ou ils subissent de fortes restrictions dans le contrôle des relations sociales, étant même contraints de se séparer de leur famille (Trejo Pulido, 2021).

Enfin, il convient de noter que le manque de compréhension des processus impliqués dans la GPA peut conduire à la **criminalisation des femmes enceintes**, ce qui peut être interprété comme une conséquence spécifique possible de cette forme de VR (Nuño Gómez, 2020).

Un exemple de cette situation s'est produit au Cambodge, où la GPA a été interdite en 2016 et où plus de 60 femmes ont été emprisonnées à cause d'une gestation pour autrui. La pratique habituelle dans ces cas était de libérer les mères gestationnelles sous

caution, avec l'obligation de mener la grossesse à terme et d'élever le bébé comme si c'était le leur jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge adulte (Nuño Gómez, 2020). Les experts consultés ont souligné qu'en Espagne, il convient d'être prudent, car l'article 221 du Code Pénal espagnol pourrait conduire à la criminalisation de la mère enceinte.

Pour toutes ces raisons, l'approche institutionnelle du GPA en Espagne consiste à le considérer comme une violence reproductive. **La légalisation du GPA implique la déshumanisation des femmes et des bébés**, qui deviennent les parties d'un contrat de vente, des marchandises. Elle implique une violation des droits des femmes les plus vulnérables et contribue à accroître l'écart d'inégalité existant entre les pays (Regalado Torres, 2017 ; Nuño Gómez, 2020 ; Szygendowska, 2021).

8.2.3. Besoins des femmes victimes de GPA

Parmi les experts qui ont participé, on trouve quelques expériences de prise en charge des victimes du GPA à travers lesquelles ils expliquent leurs besoins.

Les experts s'accordent à dire que **l'accès à ces victimes est complexe**, car les femmes soumises à l'exploitation reproductive ne portent pas plainte. Lorsqu'elles le font, elles courent le risque d'être traitées comme les auteures du crime. En outre, il n'existe pas de soutien ou de recours pour les victimes de ces violences.

Outre les besoins communs des victimes de la violence liée au sexe (point 4.4 sur la perspective de l'intégrité), les survivantes de GPA **ont des besoins multiples** qui peuvent varier en fonction des circonstances individuelles de chaque femme, mais en termes généraux, les besoins les plus courants sont les suivants :

- **Ressources économiques** : la situation économique peut être diverse et dépend largement du pays de la mère porteuse, mais en général, les femmes qui acceptent de pratiquer la gestation pour autrui le font pour des raisons économiques, comme l'affirme Nuria González López (E8), avocate spécialisée dans les droits de l'homme¹²³ :

Une caractéristique commune est la situation d'urgence économique de la femme elle-même ou d'un proche, qui, par exemple, dans le cas des femmes des États-Unis ou du Canada, peut être destinée à payer des frais médicaux

¹²³ Nuria González López est avocate et experte en droits de l'homme (DH), auteure de *Vientres de alquiler* (2019) et *La Mala Gente* (2021). Actuellement, elle fournit, entre autres, des services de soutien et des conseils juridiques aux mères porteuses. Elle a participé à l'étude en tant qu'experte collaboratrice (González, 2023).

pour une maladie ou, dans le cas des femmes des pays en développement, peut être une tentative d'échapper à une situation d'extrême nécessité. En tout état de cause, la quasi-totalité d'entre elles sont confrontées à une situation exceptionnelle de vulnérabilité (E8).

- **Soins médicaux et psychologiques:** les femmes enceintes ont besoin d'exams médicaux réguliers et de soins prénataux pour assurer leur bien-être et celui du bébé pendant la grossesse, l'accouchement et surtout la période postnatale. Elles ont également besoin d'un suivi psychologique et émotionnel, car elles peuvent éprouver différentes émotions au cours du processus. C'est pourquoi, comme le souligne Helena López (2023), sage-femme et experte en santé des femmes¹²⁴, l'accès aux soins de santé, aux soins obstétricaux spécialisés et à des services de santé mentale de qualité est essentiel tout au long du processus de grossesse, en distinguant les besoins suivants en fonction du moment :

- Avant la grossesse :

Dans les processus où un traitement hormonal est mis en œuvre, comme c'est le cas pour la GPA, la femme doit avoir bénéficié d'un **soutien social et sanitaire et d'une information complète sur les effets secondaires possibles** de la stimulation ovarienne à l'aide d'hormones avant de se soumettre à ce processus.

- Pendant la grossesse :

Les soins de grossesse sont un élément crucial du continuum des soins de santé reproductive des femmes, comme l'indique l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) et conformément à la Stratégie des Objectifs de Développement Durable (ODD)¹²⁵ qui vise à assurer le bien-être et la vie saine des femmes enceintes. Ils constituent une plateforme pour des fonctions importantes telles que la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic et la prévention des maladies.

¹²⁴ Helena López Paredes est infirmière (Universidad Europea de Madrid, Espagne) et sage-femme (University of East Anglia, Angleterre), spécialiste de la santé et des femmes, et travaille actuellement comme consultante internationale en pratique sage-femme pour les Nations Unies. Elle a participé à l'étude en tant qu'experte collaboratrice (López, 2023).

¹²⁵ Le Programme de développement durable ou *Agenda 2030* (ONU, 2015) est une stratégie de développement durable composée de 17 objectifs de développement durable (ODD) qui ont été approuvés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) avec le soutien des pays membres.

En cas de déficience maternelle ou fœtale, l'équipe multidisciplinaire doit intervenir conjointement, en réunissant différentes connaissances pour parvenir à un résultat satisfaisant (Gómez, Seva, Hellín, Roldán, Paredes, Iglesia, Ruíz et Navarro, 2022).

La mère porteuse peut avoir besoin du soutien spécifique d'une **sage-femme spécialisée en santé mentale** pendant la période de gestation, afin de détecter les signes d'alerte et les symptômes permettant de l'orienter vers un spécialiste et de travailler avec l'équipe multidisciplinaire.

- Pendant l'accouchement :

La femme **devra être conseillée au préalable** sur le déroulement de l'accouchement afin de pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause, ce qui peut être considéré comme une remise en cause de son autonomie.

La littérature montre que l'accouchement peut être une expérience satisfaisante mais aussi traumatisante pour la mère, raison pour laquelle les femmes ont besoin de soins individualisés **répondant à leurs besoins physiques, émotionnels et psychosociaux** (Rodríguez-Almagro, Hernández-Martínez, Rodríguez-Almagro, Quirós-García, Martínez-Galiano et Gómez-Salgado, 2019).

- Dans la période postnatale :

La période postnatale est définie comme la période allant de la naissance du bébé jusqu'à six semaines après l'accouchement. La nouvelle adaptation et les changements hormonaux en font une **période de grande vulnérabilité** pour les femmes, qui ont besoin d'un suivi médical et psychologique attentif. À l'inverse, les mères déclarent que l'attention portée à la santé des femmes est intense pendant la grossesse, mais pas pendant la période postnatale (Tully, Stuebe et Verbiest, 2017).

- **Soutien juridique et/ou légal:** les abus et l'exploitation sont à la base de la plupart des processus de GPA ; l'exploitation et la violence font partie de la nature du contrat. Lorsque nous parlons de pratiques abusives dans le contexte de la maternité de substitution, nous faisons référence aux innombrables problèmes supplémentaires

auxquels les femmes enceintes et les bébés peuvent être confrontés dans le cadre de ces arrangements.

Les femmes enceintes ont donc besoin d'une protection qui garantisse leurs droits.

Les mères porteuses deviennent de simples objets pendant le processus de maternité de substitution, au point de perdre tous leurs droits. Toutes les décisions, depuis le début du processus de maternité de substitution jusqu'à la naissance et à l'accouchement, sont prises par le commanditaire, par le biais d'un contrat, souvent **sans critères médicaux**.

Il est également important d'aider les **femmes enceintes qui ne veulent pas abandonner leur enfant**. Cette situation est rare, car l'extrême nécessité économique qui pousse les femmes à pratiquer la gestation pour autrui est incompatible avec la prise en charge d'une charge familiale supplémentaire (E8).

Outre les circonstances décrites ci-dessus, il **existe d'autres problèmes** - dont certains ont déjà été mentionnés - auxquels les femmes enceintes sont confrontées et pour lesquels elles peuvent présenter d'**autres besoins** : la violence obstétrique - qui peut inclure des fautes médicales, des césariennes forcées, des examens invasifs non désirés, des avortements forcés et/ou sélectifs, etc. ; le non-paiement des sommes convenues ; la rupture unilatérale du contrat par le donneur d'ordre ; l'abandon de la femme avec le bébé ; le confinement forcé des mères dans des "appartements" ou des résidences de maternité, entre autres.

9. GPA : cadre réglementaire et institutionnel

9.1. Cadre international et cadre européen

9.1.1. Cadre général

La **maternité de substitution** porte atteinte à l'intégrité et à l'autonomie corporelle et reproductive des femmes. Elle fait de l'enfant un objet d'échange, ce qui porte atteinte à son droit à l'identité, et la femme enceinte est réduite à un corps en gestation. Cette forme de violence viole les **droits fondamentaux des femmes** qui se trouvent souvent dans des situations de privation économique et dans des pays dont les contextes politiques et économiques tendent à se caractériser par un manque de droits et d'opportunités.

Aucun instrument international ne régleme spécifiquement la maternité de substitution (Nuño Gómez, 2020). Dans le cadre européen, bien qu'elle ne soit pas explicitement incluse en tant que telle dans la Convention d'Istanbul, son article 3 permet de couvrir ce type de VFF (voir chapitre 9.1.2) et le Parlement s'est montré préoccupé par l'extension de cette violence. Le cadre institutionnel espagnol interdit explicitement cette pratique.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) **dispose d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme** qui contiennent des références similaires, bien qu'ils ne traitent pas tous spécifiquement de la GPA (Nuño Gómez, 2020). Il s'agit notamment de la Convention sur *l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes* (CEDAW), de la *Convention des Nations Unies contre l'Esclavage*, de la *Convention Internationale des Droits de l'Enfant* (CIDE) et de son protocole facultatif, ainsi que de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

Dans l'un de ses rapports (¹²⁶), le Comité pour l'élimination de la discrimination faite aux femmes s'inquiète des mères porteuses et demande que, grâce au soutien technique du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, les normes

¹²⁶ Le Comité a examiné le sixième rapport périodique du Cambodge (CEDAW/C/KHM/6) à ses 1730^e et 1731^e séances (voir CEDAW/C/SR.1730 et CEDAW/C/SR.1731), le 29 octobre 2019. La liste des questions du groupe de travail d'avant-session figure dans le document CEDAW/C/KHM/Q/6, et les réponses du Cambodge dans le document CEDAW/C/KHM/Q/6/Add.1.

soient mises en conformité avec les normes internationales en matière de droits de l'homme.

Pour sa part, la CIDE (ONU, 1989) - ratifiée par l'Espagne et en vigueur depuis 1991 - stipule dans son article 35 que les États parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit. En outre, la CIDE reconnaît expressément la responsabilité des États parties dans la garantie du droit à l'identité des filles et des garçons (articles 7 et 8), aspects qui sont violés dans la GPA.

Le *protocole facultatif*¹²⁷ à la Convention Relative aux Droits de l'Enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (ONU, 2000) - ratifié par l'Espagne en 2002 - vise à renforcer les articles 34 et 35 de la CIDE et à **offrir une plus grande protection aux enfants** contre l'exploitation sexuelle, les abus sexuels et la vente ou le trafic d'enfants. Bien qu'elle ne mentionne pas spécifiquement la situation particulière des enfants qui sont nés par GPA, l'article 2:

Vente d'enfants : tout acte ou transaction par lequel un enfant est transféré par une personne ou un groupe de personnes à une autre personne contre rémunération ou toute autre contrepartie.

Le rapport du rapporteur spécial des Nations Unies sur la vente et l'exploitation sexuelle des enfants, y compris la prostitution des enfants, la pornographie mettant en scène des enfants et d'autres matériels d'exploitation sexuelle des enfants (2018), qui comprend une "**étude sur la maternité de substitution et la vente d'enfants**" et formule des recommandations pour une prévention et une interdiction efficaces de la vente d'enfants, est particulièrement pertinent.

Ce rapport du rapporteur spécial¹²⁸ (ONU, 2018) juge "**inacceptable la discrimination à l'égard des femmes en raison de l'instrumentalisation de leur corps** à des fins culturelles, politiques, économiques ou autres " et encourage d'autres mécanismes et

¹²⁷ Les protocoles facultatifs à la Convention Relative aux Droits de l'Enfant sont un instrument de l'Assemblée Générale des Nations Unies qui renforce les normes contenues dans la Convention.

¹²⁸ Le Comité Économique et Social Européen -CESE- partage l'inquiétude du rapporteur spécial du Conseil des Droits de l'Homme des Nations Unies "face à l'augmentation de ce que l'on appelle la maternité de substitution" et déclare qu'il "partage l'expression du Parlement Européen qui la considère comme une forme d'exploitation reproductive qui porte atteinte à la dignité de la femme. Elle considère donc que cette pratique - lorsqu'il s'agit d'une transaction légale impliquant un profit ou un avantage pour l'une ou l'autre des parties, y compris la publicité - doit être considérée comme une forme de violence à l'égard des femmes et doit être mise sur le même plan que l'exploitation sexuelle ". (CESE, 2022 : 3.12).

entités de l'ONU à enquêter sur la GSPA et son impact sur les droits des femmes dans le but d'élaborer un cadre normatif fondé sur les droits de l'homme. Il souligne en outre que "rien dans le présent rapport ne doit être interprété comme limitant l'autonomie décisionnelle des femmes ou leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive" (ONU, 2018 : 4. Soulignement ajouté).

La rapporteuse a chargé l'ONG Service Social International - SSI - d'élaborer des principes et des normes internationales régissant les contrats de GPA conformément aux normes relatives des droits de l'homme et aux droits de l'enfant. Cette recommandation, appelée "Principes pour la protection des droits des enfants nés par maternité de substitution" - connus sous le nom de "**Principes de Vérone**" - (ISS, 2021) vise à protéger les droits des enfants nés par maternité de substitution. Elle comporte 18 principes qui sont les suivants:

- Principe 1 : Dignité humaine
- Principe 2 : L'enfant en tant que détenteur indépendant de droits
- Principe 3 : le droit de l'enfant à la non-discrimination
- Principe 4 : le droit de l'enfant à la santé
- Principe 5 : Protection avant la maternité de substitution
- Principe 6 : Intérêt supérieur de l'enfant
- Principe 7 : Consentement de la mère porteuse
- Principe 8 : Consentement des futurs parents
- Principe 9 : Consentement des personnes fournissant du matériel reproductif humain
- Principe 10 : Parenté légale et responsabilité parentale
- Principe 11 : Protection de l'identité et accès aux origines
- Principe 12 : Notification, enregistrement et certification des naissances
- Principe 13 : Prévention de l'apatridie
- Principe 14 - Prévention et interdiction de la vente, de l'exploitation et de la traite des enfants
- Principe 15 : Transparence en matière financière
- Principe 16 : Intermédiaires

- Principe 17 : Réagir aux événements inattendus dans le cadre des accords de maternité de substitution
- Principe 18 : Coopération entre les États, régions et les autorités locales

Il souligne le principe 7, qui se réfère au consentement de la femme enceinte, en déclarant (ISS, 2021) :

7.1 La confiance dans l'intégrité des circonstances entourant l'accord de maternité de substitution est d'une grande importance pour les droits de l'enfant. La mère porteuse doit pouvoir prendre des décisions indépendantes et éclairées, sans être exploitée ni contrainte.

7.2. La prise de décision libre et éclairée de la mère porteuse sur toutes les questions juridiques, sociales, financières et médicales doit être encouragée avant les accords de maternité de substitution, tout au long de la grossesse et après l'accouchement.

Des conditions doivent être établies et garanties pour permettre à la mère porteuse d'exercer son droit à l'autodétermination. La maternité de substitution ne devrait être autorisée que lorsque la mère porteuse, entre autres :

a. est majeur

b. a connu, en tant qu'adulte, au moins une naissance antérieure qui n'était pas le fruit d'une gestation pour autrui ;

c. est compétente et a la capacité cognitive de prendre des décisions, de donner son consentement et d'exercer son autonomie et son autodétermination.

Malgré les considérations susmentionnées du rapporteur spécial sur les femmes enceintes (ONU, 2018) et le fait que le rapport du SSI (2021) indique explicitement que **les principes de Vérone n'impliquent pas une approbation de la GPA**, ces deux documents se concentrent exclusivement sur les droits de l'enfant né par GPA et **manquent d'une approche genrée** qui aborde les droits des femmes enceintes et encourage une analyse de leur situation socio-économique ou des circonstances et des raisons qui les ont amenées à s'exposer à la gestation pour autrui.

Différentes **organisations féministes internationales, et en Espagne notamment, ont critiqué les Principes de Vérone**. Ainsi, la Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution -CIAMS- (2022) considère que, sous prétexte de protéger les droits des enfants nés par GPA, ils tendent à **promouvoir la réglementation internationale** de cette pratique. Elles ont élaboré une critique en 8 points comprenant les idées suivantes :

1. Les Principes de Vérone soutiendraient l'industrie internationale de l'exploitation de la reproduction.
2. Sont une tentative de dépénalisation de la maternité de substitution,
3. Et une stratégie visant à opposer les droits des femmes aux droits des enfants,
4. Une conception "low cost" de la dignité humaine,
5. Où l'on omet la question de la dignité des femmes engagées comme mères porteuses,
6. Ils contiennent une conception biaisée de l'intérêt supérieur de l'enfant,
7. Cela implique une approche superficielle et une instrumentalisation du concept de consentement,
8. Et cela repose sur la construction sociale de la croyance dans le droit d'avoir des enfants.

En ce qui concerne la **réglementation juridique qui existe dans les pays**, nous trouvons des situations différentes (González, Guerrero, Hernández, Holgado, Ingelmo, Justo, Lázaro, López, Lucas, Martín, Mateos et Mateos, 2021 ; Nuño Gómez, 2023) :

- Les États qui autorisent à la fois la GPA altruiste et la GPA commerciale, comme l'Ukraine, la Russie, l'Inde et certains États des États-Unis. Il convient toutefois de noter que dans les États fédéraux tels que les États-Unis et le Mexique, la réglementation varie considérablement d'un État à l'autre.
- États qui n'autorisent que la GPA altruiste. C'est le modèle réglementaire le plus courant dans les pays européens qui autorisent cette pratique, comme le Royaume-Uni, la Grèce et le Portugal.
- Les États qui interdisent la GPA sous toutes ses formes sont l'Espagne, l'Italie et la France, entre autres.
- Les États qui sont dans un vide juridique parce qu'ils ne sont pas pris en compte dans un sens ou dans un autre. Cadre international.

En général, le droit international est **loin d'être axé sur la protection des femmes** contre cette pratique et se concentre principalement sur les droits de l'enfant à naître.

Il est intéressant de noter que les États-Unis et le Canada sont deux des trois principales destinations internationales des Espagnols en ce qui concerne la pratique des GPA :

- **États-Unis** : le territoire le plus souple, bien que la législation dépende de l'État dans lequel la gestation pour autrui a lieu. D'une part, elle est considérée comme une infraction pénale à New York, en Arizona et dans le Michigan, et elle est interdite et le contrat est nul au Kansas, en Louisiane, au Nebraska et dans l'Indiana. En revanche, elle est autorisée pour tout modèle familial (hétérosexuel, homosexuel ou célibataire) en Floride, en Californie, en Arkansas, au Delaware, au New Hampshire, au Nevada et dans l'Illinois. Dans les autres États où elle est autorisée, certaines conditions sont imposées : Le Texas exige l'approbation d'un juge ; dans le Tennessee, les deux partenaires doivent apporter leurs gamètes ; l'Utah stipule que les parents intentionnels doivent être mariés et que la gestatrice ne peut pas être la donneuse d'ovules ; le New Jersey n'autorise pas la gestation commerciale et les parents n'ont que trois jours pour revendiquer les droits de maternité ; et le Vermont exige un jugement du tribunal après l'accouchement (Cáceres Lara, 2019).
- **Canada** : la pratique est légale - *Loi sur la procréation assistée*¹²⁹ (S.C. 2004, c. 2) - pour tout type de famille (couples hétérosexuels, couples homosexuels et personnes seules) mais seule la GPA altruiste est autorisée. La femme enceinte doit également être âgée de plus de 21 ans et avoir eu au moins un enfant avant la gestation. La paternité légale de l'enfant est obtenue par l'approbation d'un juge (Cáceres Lara, 2019).

La législation en Amérique centrale et du Sud varie. Tous les pays n'incluent pas la GPA dans leur réglementation. Voici quelques exemples de pays où la GPA est incluse :

- **Argentine** : comme le souligne Cáceres Lara (2018), la GPA n'est pas réglementée et, jusqu'à présent, la justice s'est prononcée sur plusieurs cas. Cependant, plusieurs projets de loi ont été présentés, tels que le *Règlement de la Gestation Solidaire Technique 5700-D-2016*¹³⁰ ou le *Projet de Loi 5759-D-2016*¹³¹, qui considèrent la Gestation Solidaire (ou altruiste). D'autres initiatives sont le *projet de loi 3202-2017*¹³²

¹²⁹ Loi canadienne sur la procréation assistée. Accès

¹³⁰ Règlement argentin 5700-D-2016 relatif à la technique de gestation solidaire. Accès

¹³¹ Projet de loi 5759-D-2016 de l'Argentine. Accès

¹³² Projet de loi 3202-2017 de l'Argentine. Accès

qui modifie certains articles du code civil et commercial pour y inclure la maternité de substitution, et le *projet de loi 3765-D-2017*¹³³ qui établit la nécessité d'une autorisation judiciaire pour la gestation pour autrui.

- **Brésil** : la loi n'envisage pas cette pratique, mais elle est prise en compte dans la section VII de la *résolution CFM n° 1.957 / 2010*¹³⁴ du Conseil fédéral de médecine). Elle envisage la GPA selon la modalité altruiste et dans les cas où un problème médical empêche ou contre-indique à la mère intentionnelle (qui sera le donneur génétique) de mener à bien la grossesse. Parmi les conditions imposées, il est établi que les femmes enceintes doivent être parentes (jusqu'au deuxième degré) de la femme donneuse génétique - GPA intra-familiale -, le reste des cas étant soumis à l'autorisation du Conseil Régional de Médecine.
- **Colombie** : la GPA dans la modalité commerciale est interdite et le projet de loi statutaire envisage des contrôles pour l'empêcher. Selon le *projet de loi 88 de 2017*¹³⁵, "Ley Lucia", la GPA altruiste est envisagée en cas d'impossibilité naturelle de procréer.
- **Mexique** : il n'existe pas de loi spécifique réglementant la maternité de substitution et cela dépend de chaque État. Dans certains États, comme Querétaro, Cohahuila ou San Luis Potosi, elle est explicitement interdite. Au Tabasco (Code Civil) - qui limite l'accès à la GPA aux seuls citoyens mexicains - et au Sinaloa (Code de la Famille de l'État), en revanche, elle est autorisée dans les cas où il existe une impossibilité physique ou une contre-indication médicale pour la mère intentionnelle de mener à bien la gestation (Cáceres Lara, 2019). Au Mexique DF, la proposition de loi favorable à la GPA vise à garantir les droits de filiation des parents intentionnels (Hernández et Santiago, 2011).
- **Uruguay** : la GPA n'est autorisée que si la mère intentionnelle n'est pas en mesure d'assurer la gestation de son propre embryon en raison d'un empêchement médical (chapitre IV de la *loi 19.167*¹³⁶). Cette incapacité doit être reconnue par l'équipe médicale, qui préparera un rapport pour la *Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida* (Commission honoraire sur la procréation humaine assistée), l'organisme chargé d'évaluer si les conditions établies sont remplies. Dans ce cas, une femme ou un couple pourra recourir à la GPA altruiste intra-familiale et convenir avec un parent

¹³³ Projet de loi 3765-D-2017 de l'Argentine. Accès

¹³⁴ *Résolution CFM n° 1.957 / 2010* du Brésil. Accès

¹³⁵ *Projet de loi n° 88 du Sénat de 2017 "Réglementant la procréation assistée, la procréation avec assistance scientifique et d'autres dispositions -Loi Lucia-"* du Venezuela. Accès

¹³⁶ *Loi 19.167* de l'Uruguay. Accès

(jusqu'au deuxième degré de consanguinité) de l'implantation et de la gestation de son propre embryon -en entendant par propre embryon celui qui est formé par au moins un gamète du couple ou par l'ovule dans le cas des femmes célibataires- (Cáceres Lara, 2019).

Outre les pays d'Amérique latine, d'**autres pays** disposent d'une législation sur la GPA :

- **Australie** : seule la GPA altruiste est autorisée et les conditions dépendent des États. C'est le seul pays où la femme enceinte est considérée comme la mère, de sorte qu'après l'accouchement, elle a le droit de garder le bébé si elle le souhaite. Elle n'est généralement autorisée que pour les couples hétérosexuels. Dans des États comme le Queensland, la Tasmanie et la Nouvelle-Galles du Sud, elle est également autorisée pour les couples homosexuels. En outre, dans le Queensland et la Nouvelle-Galles du Sud, elle est également accessible aux personnes non mariées si elles peuvent prouver leur incapacité à procréer (Cáceres Lara, 2019).
- **Géorgie** : seuls les couples hétérosexuels mariés sont autorisés dans les cas où la future mère d'intention n'a pas d'utérus. Parmi les autres critères, la femme enceinte ne doit pas être âgée de plus de 35 ans, avoir déjà eu au moins un enfant et avoir un statut socio-économique moyennement élevé. L'enfant sera enregistré par les parents d'intention, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement de la mère enceinte. Et dans le cas particulier des couples espagnols, pour que le consulat espagnol reconnaisse la filiation paternelle, le père doit fournir son sperme (El Mundo, 2023).
- **L'Inde** : elle autorisait les deux types de contrats de GPA (commerciaux ou altruistes), étant l'une des principales destinations de cette pratique. Mais comme d'autres pays asiatiques, elle a abandonné - en 2016, avec l'adoption du *Surrogacy (Régulation) Bill, 2016*¹³⁷ - la modalité commerciale en faveur des étrangers, et actuellement la législation du pays n'autorise la maternité de substitution altruiste que dans les cas de couples hétérosexuels infertiles de nationalité indienne (El Mundo, 2023).
- **Afrique du Sud** : autorise la modalité altruiste - conformément à la loi sur les enfants 38 de 2005 - et aux personnes résidant dans le pays, qu'il s'agisse d'une personne seule ou d'un couple, en exigeant que les gamètes utilisés proviennent d'au moins l'un d'entre

¹³⁷ *Projet de loi indien sur la maternité de substitution (réglementation)*, 2016. Accès

eux. En outre, il est établi que la personne ou le couple, parents d'intention, ne peut pas avoir d'enfant pour des raisons permanentes et irréversibles (Cáceres Lara, 2019).

- **Thaïlande** : elle était l'une des principales destinations pour la maternité de substitution jusqu'en 2015, date à laquelle elle a modifié sa législation. La loi actuelle n'autorise la maternité de substitution que pour les couples hétérosexuels et les ressortissants thaïlandais (El Mundo, 2023).

L'absence d'un cadre international commun, la diversité des critères et l'opposition de certains pays - comme les États-Unis, entre autres - à reconnaître la CEDAW et la CIDE, créent un contexte qui place les femmes enceintes et les mineures enceintes dans une position d'extrême vulnérabilité face à la violation de leurs droits (Nuño Gómez, 2020).

9.1.2. Le contexte européen

Dans le **contexte européen**, la norme de référence dans la lutte contre la VG, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence faite aux femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) - ratifiée par l'Espagne en 2014 - ne mentionne pas la GPA comme une forme de violence faite aux femmes, mais comme cela a déjà été expliqué, l'article 3 couvre toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Cela s'explique par les multiples expressions de la VFF que les institutions tardent à atteindre dans le développement de leur action institutionnelle.

Dans ce cadre, **le Parlement Européen** a été la seule institution supranationale à se positionner clairement contre la réglementation de la GPA (Nuño Gómez, 2020). La *résolution du Parlement européen* du 17 décembre 2015 sur le rapport annuel sur les droits de l'homme et la démocratie dans le monde (2014) et la politique de l'Union Européenne en la matière (2015/2229(INI)), considère dans le cadre des droits des femmes et des filles ce qui suit :

" Condamne la pratique de la maternité de substitution, qui est contraire à la dignité humaine des femmes, leur corps et leurs fonctions reproductifs étant utilisés comme une marchandise ; considère que cette pratique, qui implique l'exploitation des fonctions reproductifs et l'utilisation du corps à des fins financières ou autres, en particulier dans le cas de femmes vulnérables dans les pays en développement, devrait être interdite et demande qu'elle soit examinée d'urgence dans le cadre des instruments relatifs aux droits de l'homme " (Parlement Européen, 2017 : 115).

D'autres institutions, comme la **Cour Européenne des Droits de l'Homme** (CEDH), ont fait preuve d'une plus grande ambivalence sur la question en ne réglant pas expressément la GPA ou la procréation assistée. La CEDH renvoie à la législation nationale de chaque État, ce qui laisse une très grande marge de manœuvre dans son traitement et sa prise en compte (Nuño Gómez, 2020).

La CEDH elle-même reconnaît de facto l'absence de consensus en Europe et tend à considérer que, dans ces cas, le droit de l'enfant à l'identité prévaut sur la base de l'article 8 *Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales*¹³⁸ (ci-après la CEDH). Cette affirmation a été faite pour la première fois en 2014 et par la suite dans d'autres arrêts.

En ce qui concerne les réglementations **nationales des pays européens**, il existe une disparité dans la réglementation des GPA. Parmi les pays qui autorisent cette pratique, l'Ukraine est particulièrement significative puisqu'il s'agit de la deuxième destination où la plupart des Espagnols se rendent pour effectuer des GPA. Les autres "pays de destination" des Espagnols sont : La Russie, l'Angleterre et la Grèce.

- **L'Ukraine** : avant la guerre, c'était la principale destination en Europe pour les personnes ayant recours à cette pratique. Elle n'autorise la GPA sous toutes ses formes que pour les couples hétérosexuels mariés¹³⁹ et dans les cas où la mère intentionnelle est médicalement inapte à porter son propre enfant. De plus, en Ukraine, la gestatrice doit être anonyme et ne peut prétendre à la maternité, elle n'a donc aucun droit ni devoir sur l'enfant qu'elle a mis au monde (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

La guerre n'a toutefois pas mis fin à l'exploitation des femmes ukrainiennes à des fins de reproduction et la principale clinique de GPA du pays - BioTexCom - continue de fonctionner malgré l'invasion. Après le déclenchement de la guerre, BioTexCom a déménagé dans un bunker, mais les garanties de sécurité qu'elle offre aux femmes enceintes et aux bébés ne sont pas connues¹⁴⁰.

- **Russie** : autorise la GPA altruiste ou commerciale, uniquement pour les couples hétérosexuels - comme en Ukraine - et dans les cas où la mère intentionnelle est dans

¹³⁸ Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales. L'accès

¹³⁹ L'Ukraine interdit le mariage homosexuel et, par conséquent, parce qu'ils ne peuvent satisfaire à l'exigence d'être mariés, les couples homosexuels ne peuvent avoir recours à la GPA (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

¹⁴⁰ Martin, A. (2023). *La guerre n'a pas empêché le recours à la maternité de substitution en Ukraine*. El País. Accès

l'incapacité médicale de porter son propre enfant. La future mère ne peut pas fournir ses ovules et doit être âgée de 20 à 35 ans, avoir déjà eu au moins un enfant et se soumettre à un examen physique et émotionnel. En outre, si la femme enceinte est mariée, elle doit obtenir le consentement préalable de son mari (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

- **Royaume-Uni** : seul le mode altruiste est autorisé pour les couples (homosexuels ou hétérosexuels) et exclut les personnes célibataires. À partir de la naissance du bébé, les parents intentionnels ont 6 mois pour faire une demande de paternité, faute de quoi il sera considéré comme l'enfant légal de la femme gestatrice. En outre, au moins l'un des partenaires doit résider au Royaume-Uni pour demander l'aide d'une mère porteuse. Pour cette raison, le Royaume-Uni est une destination peu utilisée par les ressortissants étrangers. La GPA au Royaume-Uni est également peu utilisée par les Britanniques eux-mêmes, qui optent souvent pour l'Inde parce qu'ils ne trouvent pas de femmes britanniques prêtes à accepter d'être mères porteuses.
- **Grèce** : la gestation pour autrui à des fins commerciales est interdite ; seuls les couples hétérosexuels et les femmes célibataires incapables d'opérer la gestation de leurs propres enfants sont autorisés à le faire de manière altruiste, une situation que la mère intentionnelle doit justifier par un certificat d'infertilité. La gestatrice ne peut pas fournir ses ovules et la procédure doit être approuvée par un juge.
- **Portugal** : en 2017 est entrée en vigueur la loi 25/2016 qui fixe les conditions d'application de la GPA et qui sera abrogée par la Cour Constitutionnelle du pays au motif qu'elle viole divers principes et droits, dont le repentir de la mère porteuse. Fin 2021, après plusieurs années de débat, l'actuelle loi 26/2021 sur la maternité de substitution a été adoptée. Cette loi permet aux couples hétérosexuels ou aux couples de femmes d'accéder à la maternité de substitution altruiste uniquement dans les cas où la femme n'a pas d'utérus ou présente une lésion irréversible ou une situation clinique qui l'empêche d'avoir une grossesse. L'une des particularités de cette mesure est que la femme enceinte dispose d'un délai de 20 jours après l'accouchement pour décider si elle souhaite ou non abandonner le bébé. Malgré l'approbation de la loi, un seul processus a été enregistré depuis son entrée en vigueur.

D'autre part, d'autres pays européens comme la **Suède, l'Allemagne et surtout la France et l'Italie** ont pris position contre cette pratique de VR.

- **France** : la GPA est une pratique illégale au regard du Code Civil et Pénal français, notamment interdite par la loi 94-653 du 29 juillet 1994. Cette loi introduit l'article 16-7 du Code Civil français, qui établit la nullité de toute convention de gestation pour le compte d'autrui, et le Code Pénal, dans son article 227-14, prévoit des peines d'emprisonnement et des amendes pour ceux qui s'interposent entre les personnes qui veulent avoir un enfant par cette pratique et la femme qui va le gestationner. De plus, la jurisprudence française a été très claire pour proclamer la nullité de ces pratiques, allant jusqu'à refuser l'inscription des enfants nés de mères porteuses en dehors des frontières françaises. En 2014, de facto, il existe deux arrêts bien connus de la Cour Européenne des Droits de l'Homme¹⁴¹ dans lesquels l'État français a été condamné pour ne pas avoir enregistré deux mineurs nés par GPA aux États-Unis (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).
- **Italie** : la GPA est interdite et sa pratique est passible de sanctions juridiques sévères. La loi n° 40 du 19 février 2004, dans son article 4.3, interdit le recours à la procréation médicalement assistée hétérologue - comme dans le cas de la GPA - et, dans son article 12.6, impose des amendes financières très élevées et des peines de prison pour le recours à des "mères porteuses" (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

En 2015, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (¹⁴²) est également intervenue dans le **refus des autorités italiennes d'enregistrer un bébé né par la GPA**. L'enregistrement du couple en tant que parents a été effectué, en premier lieu,

¹⁴¹ CEDH 26 juin 2014 : cet arrêt établit la doctrine sur deux affaires similaires précédemment jugées en droit français. Dans les deux cas, un couple de nationalité française a fait appel à la GPA (le premier après plusieurs tentatives infructueuses de fécondation in vitro et le second en raison de problèmes de fertilité) dans deux États différents des États-Unis. Dans les deux cas, les autorités françaises refusent d'enregistrer la naissance.

La Cour précise que la non-reconnaissance du lien de filiation entre les bébés nés par GPA à l'étranger et les couples qui recourent à cette pratique en droit français ne se limite pas à la situation des parents d'intention, mais affecte également celle des enfants, " dont le droit au respect de la vie privée, qui implique que chacun puisse établir la substance de son identité, y compris sa filiation, est affecté de manière significative " (CGPJ, 2016 : 8). Ainsi, la Cour considère qu'il existe une situation d'insécurité juridique quant à la possibilité pour les enfants d'obtenir la nationalité française et de pouvoir hériter des époux appelants, incertitude qui se manifeste plus intensément si l'un des partenaires a participé à l'engendrement de l'enfant.

Dans la conclusion, elle indique qu' " en faisant obstacle à la Cour de Cassation française tant à la reconnaissance qu'à l'établissement de son lien de filiation avec son père biologique (puisqu'elle ne lui permet même pas de le reconnaître comme enfant ou de l'adopter) " (CGPJ, 2016 : 8), l'État français a dépassé les limites de sa marge d'appréciation, et a méconnu le droit au respect de la vie privée des enfants, en violation de l'art. 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

¹⁴² CEDH 27 janvier 2015 : un couple de nationalité italienne fait appel, après plusieurs tentatives infructueuses de fécondation in vitro, auprès du GPA en Russie, où la femme enceinte a donné son consentement écrit pour que le bébé soit enregistré comme l'enfant des parents d'intention italiens.

La Cour a de nouveau constaté une violation de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, en l'occurrence par les autorités italiennes, en retirant l'enfant à ses parents, car après avoir vécu ensemble pendant plus de six mois, ils constituaient tous les trois un noyau familial "de facto".

conformément au droit russe - où le processus de GPA a eu lieu - mais ils ont ensuite été accusés d'altération de l'état civil, de mensonge et de violation de la loi sur l'adoption, "dans la mesure où des mensonges notables ont été accrédités dans l'exposé des faits, et ils se sont vu refuser la reconnaissance de la filiation établie à l'étranger" (Conseil Général du Pouvoir Judiciaire [CGPJ], 2016).

Les autorités italiennes non seulement n'ont pas reconnu la filiation mais, après 6 mois de cohabitation, ont placé l'enfant sous la tutelle d'une institution, empêchant tout contact mutuel, et l'ont confié à une famille d'accueil.

Récemment, sur ordre de la Délégation Gouvernementale à Milan, il a été demandé au maire de la ville d'arrêter l'enregistrement des bébés nés à l'étranger de couples de même sexe par le biais de la maternité de substitution (El Mundo, 2023).

9.2. Cadre réglementaire espagnol

9.2.1. Réglementation nationale

En Espagne, depuis 1988, la *loi 35/1988*¹⁴³, du 22 novembre, sur les techniques de reproduction assistée -article 10- considère le contrat de maternité de substitution comme nul et non avenu et comme une pratique qui **n'est autorisée dans aucune de ses modalités**, un aspect qui est maintenu dans la loi ultérieure et actuelle *14/2006*¹⁴⁴, du 26 mai, sur les techniques de reproduction humaine assistée. L'article 10 relatif à la maternité de substitution stipule expressément ce qui suit :

- 1) *Est nul de plein droit le contrat par lequel on s'engage à porter, à titre onéreux ou gratuit, l'enfant d'une femme qui renonce à la filiation maternelle en faveur du contractant ou d'un tiers.*
2. *La filiation des enfants nés d'une maternité de substitution est déterminée par la naissance.*
3. *L'éventuelle revendication de paternité à l'encontre du père biologique n'est pas affectée, conformément aux règles générales.*

En outre, selon l'article 221 du *Code Pénal*¹⁴⁵, la remise du bébé est une infraction pénale :

¹⁴³ Loi 35/1988 du 22 novembre 1988 sur les techniques de reproduction assistée. Accès

¹⁴⁴ Loi 14/2006, du 26 mai, sur les techniques de procréation assistée. Accès

¹⁴⁵ Loi organique 10/1995, du 23 novembre, sur le code pénal. Accès

1. *Ceux qui, moyennant une compensation financière, remettent un enfant, un descendant ou un mineur à une autre personne, même s'il n'existe pas de lien de filiation ou de parenté, en évitant les procédures légales de tutelle, d'accueil ou d'adoption, dans le but d'établir un lien similaire à celui de la filiation, sont punis d'une peine d'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une déchéance spéciale de l'exercice de l'autorité parentale, de la tutelle, de la curatelle ou de la curatelle pour une période allant de quatre à dix ans.*
2. *La personne qui accueille l'enfant et l'intermédiaire sont punis de la même peine, même si l'accouchement a eu lieu dans un pays étranger.*
- 3) *Si les infractions sont commises dans des crèches, écoles ou autres locaux ou établissements accueillant des enfants, les coupables seront condamnés à l'interdiction spéciale d'exercer les activités précitées pour une durée de deux à six ans, et la fermeture temporaire ou définitive des établissements pourra être ordonnée. En cas de fermeture temporaire, la durée ne pourra excéder cinq ans.*

Cependant, les expertes et chercheuses féministes considèrent qu'il y a un **risque de criminalisation**. Elles soulignent que cet article du Code Pénal place les parents d'intention au même niveau que la femme enceinte, qui est également considérée comme l'auteur du crime, et ne tient compte ni de la situation de vulnérabilité dans laquelle se trouvent la plupart des femmes qui acceptent de pratiquer la gestation pour autrui, ni des rapports hiérarchiques qui s'établissent pendant le processus de gestation et qui relèguent les femmes enceintes à une position subalterne.

Dans notre pays, le rôle du **Comité de Bioéthique espagnol**¹⁴⁶ est d'une grande importance dans le cadre national. Dans son *rapport sur les aspects éthiques et juridiques de la maternité de substitution*, la position de la majorité des membres du Comité est exprimée, qui "comprend que *tout contrat de maternité de substitution entraîne l'exploitation de la femme* et nuit à l'intérêt supérieur de l'enfant" (López et al., 2018:86) et formule trois critères qui devraient guider une réforme législative :

- Principe de l'intervention minimale : la réforme devrait viser à obtenir la nullité effective des contrats de GPA, également applicable à ceux conclus à l'étranger. À cette fin, il convient d'envisager de sanctionner les agences d'intermédiation et, si elles ne sont pas

¹⁴⁶ Créé conformément à la loi 14/2007, du 3 juillet, sur la recherche biomédicale en tant qu' "organe collégial, indépendant et consultatif sur les questions liées aux implications éthiques et sociales de la biomédecine et des sciences de la santé", rattaché au Ministère de la Santé.

efficaces pour prévenir les GPA, de recourir à d'autres mesures juridiques pour renforcer le respect de la loi.

- Interdiction universelle de la maternité de substitution internationale : adoption de mesures visant à interdire les contrats de maternité de substitution internationale.
- Transition sûre : la commission reconnaît qu'au cours de l'élaboration de la réforme, il est probable qu'un nombre indéterminé d'Espagnols seront plongés dans des processus de GPA, une situation qui doit être prise en compte dans la transition vers une réglementation efficace afin de ne pas laisser sans protection les enfants nés à la suite de ces processus. À cette fin, le Comité propose de garantir leur filiation à l'étranger, conformément à la doctrine établie par le Tribunal Suprême (TS).

Quant aux **politiques publiques** mises en œuvre, elles manquent de spécificité.

Le *Plan Stratégique National contre la Traite et l'Exploitation des êtres Humains (2021-2023)*¹⁴⁷, dans le cadre général, précise que la traite des êtres humains - en tant qu'infraction principale - englobe toutes les formes connues d'exploitation - l'infraction finale - en mettant particulièrement en avant la GPA. Face à ce "phénomène criminel grave", elle affirme la **nécessité d'une approche multidisciplinaire et globale** qui contribue à établir des lignes d'action dans les sphères publiques et privées, y compris le troisième secteur.

Le *site*¹⁴⁸ -*EEVM- (2022-2025)*, conformément à la Convention d'Istanbul, indique qu'il est nécessaire d'**élargir le champ d'analyse de la VFF dans le domaine des droits sexuels et reproductifs** et qu'il existe un engagement à traiter les violations graves des droits reproductifs qui sont des manifestations de la violence à l'égard des femmes, telles que la GPA (Délégation du gouvernement contre les violences de genre [DGVG], 2022).

La *EEVM 2022-2025* reconnaît que **certaines formes de violence sexuelle peuvent constituer des crimes internationaux**¹⁴⁹ et est particulièrement préoccupée par les violences sexuelles transnationales telles que "la traite des femmes et des filles à des fins d'exploitation sexuelle, les mariages d'enfants, les mariages précoces et forcés, la **maternité de substitution à des fins commerciales et les mutilations génitales féminines (MGF)**".

¹⁴⁷ Plan Stratégique National de lutte contre la Traite et l'Exploitation des êtres Humains (2021-2023). Accès

¹⁴⁸ Stratégie d'État de lutte contre les Violences de Genre -*EEVM- (2022-2025)*. Accès

¹⁴⁹ Selon la *recommandation n° 35 du CEDAW*, "entre autres, les crimes contre l'humanité et les crimes de guerre tels que le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée ou toute autre forme de violence sexuelle de gravité comparable, conformément aux articles 7(1)(g), 8(2)(b)(xxii) et 8(2)(e)(vi) du Statut de Rome de la Cour Pénale Internationale". Accès

Selon la EEVM, la violence faite aux femmes dans le domaine des droits sexuels et reproductifs comprend les actes qui, sur la base d'une discrimination fondée sur le sexe, portent atteinte à **l'intégrité ou à l'autodétermination des femmes** dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, à leur libre décision en matière de maternité, d'espace et de calendrier, y compris l'avortement forcé et la stérilisation forcée.

Parmi les différentes formes de violence dans la sphère reproductive, la "**grossesse forcée**" liée à l'exploitation commerciale des femmes par le biais de la GPA (ou de la maternité de substitution) mérite une attention particulière car "ce type de violence matérialise l'exploitation reproductive du corps des femmes à des fins commerciales, et peut souffrir de situations liées à l'absence de consentement pleinement éclairé, à la coercition et à la privation arbitraire de liberté" (DGVG, 2023 : 48).

La EEVM, 2022-2025 **fait abstraction d'actions spécifiques** sur cette forme de violence car le projet de loi modifiant la loi organique 2/2010 sur la santé sexuelle et reproductive était en cours d'élaboration au moment de la rédaction et de l'approbation de la stratégie.

La réforme de la loi organique 2/2010 ou "loi sur l'avortement" - *loi organique 1/2023*¹⁵⁰, du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse - montre que, bien que l'avortement soit illégal en Espagne (conformément à la loi 14/2006 susmentionnée), il continue d'être pratiqué sous la protection des diverses réglementations internationales. Par conséquent, **l'interruption volontaire de grossesse devrait être reconnue comme "une forme grave de violence reproductive"** et des mesures devraient être prises pour prévenir et poursuivre sa pratique. De fait, cette réforme intègre **l'article 32 relatif à la prévention de la maternité de substitution ou de la gestation pour autrui :**

Article 32 - Prévention de la maternité de substitution ou de la gestation pour autrui :

1. La gestation pour autrui est un contrat nul, selon la loi 14/2006, du 26 mai, sur les techniques de reproduction assistée, par lequel la gestation est convenue, avec ou sans prix, aux dépens d'une femme qui renonce à la filiation maternelle en faveur du contractant ou d'un tiers.

¹⁵⁰ Loi organique 1/2023, du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse. Accès à l'information

2) L'information est promue, par le biais de campagnes institutionnelles, sur l'illégalité de ces comportements, ainsi que sur la nullité totale du contrat par lequel la gestation est consentie, avec ou sans prix, par une femme qui renonce à la filiation maternelle en faveur du contractant ou d'un tiers.

L'article 32 est intégré au chapitre III sur les mesures de prévention et de réponse aux formes de violence faite aux femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive dans le titre III sur la "protection et la garantie des droits sexuels et reproductifs" qui est incorporé dans la loi 1/2023. Dans ce même titre III, les chapitres 1 et 2 sur la responsabilité institutionnelle et la protection et la garantie des droits sexuels et reproductifs dans le domaine gynécologique et obstétrique, respectivement, sont également pris en compte.

En outre, la loi 1/2023 introduit à l'**article 7 bis, sur les soins de santé reproductive**, que les services de Santé Publique garantiront : une approche antidiscriminatoire et intersectionnelle dans leur intervention ; l'accès à l'information sur les droits reproductifs, les prestations publiques et la couverture sanitaire pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité ; la fourniture d'une assistance, d'un soutien émotionnel et d'un accompagnement en santé mentale aux femmes qui en ont besoin pendant la période postnatale ou en cas de décès périnatal ; et la fourniture spécialisée de soins psychologiques ou sexologiques dans une perspective de genre, entre autres préceptes.

L'article 11 de ce règlement prévoit l'élaboration de la Stratégie Nationale pour la Santé Sexuelle et Reproductive¹⁵¹ et l'article 30 stipule que cette stratégie "comprendra une section sur la prévention, la détection et l'intervention intégrale pour la garantie des droits sexuels et reproductifs dans le domaine gynécologique et obstétrique".

Cependant, malgré l'interdiction expresse de la GPA par la loi espagnole, la **filiation d'enfants nés de cette pratique a été accordée**.

Notre système juridique considère que la nullité n'affecte que le contrat, une question qui est résolue une fois la filiation établie, mais ne prévoit pas d'infraction pénale pour l'achat et la vente de bébés (Nuño Gómez, 2020).

Pour preuve, l'arrêt de la Cour suprême (STS) 5375/2016 (CGPJ, 2016) fait référence à deux arrêts antérieurs de la CourEDH - CourEDH 26 juin 2014 et CourEDH 27 janvier

¹⁵¹ La Stratégie Nationale pour la Santé Sexuelle et Reproductive (2011) ne mentionne pas la GPA bien qu'elle affirme que "l'un des droits fondamentaux des femmes en matière de santé reproductive est le droit à l'information et à la libre décision", des droits qui sont violés lors des processus de GPA. L'accès

2015 - relatifs à la GPA et à la reconnaissance du lien de filiation dans deux affaires jugées dans des pays européens (voir 9.1.2. Cadre institutionnel européen).

Le TS 5375/2016 souligne que dans les deux arrêts, il est indiqué que l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme a été violé. **Dans aucune de ces affaires le droit à la protection de la maternité** n'est discuté, ce qui est en débat c'est la viabilité de l'inscription de la filiation " découlant d'un contrat de maternité " (CGPJ, 2016 : 9).

Les deux affaires se déroulent dans un contexte juridique différent de celui de l'Espagne, notant dans le TS 5375/2016 qu'en Espagne " la possibilité d'adopter des mineurs ou de rechercher la paternité biologique atténue l'éventuelle impuissance dans laquelle ils peuvent se trouver en empêchant leur accès au registre civil en tant qu'enfants des parents de substitution " (CGPJ, 2016 : 9).

Dans ces matières, la Cour Suprême souligne l'importance **accordée dans les deux arrêts à la nécessité de protéger la situation créée**. S'il existe une cohabitation familiale entre les parents d'intention et les enfants, cette dernière doit être protégée, surtout si l'un des "parents de substitution" est également la mère ou le père biologique. "Ce que l'on fait, c'est opter pour un "moindre mal" : maintenir les conséquences d'une situation contraire au droit national (la cohabitation résultant de la maternité de substitution) parce que c'est dans l'intérêt de l'enfant (le maintenir dans la cellule familiale "de fait"). Et ce, indépendamment des dispositions du droit international privé, évidemment également intégrées dans le droit espagnol " (CGPJ, 2016 : 9).

Ainsi, **en Espagne, "nous nous trouvons dans un véritable vide juridique où la législation, le Ministère Public et la jurisprudence de la Cour Suprême désavouent la validité des contrats, mais où la Direction Générale des Registres et des Notaires, qui dépend du Ministère de la Justice, les différentes sociétés de commercialisation et les décideurs de la même la désobéissent** (Nuño Gómez, 2020 : 66).

En ce sens, la mesure la plus controversée (Nuño Gómez, 2020) est l'*instruction du 5 octobre 2010, de la Direction Générale du Registre et des Notaires, sur le régime d'enregistrement de la filiation des personnes nées par maternité de substitution* -DGRN- qui donne la possibilité d'enregistrer dans le Registre Civil espagnol un lien de filiation déclaré par un tribunal étranger, ce qui permet la continuité transfrontalière d'un lien de filiation qui implique des responsabilités parentales. Même si ce lien de filiation s'est produit par GPA.

L'objectif de l'instruction DGRN est le suivant :

Afin d'assurer une **protection juridique complète de l'intérêt supérieur du mineur**, ainsi que d'autres intérêts présents dans les cas de maternité de substitution, il est nécessaire d'établir les critères qui déterminent les conditions d'accès au Registre Civil espagnol des personnes nées à l'étranger grâce à cette technique de reproduction assistée (DGRN, 2010 : 1).

De son côté, l'*instruction du 18 février 2019*, de la DGRN, relative à la mise à jour du système d'inscription à l'état civil de la filiation des enfants nés par gestation pour autrui, exige une décision ferme des autorités judiciaires du pays où la GPA est réalisée pour l'inscription de l'enfant.

D'autre part, il convient de mentionner qu'il y a eu plusieurs propositions en faveur de la légalisation de la GPA. La dernière a été présentée par le groupe parlementaire Ciudadanos le 14 avril 2023, sous le nom de *Proposición de Ley reguladora del derecho a la gestación por sustitución (Proposition de loi réglementant le droit à la maternité de substitution)*¹⁵². Cette proposition de loi prône l'autorisation de la maternité de substitution altruiste et a rencontré une majorité opposée à la régularisation, ce qui explique qu'elle ne sera probablement pas adoptée. Le parti politique qui a présenté cette proposition n'a pas obtenu de représentation parlementaire pour la XVe législature espagnole suivante.

9.2.2. Références régionales

L'examen de la législation régionale montre un **scénario diversifié, avec une seule mention spécifique de la GPA**. C'est pour cette raison que la recherche a été étendue aux préceptes qui peuvent faire indirectement allusion à cette forme de violence faite aux femmes.

En ce sens, les résultats montrent que plusieurs **CA présentent une définition large de la violence** faite aux femmes - conformément à la Convention d'Istanbul - et que, bien qu'ils ne la mentionnent pas explicitement, ils **pourraient inclure la GPA lorsqu'ils se réfèrent de manière générique à la "violence à l'égard des droits sexuels et reproductifs"**, comme c'est le cas : Andalousie, Aragon, Îles Canaries, Cantabrie, Castille-La Manche, Catalogne et La Rioja.

D'autre part, les îles Baléares et le Pays basque, bien qu'ils ne mentionnent pas la GPA ou ne considèrent pas la violence à l'encontre des droits reproductifs parmi les formes de VG, comme le faisaient les précédents comités consultatifs, y font référence parmi les principes généraux.

¹⁵² Pour plus d'informations, voir la *proposition de loi réglementant le droit à la maternité de substitution*. Accès

Il convient de noter que l'Aragon est la **seule communauté autonome qui mentionne explicitement la GPA dans sa réglementation**. Elle le fait dans le *IVe Plan stratégique pour la prévention et l'éradication de la violence faite aux femmes en Aragon*¹⁵³ (2018-2021) par le biais de la mesure suivante :

Mesure 1.1.1.1.6 : Mener des actions de sensibilisation contre l'exploitation reproductive des femmes et la maternité de substitution, afin de faire prendre conscience à la société des effets négatifs de ces pratiques pour toutes les femmes.

Dans les autres CA - Asturies, Castille et Léon, Valence, Estrémadure, Galice, Madrid, Murcie et Navarre - les réglementations sur la VFF sont moins axées sur la violence et ses manifestations, car elles suivent généralement la définition nationale de la violence fondée sur le genre établie dans la *loi 1/2004*¹⁵⁴ et la typologie de la violence reproductive est peu présente.

¹⁵³ Consultez le *Plan stratégique IV pour la prévention et l'éradication de la violence faite aux femmes en Aragon*. Accès

¹⁵⁴ Voir la *Loi Organique 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Accès

10. GPA : cartographie et expériences d'action

10.1. Consultation des autorités locales et des organisations et personnes expertes

10.1.1. Caractéristiques des EELL et des organisations participantes

Les données de participation à l'enquête sont très faibles dans les deux cas, étant donné qu'il **n'existe pas** en Espagne d'**organisations expérimentées dans la prise en charge des victimes** de ce type de violence. C'est pourquoi le travail de terrain a été complété par des entretiens semi-structurés (voir annexe 3) et l'analyse de la littérature scientifique sur le sujet a été renforcée.

En ce qui concerne l'**enquête**, une double consultation a été menée sur les actions relatives au GPA et sur l'expérience en matière de prise en charge des femmes victimes de GPA ; d'une part, auprès des entités locales (EELL) et, d'autre part, auprès d'organisations et d'experts.

Sur les 279 **EELL** qui ont répondu au questionnaire, seuls 6 ont déclaré avoir eu connaissance de la GPA dans le cadre de leur travail et seuls 4 EELL ont répondu aux questions sur la maternité de substitution. Seules 3 d'entre elles (municipalités) ont déclaré avoir une certaine expérience de cette forme de VR mais soit elles ne le précisent pas, soit elles font référence à des activités de sensibilisation visant à faire connaître l'existence de ce type de VFF et à sensibiliser la société.

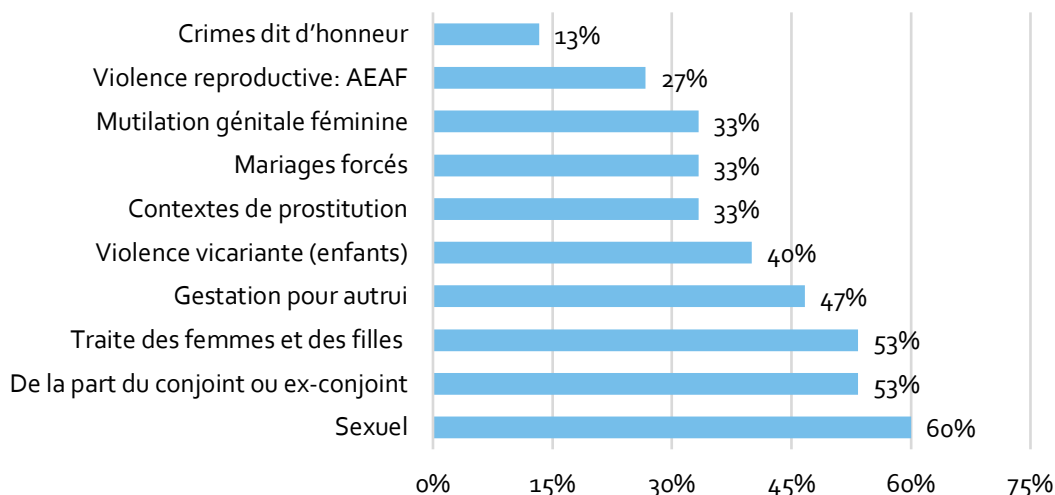
Les EELL participantes considèrent généralement que l'application de l'intersectionnalité est élevée. Et que leur travail avec les principaux groupes de femmes vulnérables concerne les femmes handicapées.

Dans le second cas, la participation de 17 **organisations et experts** issus d'Universités, d'Associations, de Fondations et de Mouvements féministes et de femmes organisés a été obtenue. Ils représentent un large éventail d'*expertise dans les domaines académique, sanitaire, juridique, psychologique et de la diffusion*, entre autres.

Quant aux **organisations expertes consultées**, leur champ territorial est principalement national (85,7% d'entre elles), mais aussi autonome (7,1%), provincial (7,1%) et local (14,3%). 87,5% de ces organisations ont des connaissances spécialisées et/ou une expérience dans la

prise en charge des femmes victimes de VFF sous ses différentes formes (voir graphique), bien que 46,7% indiquent que leurs connaissances en matière de GPA sont surtout théoriques.

Graphique 11. Domaines de connaissance et/ou d'intervention des organisations expertes consultées



Source : Élaboration propre

70% des organisations considèrent que l'application de l'approche intersectionnelle dans leur travail est totale, et 30% assez importante. Quant aux femmes les plus vulnérables présentes dans leurs actions, elles indiquent qu'il s'agit de femmes migrantes/étrangères (environ 80% des organisations), de femmes racialisées (50%) ou réfugiées (40%) ainsi que de jeunes femmes et de mineures (70%).

Le domaine d'expertise des personnes ayant participé à l'enquête était diversifié, les professionnels de la psychologie et les universitaires, diffuseurs et/ou enseignants se détachant légèrement.

10.1.2. Actions dans le domaine de la GPA

Les organisations et les experts consultés et ayant participé à l'enquête ont indiqué qu'étant donné que le GPA est illégal en Espagne, il **n'existe pas de ressources spécialisées dans la prise en charge** de cette forme de violence ou de ses victimes. Ils ont également déclaré ne pas avoir connaissance de l'existence de protocoles de prise en charge, de tableaux de coordination et/ou de suivi institutionnel ou de protocoles pour cette forme de violence promus par d'autres types d'organisations. En tout état de cause, ni les EELL, ni les organisations ou experts consultés ne sont intervenus auprès de femmes victimes de GPA en Espagne.

Si l'accent est mis sur les **victimes potentielles de la traite des êtres humains qui pourraient arriver en Espagne**, le protocole d'intervention à suivre avec elles pourrait être similaire à celui suivi avec les femmes victimes de la traite des êtres humains ou de la prostitution. En outre, il faut tenir compte du fait que les femmes migrantes peuvent présenter certains obstacles dans l'accès aux ressources : ne pas connaître les ressources et les services disponibles dans notre pays ; ne pas savoir où aller pour obtenir de l'aide ; barrières linguistiques ou culturelles ; méfiance à l'égard de l'administration - en particulier les femmes originaires de pays en développement ou de pays à haut niveau de corruption -, entre autres (E8).

Les EELL ne voient aucune particularité dans l'**attention portée aux femmes victimes de la GPA** et soutiennent qu'elle devrait être égale à celle accordée aux autres victimes, dans le sens de l'extension des mêmes droits et ressources.

En général, tous les experts consultés s'accordent sur l'importance d'intégrer le GPA dans les **politiques de coopération internationale au développement**. Selon eux, les pays qui interdisent la GPA sur leur territoire, comme l'Espagne, ont l'**obligation morale et éthique de promouvoir et de financer des programmes de coopération internationale** qui protègent les femmes les plus vulnérables dans les pays où la GPA est pratiquée, en leur fournissant certaines ressources telles que l'éducation ou des ressources matérielles et financières qui leur permettent de se défendre contre l'exploitation de leur corps.

Les actions sur la GPA en Espagne se concentrent, comme cela a déjà été souligné, sur des **actions de sensibilisation** des citoyens. La sensibilisation se fait principalement par l'intermédiaire d'organisations et d'entités féministes. Grâce à elles, des manifestes, des conférences, des formations, des rassemblements, des collectes de signatures et du matériel de diffusion dans la presse et les médias en ligne ont été élaborés.

- Ces actions s'adressent en général aux citoyens, mais en particulier aux personnes qui ont eu recours à la GPA (parents-acheteurs) ou qui envisagent de le faire, ainsi qu'aux administrations publiques.
- Elles sont généralement menées par les organisations qui les conçoivent, mais aussi en coordination avec d'autres organisations féministes en Espagne et à l'étranger, telles que CIAMS, No Somos Vasijas, la Red Estatal contra el Alquiler de Vientres, Stop Vientres de Alquiler, l'Escola AC, etc.

Quelques expériences intéressantes aux niveaux international et national sont présentées ci-dessous.

10.2. Expériences intéressantes

Au niveau international, les organisations suivantes se distinguent par leur travail d'observation, d'étude, de dénonciation et de sensibilisation à la GPA :

La **Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution**¹⁵⁵ -CIAMS- est une association internationale qui promeut les droits des femmes dans une perspective féministe. Son principal objectif est de "contribuer à l'adoption et à la mise en œuvre d'une législation et de politiques publiques favorisant l'abolition de la maternité de substitution aux niveaux national, européen et international"¹⁵⁶.

Elle est composée de nombreuses organisations de différents pays, dont les organisations espagnoles suivantes: Red Estatal contra el Alquiler de Vientres; No Somos Vasijas; Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas; Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres ; Stop Vientres de Alquiler; Federación Mujeres Jóvenes; FAC

Feministas al Congreso ; et Fórum de Política Feminista.

Stop Surrogacy Now¹⁵⁷ est une organisation internationale - associée au Centre for Bioethics and Culture (CBC) - qui rassemble des organisations et des professionnels de différents domaines et horizons qui s'opposent à l'exploitation reproductive des femmes et au trafic d'enfants par le biais de la GPA. En signant la déclaration, les organisations membres expriment leur inquiétude quant aux aspects sociaux, humains, économiques, juridiques et culturels de la maternité de substitution. Dans la *déclaration de Stop Surrogacy Now*¹⁵⁸, elles demandent instamment la collaboration des gouvernements nationaux du monde entier et des dirigeants de la communauté internationale pour mettre fin à la maternité de substitution.

¹⁵⁵ Coalition Internationale pour l'Abolition de la Gestation pour Autrui -CIAMS-. Accès

¹⁵⁶ Statuts du CIAMS. Accès

¹⁵⁷ Stop à la maternité de substitution Accès

¹⁵⁸ Déclaration "Stop Surrogacy Now". Accès

Comme expliqué ci-dessus, il n'a pas été possible d'accéder à des expériences d'intervention auprès des mères porteuses dans le [contexte des EELL en Espagne](#) ; toutefois, quelques exemples de pratiques de sensibilisation et de conscientisation liées à la question et promues par les gouvernements locaux ont été trouvés :

Un exemple d'engagement institutionnel et d'accord local est l'action du **Conseil Municipal des femmes avec le Département de la Protection Sociale du Conseil Municipal de Marín** (Pontevedra). Elles ont organisé une réunion en novembre 2018 à l'occasion de la commémoration du 25N, Journée internationale pour l'élimination de la violence faite aux femmes. En plus d'établir les récompenses pour l'intervention locale contre la violence de genre, ces organismes ont décidé d'exprimer un accord public contre la réglementation de la maternité de substitution¹⁵⁹.

La Mairie de Mérida a collaboré à la conférence-débat¹⁶⁰ "Surrogacy vs. Surrogacy : a critical look" qui s'est tenue en 2015 et qui visait à exposer la position réglementariste par rapport à la position abolitionniste. La Mairie et le Conseil Provincial de Lugo, dans le cadre du programme d'activités "Femmes avec force" pour commémorer le 8M en 2019, ont participé à la présentation publique du livre "*Vientres de Alquiler*" de Nuria

González, qui explore la réalité de la GPA en abordant la situation juridique, la pratique et les conséquences qu'elle a sur les femmes enceintes.

Le Conseil Provincial de Pontevedra, dans le cadre de ses cours en ligne sur l'égalité, propose une formation sur "La maternité de substitution : exploitation reproductive et féminisation de la pauvreté".

Fin 2017, le Conseil Municipal de Séville a organisé le II ième cycle féministe d'automne qui, entre autres activités, comprenait des séances de réflexion¹⁶¹ sur la GPA

¹⁵⁹ Faro de Vigo, 2018. Marín rejette la réglementation sur les mères porteuses et demande l'abolition de la prostitution. Accès

¹⁶⁰ Talk-debate : La GPA contre la maternité de substitution : un point de vue critique. Accès

¹⁶¹ II Cycle féministe d'automne. Accès

Parmi les travaux des **associations féministes et de femmes, on peut citer l'action du Red Estatal Contra el Alquiler de Vientres (RECAV)¹⁶², No Somos Vasijas (Nous ne sommes pas des vaisseaux) et Stop Vientres de Alquiler (Arrêtez les ventres à louer).**

Le RECAV a été fondé par un groupe d'organisations et d'activistes qui se sont réunis pour lutter contre le GPA et défendre les droits collectifs des femmes. Actuellement, le RECAV compte plus de 150 organisations féministes de toute l'Espagne. Il compte en outre trois autres organisations spécialisées dans la dénonciation et la sensibilisation : No Somos Vasijas, Stop Vientres de Alquiler (SVA) et la Red Académica Internacional de Estudios sobre Prostitución y Pornografía (RAIEPP).

Quant à "**No somos vasijas**" (**Nous ne sommes pas des cruches**), il s'agit d'une plateforme créée dans le but d'empêcher d'éventuelles tentatives de réglementation de la GPA en Espagne. **Stop Vientres de Alquiler** est un projet de sensibilisation féministe dont l'objectif principal est de promouvoir la connaissance et de sensibiliser la société à la maternité de substitution en tant que forme de violence à faite aux femmes et pratique contemporaine d'exploitation reproductive et de vente de bébés.

Il existe également des exemples d'initiatives locales d'associations féministes, comme les suivantes. L'**association féministe Marea Violeta Jerez** a organisé en 2019, avec la collaboration de Stop Vientres de Alquiler, la journée de diffusion "Explotación reproductiva y mercado de bebés" (Exploitation reproductive et marché des bébés). L'**Association des femmes pour la santé (AMS)**, en commémoration du 28 mai - Journée internationale d'action pour la santé des femmes - et avec la collaboration de la Mairie de Madrid, a organisé la conférence "Maternités" dans laquelle, entre autres sujets, les questions liées à la violence autour de la maternité ont été abordées et, en particulier, la philosophe féministe Ana de Miguel est intervenue sur "La nouvelle maternité néolibérale : les utérus de location".

¹⁶² Réseau National Contre la Maternité de Substitution (RECAV). Accès

Plusieurs **universités publiques** ont également mené des actions (congrès, conférences et séminaires) sur la GPA qui pourraient être reproduites par les gouvernements locaux :

La conférence organisée par l'**Universidad Nacional de Educación a Distancia** (UNED) en mars 2023, donnée par l'anthropologue Mercedes Fernández-Martorell sous le nom "Encargar humanos" (Commander humains).

Le séminaire permanent que l'**Université Carlos III de Madrid** propose depuis 2020, organisé par le politologue, professeur de Sciences Politiques et féministe Laura Nuño sur "Maternidades S.A. : El negocio de los vientres de alquiler" est une initiative de l'**Université Carlos III de Madrid** qui a pour but d'améliorer la qualité de vie des citoyens.

Ou encore le congrès international "Débats théoriques et juridiques : l'exploitation reproductive et la gestation commerciale" organisé par la **RAIEPP** en 2022, parmi d'autres événements académiques.

11. Violence ou crimes dits d'honneur

11.1. Description du problème et typologies

Les crimes d'honneur (CH) sont un type de violence faite aux femmes (VFF) comprenant un **large continuum de mécanismes de contrôle de gravité variable, dont l'expression la plus extrême est le meurtre (*crime d'honneur*)** (Mayeda, Vijaykumar et Chesney-Lind, 2018). Dans le cadre de l'Union Européenne, elles sont incluses dans la Convention d'Istanbul, qui guide l'action des autorités publiques dans la lutte contre la violence à faite aux femmes (VFF).

Bien que ses victimes soient **principalement des femmes**, car ce sont elles qui sont le plus touchées par la notion d'"honneur", elle affecte également les personnes non binaires, les hommes et les femmes LGBTQ+.

Certaines institutions et certains auteurs considèrent qu'il est plus approprié de parler de "**violence fondée sur l'honneur**" (VFH) (voir Mayeda et Vijaykumar, 2016) ou de "**violence et oppression liées à l'honneur**" (comme le fait l'Agence suédoise pour l'égalité entre les hommes et les femmes). En effet, les **pratiques coercitives sont plus larges** que les exemples les plus extrêmes de pratiques coercitives, qui se concentrent sur la punition pour le rétablissement de l'"honneur". Pour l'instant, la convention d'Istanbul les appelle CH.

Selon l'European Parliamentary Research Service (2015 : 2), la connotation de "crime" est également critiquée parce qu'elle "dissimule la nature préméditée du crime ou met trop l'accent sur l'"honneur", de sorte qu'elle peut, d'une certaine manière, valider le motif du crime" (Welchman et Hossain, 2005). Certaines alternatives proposées par l'EPRS sont le "féminicide" ou les "meurtres de la honte".

L'**atteinte à "l'honneur"** est une notion complexe, centrale dans les sociétés patriarcales, qui renvoie à différentes **valeurs morales, religieuses et culturelles en rapport avec le comportement attendu des membres féminins** d'une famille (nucléaire ou élargie) ou d'une autre communauté ou affiliation religieuse (par exemple, tribu, groupe ethnique, clan, etc.) en fonction des rôles sexo-spécifiques prédominants.

Ainsi, comme le soulignent Mayeda et Vijaykumar (2016:354), "un système familial fondé sur l'honneur repose sur une construction sociale rigide de la compréhension de la féminité et de la masculinité, et dans un tel système, la pureté sexuelle supposée des femmes et des filles est au cœur de la réputation de la famille"¹⁶³

Cela a les conséquences suivantes :

- Le comportement des femmes **affecterait le groupe dans son ensemble**, de sorte que leurs intérêts et leurs besoins seraient subordonnés à ceux de la collectivité, leurs transgressions mettant en péril "l'honneur" du groupe.
- C'est pourquoi les femmes sont soumises à un **contrôle étroit de la part de la famille et de la communauté**, notamment en ce qui concerne leur comportement sexuel (virginité ou fidélité) et leurs attitudes (pudeur, modestie, droiture).
- Le contrôle comprend, **entre autres**, la surveillance des espaces auxquels elles peuvent accéder seules ou accompagnées, leur utilisation et leur emploi du temps, les personnes avec lesquelles elles peuvent interagir, en particulier les hommes, la façon dont elles s'habillent, les activités qu'elles peuvent mener (loisirs, professionnelles ou autres), la priorité des besoins de la famille, etc.
- Elle implique également des **pratiques préjudiciables** telles que les tests de virginité, les mutilations génitales féminines et les mariages forcés, qui sont également considérées comme des VS et des VR.
- Elles doivent être tenus à **l'écart des commentaires**, des rumeurs ou des commérages qui fonctionneraient comme des mécanismes de contrôle patriarcal (Sen, 2005). Dans les contextes migratoires, les rumeurs peuvent atteindre le pays d'origine de la famille, "conduisant à ce qui équivaut à un macro-niveau d'oppression qui traverse les lignes internationales" (Mayeda et Vijaykumar, 2016 : 357).
- Ce contrôle est **exercé à la fois par les hommes et les femmes** ; ensemble, ils créent un contexte d'oppression.

Les comportements ou les situations qui **peuvent constituer un affront à l'honneur sont notamment** les suivants: des attitudes, des vêtements, des choix de carrière non décents, le fait de ne pas être hétérosexuel, d'avoir une identité de genre non binaire ou différente de celle attribuée, d'avoir des relations avec des hommes en dehors de la famille, de signaler des

¹⁶³ Traduction propre de l'original en anglais.

incidents de violence domestique ou de VG, de ne pas suivre les préceptes religieux, de refuser de conclure un mariage arrangé, des litiges concernant la dot, de refuser les mutilations génitales féminines des filles ou le mariage précoce, de demander le divorce, l'adultère, d'avoir des liaisons prénuptiales, de ne pas être vierge ou de tomber enceinte en dehors du mariage. Les victimes de viol peuvent même être considérées comme "responsables" de leur propre violence (Stenger et Jones 2019).

Par conséquent, en cas de perception d'un **risque potentiel ou d'une atteinte à l'"honneur"** (*honte*), une **action corrective** (*sanctions*) est nécessaire, dont le degré de gravité variera en fonction de la famille et du contexte.

Les modes d'expression de la VBH ou de la CH ou de **ses typologies sont variés** :

- les punitions ou sanctions affectives,
- la perte des libertés individuelles,
- des restrictions à la liberté de circulation,
- des restrictions sur les contacts avec les hommes,
- la violence verbale et psychologique,
- l'isolement et l'ostracisme de la communauté,
- L'éloignement correctif ou l'enlèvement vers le pays d'origine ou le pays de référence de la diaspora,
- L'éloignement correctif ou l'enlèvement vers un pays tiers pour y résider avec d'autres membres de la famille,
- être retenu chez soi contre son gré ou être enlevé,
- les violences physiques non mortelles,
- les attaques à l'acide,
- violation de l'obligation de correction,
- l'avortement forcé,
- l'incitation au suicide,
- meurtre.

L'incidence de la VBH ou de la CH semble diminuer dans la mesure où :

- la notion d'"honneur" est transformée en fonction de certains changements socioculturels qui affectent les femmes en particulier (liés au mariage, à la dot et, en général, à la situation sociale des femmes et des personnes non binaires) ;
- la tolérance sociale à l'égard de la violence librement exercée par les membres de la famille diminue (perte de légitimité) ;
- l'État renforce la protection des citoyens en général et des femmes en particulier et améliore l'efficacité du droit civil (l'impunité disparaît) ; et les droits des femmes et des personnes LGBTQ+ sont promus et protégés (l'égalité des sexes progresse).

11.2. Caractéristiques et besoins des victimes

11.2.1. Principaux groupes concernés

Selon Stenger et Jones (2019), dans les communautés sujettes aux VG, la faiblesse de la protection juridique et l'accès inadéquat à l'information sur les victimes rendent souvent les femmes vulnérables.

Bien que les CH soient associées à des géographies éloignées de l'Espagne, il est vrai que la notion d'"honneur" et sa correction ou sa punition sont **présentes dans toutes les cultures**, bien que de manière différente, car le terme peut varier dans ses connotations. Bien que ces crimes aient été principalement associés à l'Islam, ils se produisent également dans les communautés hindoues, sikhes, druzes, chrétiennes et juives (EPRS, 2015).

En Europe, certaines pratiques ont (presque) disparu et d'autres survivent sans être remarquées par la majorité de la société. Par exemple, le viol correctif des femmes lesbiennes ou la thérapie correctrice pour les personnes LGBTQ+ sont des pratiques qui survivent ; d'autres ont perdu leur légitimité, comme les meurtres liés à l'adultère.

En ce sens, il est nécessaire de souligner qu'**en Espagne, le franquisme** de la période dictatoriale a signifié la mise en place d'un ordre symbolique et juridique qui a favorisé l'action contre les femmes au nom de l'"honneur" (Cenarro Lagunas, 2018 ; Noblet, 2021).

Dans ce sens, Noblet (2021:164-165), rappelle que "Le Code Civil et le Code Pénal sont constitués pour établir le crime d'adultère avec un traitement différencié selon le sexe de l'auteur, pour supprimer presque toute condamnation en cas de crime d'honneur contre une fille ou une épouse, et pour punir les femmes qui ont avorté (...). Il est donc

clair qu'après 1939, derrière le père et le mari responsable, se cache plus souvent qu'avant (et moins discrètement) le tout-puissant *pater familias*, garant (et détenteur) de l'honneur collectif (...) Dans les années 1940 et 1950, il s'agit plus d'un "chef de famille" que d'un "père de famille".

La notion d'"honneur" n'est donc pas si éloignée de **nos propres références culturelles**.

Aujourd'hui, les CH font référence à la fois à des *pratiques néfastes* et à des coutumes dérivées de valeurs patriarcales qui, dans leurs expressions les plus notoires, sont **plus répandues dans certaines régions du monde** que dans d'autres ; bien que les mesures soient insuffisantes ou absentes dans de nombreux pays, les données quantitatives doivent être comprises dans une perspective approximative.

Selon les recherches disponibles et les données des agences internationales, la prévalence est plus élevée dans le **sous-continent indien d'Asie, en Afrique du Nord, au Moyen-Orient et parmi les diasporas de ces régions** résidant dans d'autres parties du monde, y compris bien sûr l'Europe et donc l'**Espagne**.

Les diasporas désignent à la fois les **migrants** économiques et l'ensemble de la population qui demande ou bénéficie d'une **protection internationale** en Espagne (voir le point 5.2.2.).

- Le fait que les CH figurent parmi les formes courantes de VFF dans certaines régions **ne signifie pas que l'ensemble de la population autochtone y est exposée ou qu'elle en est l'auteur**.
- La commission de la CH est parfois uniquement liée à l'appartenance à des groupes (parfois minoritaires) dans certaines régions, à des expressions religieuses, à des clans spécifiques, ainsi qu'à des valeurs familiales particulières. En outre, leur pratique peut varier en fonction de leur **origine rurale ou urbaine**.
- Pour toutes ces raisons, il est préférable d'**éviter les généralisations et les stéréotypes** qui peuvent affecter l'ensemble de la population de certaines nationalités, induisant ainsi la **discrimination, le racisme et la xénophobie**. Cela conduit également à l'éloignement des victimes potentielles des ressources de soins.

En ce qui concerne l'**expression de certaines formes spécifiques de violence**, les données suivantes sont connues:

- En ce qui concerne les **MGF**, selon l'UNFPA (2020b), elles ont affecté au moins 200 millions de filles et de femmes et sont pratiquées dans des communautés du monde entier (mais principalement en Afrique subsaharienne et dans les États arabes) :
 - En Afrique : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Djibouti, Égypte, Éthiopie, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie.
 - Asie : Inde, Indonésie, Malaisie, Pakistan et Sri Lanka.
 - Moyen-Orient : Émirats arabes unis, Oman, Yémen, Irak et État de Palestine.
 - Europe de l'Est : Géorgie et Fédération de Russie.
 - Amérique du Sud : Colombie, Panama, Équateur et Pérou.

L'appartenance ethnique est le facteur le plus pertinent pour la prévalence des MGF, au-delà de la classe socio-économique et du niveau d'éducation, bien qu'il y ait des exceptions liées à l'origine urbaine ou rurale de la population (UNFPA, 2020b).

- En ce qui concerne le mariage des enfants ¹⁶⁴, bien qu'il soit pratiqué dans le monde entier, les pays où cette pratique est la plus répandue (bien plus de 50 % de la population enfantine féminine) sont les suivants : le Niger, la République centrafricaine, le Tchad, le Bangladesh et le Burkina Faso. Au niveau mondial, l'Inde, la Chine, le Pakistan, l'Afghanistan et l'Iran sont des pays où la pratique est largement répandue. Les pays à forte prévalence où la pratique a sensiblement diminué sont les suivants: le Bangladesh, l'Éthiopie, l'Inde, l'Indonésie, l'Arménie, l'Esuatini (anciennement Swaziland), les Maldives, le Rwanda et la Tunisie (UNICEF, 2021).

Le nombre d'enfants dans le monde est estimé à 765 millions. Bien qu'il touche à la fois les garçons et les filles, les filles sont plus touchées et les conséquences sont plus graves. Selon l'alliance mondiale Girls Not Brides, 12 millions de filles et d'adolescentes sont mariées avant l'âge de 18 ans chaque année.

¹⁶⁴ Désigne tout type de mariage formel ou d'union informelle dans lequel l'une ou les deux parties sont âgées de moins de 18 ans (UNICEF)

- Il n'est pas toujours possible de différencier clairement les données sur les mariages ou unions forcés d'enfants de celles concernant les **femmes âgées de 18 ans et plus**. Leur ampleur est globale et ne doit pas être assimilée aux mariages arrangés ou aux mariages de complaisance, bien que ces derniers puissent devenir forcés s'ils ne sont pas autorisés à être dissous (voir les différentes relations par exemple dans Naz Ali Kousar, 2023).

Il existe encore peu d'études sur sa prévalence en Europe (voir la recherche promue par la FEMP sur le sujet, 2023). Pour sa part, le réseau Work sur les mariages forcés en Espagne (2023) indique l'importance de sa pratique parmi les communautés et les groupes ethniques de Chine, d'Inde, du Pakistan, de Turquie, d'Iran, d'Afghanistan, du Bangladesh, d'Irak, du Maroc, du Sénégal et de Gambie, entre autres.

- En ce qui concerne les **tests de virginité** (voir chapitre 3), selon la Déclaration pour l'élimination des tests de virginité (OMS, ONU Femmes, HCDH, 2018:7), les pays où cette pratique a été documentée sont les suivants : Afghanistan, Brésil, Égypte, Inde, Indonésie, Iran, Iraq, Jamaïque, Jordanie, Libye, Malawi, Maroc, Territoires palestiniens occupés, Afrique du Sud, Sri Lanka, Swaziland, Turquie, Royaume-Uni, Zimbabwe, Belgique, Canada, Pays-Bas, Suède et Espagne.

En Espagne, elle est **due à la présence de diasporas**, mais elle fait également référence à la **population rom**. Dans notre pays, elle tend à être exacerbée dans la communauté rom espagnole en référence aux examens rituels de virginité dans le cadre des actes de célébration associés au mariage ou au partenariat.

Les experts consultés sur le sujet soulignent que le test de virginité **n'est pas une caractéristique du peuple Gitan**, mais qu'il s'agit d'une pratique "acquise" depuis sa "promotion" à la cour des monarques catholiques, qui voulaient encourager la morale chrétienne chez les femmes. Le peuple rom est diversifié et le test du foulard n'est pas très répandu. En Espagne, il est tombé en désuétude et n'est pratiqué que lorsque la mariée l'accepte librement. Il est certainement associé à la notion patriarcale de "fierté", même si l'on considère aujourd'hui qu'il n'y a pas de possibilité de "deshonneur", puisque si le test est effectué, c'est lorsque la femme le décide et que le résultat n'est pas en contradiction avec les attentes.

- Quant aux "**féminicides ou crimes d'honneur**", leur incidence est sous-estimée car la quantification est généralement très mauvaise. Leur objectif est attaché à l'idée de la restauration de l'"honneur" familial.

La plupart se situeraient au Moyen-Orient et en Asie du Sud. L'OMS a estimé (2012) qu'il y avait environ 5 000 crimes par an dits d'honneur dans le monde. Toutefois, comme le souligne Valcárcel, "ces chiffres pourraient augmenter considérablement si l'on tient compte des cas non signalés et de l'absence de statistiques officielles nationales et internationales" (2020:59).

Compte tenu de tout ce qui précède, **en Espagne** - où il n'existe pas de mesure officielle de la prévalence des CH en tant que telle - on peut estimer qu'il existe **des groupes de femmes susceptibles d'être exposés à un risque plus élevé**. Il s'agit des filles et des femmes issues de la diaspora, pour lesquelles la survie et la prévalence des CH sont plus élevées dans leur pays d'origine. Cela n'exclut pas la population espagnole d'origine, mais la place à un risque plus faible de VFH (mais pas inexistant).

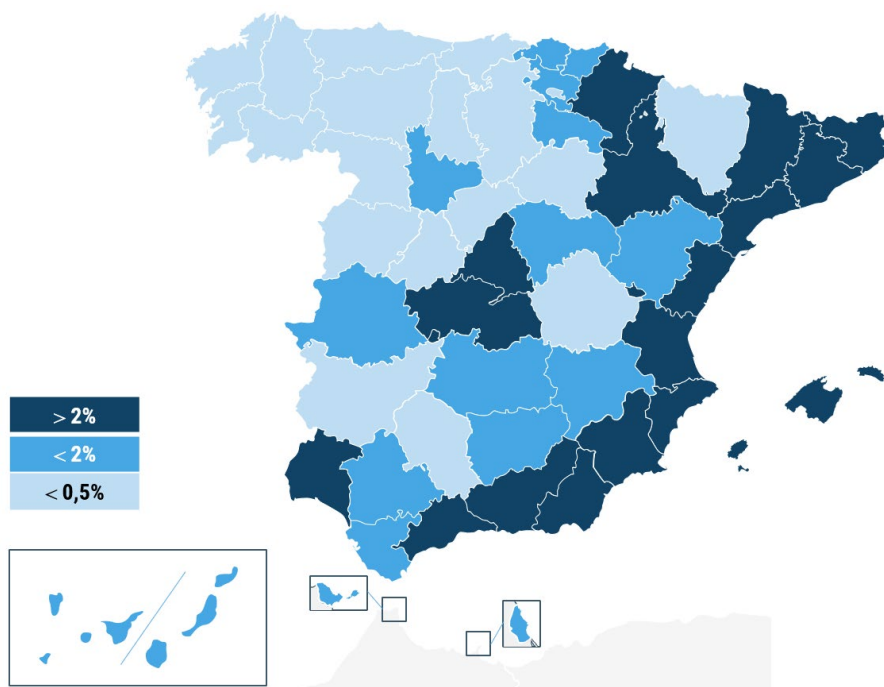
Sur la base de ce fait, et en se concentrant sur la population d'origine immigrée, une **analyse a été faite du recensement de la population féminine par pays de naissance** en Espagne, en évaluant les nationalités les plus nombreuses dans notre pays.

Les critères suivants ont été utilisés :

- La division en provinces a été envisagée parce qu'elle favorise l'action locale sur le phénomène.
- La présence de l'ensemble des nationalités ayant une prévalence de CH a été évaluée par rapport à la population féminine totale enregistrée (%). L'essentiel n'est pas la nationalité, mais le poids de la population féminine à risque.
- Beaucoup de ces nationalités sont très peu présentes en Espagne, c'est pourquoi une approche régionale est plus intéressante pour étudier le phénomène. Ainsi, les origines suivantes ont été prises en considération :
 - Afrique : Gambie, Mali, Maroc, Algérie, Soudan et Soudan du Sud.
 - Asie - Sous-continent indien : Inde, Pakistan et Bangladesh.
 - Moyen-Orient : Égypte, Arabie Saoudite, Émirats Arabes Unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Qatar, Yémen, Syrie et Turquie.
- Afin d'évaluer le **degré de vulnérabilité aux CH**, ce critère a été établi :

- vulnérabilité élevée : si la population dépasse 2 % du nombre total de femmes ;
- vulnérabilité moyenne : lorsque le poids de la population est compris entre 0,5 % et 2 %,
- faible vulnérabilité : lorsque la population féminine est inférieure à 0,5 %.

Illustration 8. Carte de la vulnérabilité potentielle (*) aux banques nationales de crédit en Espagne (par provinces). % de femmes étrangères** par rapport à la population féminine totale.



Préparé par les auteurs. INE (2023) Utilisation statistique du registre de la population.

Notes :

(*) : élevée : 2% - 15% ; moyenne : < 2% ; faible vulnérabilité : < 0,5%.

(**) : Gambie, Mali, Maroc, Algérie, Soudan, Sud-Soudan, Inde, Pakistan, Bangladesh, Turquie, Égypte, Arabie Saoudite, Émirats Arabes Unis, Iraq, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Qatar, Yémen, Syrie.

Du point de vue des CA, c'est en Catalogne, à Madrid, en Andalousie, dans la Communauté Valencienne, aux Baléares et en Navarre que ces populations féminines sont le plus présentes.

Un examen plus détaillé du point de vue de l'origine et de la région nous montre que le poids de la population varie en fonction du continent d'origine et que certains résultats changent. Les illustrations suivantes montrent ces différences.

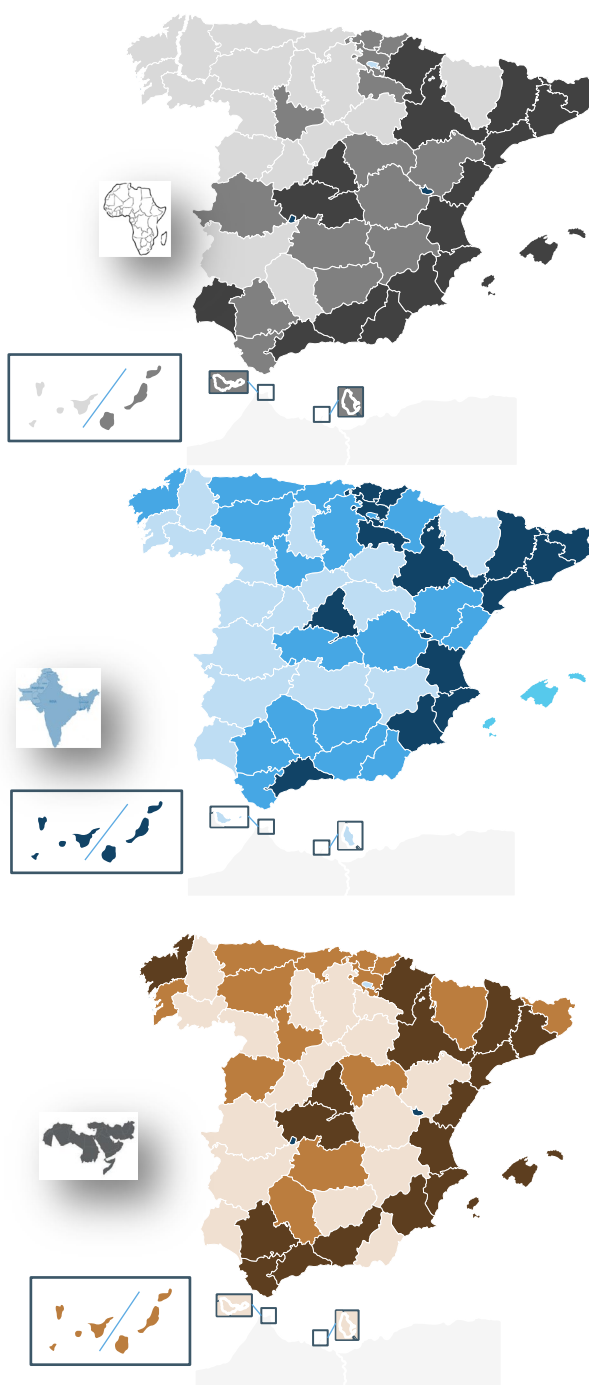
En ce qui concerne l'**origine africaine**, il faut tenir compte de sa présence dans toutes les provinces de Catalogne, de Valence et des Baléares, ainsi qu'à Murcie, Madrid, Malaga, Huelva, Grenade, Almeria, Navarre, Saragosse et Tolède.

En ce qui concerne les femmes d'origine asiatique - en relation avec le subcontinent **indien** (Bangladesh, Inde et Pakistan) - les provinces où il convient d'accorder une plus grande attention à la population féminine seraient : toutes les îles Canaries, les îles Baléares et toutes les provinces de Catalogne et du Pays basque, ainsi que Murcie, Alicante, Valence, Madrid, Malaga, Saragosse et La Rioja.

En ce qui concerne les femmes originaires des pays **du Moyen-Orient**, elles résident dans les provinces de : Barcelone, Tarragone, Lérida, Madrid, Cadix, Malaga, Grenade, Séville, toutes les provinces de la Communauté Valencienne et des îles Baléares, ainsi que Tolède, Murcie, Navarre, Saragosse et La Corogne.

I

Illustration 9. Cartes de la vulnérabilité potentielle (*) aux CH en Espagne, par province et par région d'origine des femmes (Afrique ; sous-continent indien ; Moyen-Orient). % de femmes enregistrées (par pays de naissance**) par rapport à la population féminine totale.



Préparé par les auteurs. INE (2023) Utilisation statistique du registre de la population.

Notes :

(*) : Vulnérabilité élevée : 2 % - 15 % ; Vulnérabilité moyenne : < 2 % ; Vulnérabilité faible : < 0,5 %.

(**) : Gambie, Mali, Maroc, Algérie, Soudan, Sud-Soudan, Inde, Pakistan, Bangladesh, Turquie, Égypte, Arabie Saoudite, Émirats Arabes Unis, Iraq, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Qatar, Yémen, Syrie.

Pour leur part, les **enquêtes et les entretiens avec des experts et des organisations** ont fait référence à certains profils spécifiques de femmes qui se sont adressées à différents services d'aide sociale.

Tout d'abord, il a été fait référence aux **femmes qui demandent une protection internationale** en Espagne.

- En ce sens, les victimes des CH sont des femmes jeunes et d'âge moyen (entre 20 et 45 ans), peu éduquées et ayant de grandes difficultés avec la langue (l'espagnol), généralement avec des mineurs à charge et qui, dans de nombreux cas, sont venues seules en Espagne pour fuir la violence sexiste et demander l'asile en raison de persécutions fondées sur le genre. Elles proviennent principalement d'Afghanistan, d'Iran, du Pakistan, d'anciennes républiques soviétiques (non spécifiées) et de pays d'Afrique subsaharienne et du Maghreb (non déterminés dans les enquêtes), ainsi que du Honduras, du Pérou et de la Colombie.
- Le profil des femmes demandant une **protection internationale** en Espagne et son **lien avec la protection internationale** fondée sur le genre ont été décrits au chapitre 5 (AEAF : les femmes victimes et leurs besoins).

Deuxièmement, les **femmes roms/tsiganes** espagnoles ont été mentionnées, bien qu'il ne s'agisse pas d'une population habituellement prise en compte dans le cadre de la lutte contre la VFH.

Tout au long du travail de terrain, dans les enquêtes et les entretiens, il a été souligné que certaines femmes roms pourraient constituer une population confrontée à des risques comparables à ceux des CH. Il manque des recherches sociales pour pouvoir évaluer la situation chez les Roms, mais aucune organisation internationale n'a assimilé la notion d'"honneur" à cette minorité ethnique.

Cependant, il est intéressant de considérer que les solutions aux expressions de la VG requièrent une attention à certains traits culturels (tels que le poids de la famille et la présence de prescripteurs communautaires pertinents). Étant donné que la population rom est la minorité ethnique majoritaire en Espagne (et dans l'Union Européenne), il convient d'examiner les informations recueillies et d'évaluer les **lacunes qui existent en ce qui concerne les besoins des femmes gitanes** en matière de pression familiale et de VFF.

- Sur la base de l'expérience de certains services sociaux et services de prise en charge de la VG, il a été évalué que certaines femmes tsiganes subissent des contraintes et des menaces de **la part de leur famille directe et élargie par rapport à** certains comportements féminins transgressifs : par rapport à l'attente ou à la recherche d'une solution différente ou en dehors des procédures de résolution des conflits au sein de la famille ou de la communauté.
- En ce qui concerne ces **comportements**, il a été fait référence à la rupture (séparation ou divorce) de la femme pour des raisons *inadmissibles*, à l'infidélité, à la demande de garde des enfants après une séparation non consensuelle, aux rapports de police liés à la VG ou au non-paiement de la pension alimentaire après la séparation ou le divorce d'avec son ex-partenaire et aux rapports de police liés à une agression sexuelle commise par un homme de la communauté.
- Ces victimes **auraient subi** des menaces, des intimidations, des agressions physiques, des viols, des reniements, des isolements sociaux, des pertes de garde (accès à leurs enfants) et des bannissements. Les menaces ont été étendues à leur progéniture (fils et filles) ou à leur famille directe (père, mère, frères et sœurs et autres membres de la famille). Ils ont également été avertis qu'ils étaient responsables de la provocation d'un conflit (grave) entre les familles (*guerre*), avec des conséquences potentiellement désastreuses pour tous les membres de la famille. Toutes ces conséquences (vécues ou redoutées) ont été qualifiées par ces femmes de "ruine" devant les professionnels.
- Ainsi, de nombreuses victimes auraient **changé de décision** face à la plainte, à la rupture ou à l'abandon du partenaire, à la cession de la garde des enfants, à la renonciation à la pension alimentaire, etc. Leurs droits auraient donc été violés.
- Certains informateurs ont également fait allusion au test du foulard comme étant une pratique néfaste.

La perception des professionnels qui ont travaillé sur ces cas de prise en charge est que, dans de telles situations, les **femmes qui transgressaient** les normes en dehors de ce qui était toléré par leur propre famille et/ou celle de leur partenaire **étaient punies**, parce que - dans de tels cas - les valeurs morales défendues par les relations familiales prévalaient sur les droits individuels des femmes. Il s'agit là d'un trait caractéristique de toutes les sociétés patriarcales. Ces professionnels estiment qu'ils ne disposent pas d'**outils** suffisants **pour garantir leurs droits, leur accompagnement et leur soutien, ainsi que leur sécurité.**

Pour leur part, les organisations qui représentent et défendent les droits de la population gitane en Espagne considèrent que l'expression "crimes d'honneur" **ne correspond pas aux pratiques culturelles de leur peuple.**

Dans le même ordre d'idées, la Fundación Secretariado Gitano et la Fédération Nationale des Associations de Femmes Gitanes "Kamira" ont souligné que la référence à l'ethnicité dans les crimes sexistes "nuît à l'image des Gitans en tant que communauté, en perpétuant les préjugés et les stéréotypes"¹⁶⁵.

L'étude de Duque Sánchez, Khalfaoui Larrañaga et Valls Carol (ci-après, Duque Sánchez et al., 2023) *Violence de genre au sein de la population gitane* promue par la DGVG n'a pas pour objectif d'analyser d'autres formes de VFF et le rôle de la famille, mais elle montre néanmoins l'importance des familles au sein de ce type de communauté.

- L'étude susmentionnée se fonde sur la reconnaissance de la diversité du rôle joué par les familles (certaines facilitantes et d'autres perpétuantes), comme c'est le cas pour les femmes non gitanes. Elle ne détermine donc pas qu'il existe un modèle spécifique de réponse familiale à la VG.
- Il est mentionné que "certaines [victimes] disent qu'elles n'ont pas porté plainte par crainte de représailles contre leur famille" (2023:30).
- Nous pensons que cette crainte pourrait également se manifester dans des contextes restreints et/ou ruraux où les familles sont étroitement liées par des mariages et où, en outre, la communauté joue un rôle de gardien des normes sociales et de genre.
- En ce sens, Franco et Guilló soulignent qu'une victime de VG en milieu rural court le risque de ne pas être soutenue et d'être ostracisée lorsqu'elle "n'a pas la légitimité accordée par la communauté pour compter sur de l'aide pour quelque chose qui n'est pas approuvé collectivement" (2012:231)¹⁶⁶ (par rapport, par exemple, à la légitimité de se séparer de l'agresseur mais de ne pas recourir au dépôt d'une plainte auprès de la police).
- Il a été considéré que ces victimes exprimeraient également " l'importance de ne pas impliquer les familles auxquelles elles appartiennent dans les conflits, et en même temps de résoudre les problèmes - y compris expressément une situation de VG - avec

¹⁶⁵ Voir FSG et Kamira (2014). Communiqué conjoint. Document en ligne (accès)

¹⁶⁶ Voir, par exemple : FADEMUR (2020). Femmes victimes de violence sexuelle dans le monde rural. Ministère de l'Égalité - DGVG ; ou Folia Consultores (2010). Violence de genre dans les petites municipalités de l'État Espagnol. Madrid : Ministère de la Santé, de la Politique Sociale et de l'Égalité. DGVG.

la famille (...) Dans la relation avec la famille, il est totalement décisif de *ne pas l'inquiéter, de ne pas la mécontenter, d'éviter de l'embarrasser*" (Guilló Girard, et al., 2010 : 476).

- Duque Sánchez et al. (2023) montrent que les femmes gitanes décident parfois " de ne pas se rendre à la police ou aux institutions qui offrent de l'aide " par crainte " des conséquences d'un recours à la police, soit parce qu'elles ne sont pas sûres du traitement qu'elles recevront, soit en raison des représailles qui s'ensuivront " (2023, p. 33). Il est important de rappeler que les gitans ont été historiquement persécutés et discriminés (et le sont toujours). En outre, le signalement augmente le risque d'agression lorsqu'il n'est pas accompagné d'un déploiement adéquat de mesures de sécurité pour la victime (toute victime, toute violence) adaptées à ses besoins de protection.
- L'étude susmentionnée montre également des cas où la famille et la famille de l'agresseur apportent leur soutien ; l'importance des figures prestigieuses (hommes et femmes plus âgés) qui agissent en tant que médiateurs dans ces cas (2023:31) et celle des pasteurs évangéliques (2023:33) est également mentionnée.
- Conformément à d'autres recherches existantes, le manque d'informations, la méfiance, la peur de ne pas être cru ou comprise et l'absence générale de professionnels gitans sont des facteurs influents qui éloignent les femmes gitanes des institutions d'aide.

Il est nécessaire d'améliorer les connaissances sur les VFF gitanes et leur expérience liées à celles-ci.

11.2.2. Besoins des victimes

Dans une approche fondée sur les droits, et de la même manière que pour les victimes de la VR les besoins des victimes des CH sont les mêmes que ceux **de toute autre victime de la VFF** (voir les points 5.3. et 8.3. du présent rapport).

Il s'agit d'informations, de conseils, de soutien psychosocial, d'accompagnement juridique, de soins résidentiels, de protection de la sécurité, de soins de santé, de soins psychologiques et psychiatriques, de soins spécialisés pour leurs enfants, de liens sociaux ou de réseaux alternatifs à l'environnement de l'agresseur et de réparations.

D'autre part, et comme cela a été souligné pour la VR, les victimes des CH, en fonction de la typologie à laquelle elles sont confrontées, **auront également des besoins plus spécifiques en raison** des caractéristiques de la violence et des profils des groupes de femmes les plus touchés par celle-ci.

Tout au long du travail de terrain, il a été fait référence à des questions telles que les suivantes:

- Accès et réponse rapide à la protection internationale pour des raisons de genre.
- Des services d'**interprétation culturelle** qui vont au-delà de la traduction et de la médiation de services ; qui sont orientés vers le soutien à l'accompagnement social et à la relation avec les services de soins.
- La présence de femmes **professionnelles de leur ethnie ou du même milieu** (mais pas de leur entourage immédiat car cela peut être perçu comme une menace) est jugée nécessaire.
- Des processus d'orientation et d'information qui garantissent l'**anonymat**.
- **Compréhension**: les victimes/survivantes ont besoin de soins spécialisés où la complexité de leurs expériences est comprise avec précision et empathie, au-delà des préjugés culturels.
- Le rôle des réseaux familiaux, les conflits de loyauté, la honte, la lutte interne entre les valeurs et les mandats culturels, le sentiment de trahison de la famille, l'isolement et la solitude.
- Ils doivent également se sentir compris dans les caractéristiques de la communauté de leur quartier ou de leur commune de résidence, et dans les relations qui existent entre celle-ci et les autres localités.
- Une **évaluation** beaucoup plus précise **des risques et des services de sécurité** pour leur protection que ce n'est le cas actuellement. Il est notamment nécessaire d'évaluer des questions telles que :
 - des risques communautaires et des auteurs différents ;
 - protection dans le pays d'origine, à elles, s'il elles y retournent et aux membres de leur famille qui s'y trouvent et ils y sont menacés ;
 - Les pratiques culturelles qui les affectent sont fréquemment diffusées par des canaux internationaux qui atteignent leurs communautés en Espagne, comme le souligne la

CEDEF, il est nécessaire d'adopter des mesures adéquates pour contenir cette diffusion;

- le déménagement forcé avec des membres de la famille dans une autre communauté autonome ;
- le transfert international ou l'enlèvement de victimes ;
- la médiation internationale nécessaire à leur sauvetage et à leur retour en Espagne ;
- les besoins de leurs enfants et les risques auxquels elles sont confrontées ;
- les caractéristiques des situations de crise ou d'urgence.
- Les victimes sont considérées comme ayant des difficultés particulières à accéder au **aides conduisant à l'autonomie économique**, parfois en raison de leur situation administrative et de leur dépendance à l'égard des réseaux familiaux ou des partenaires. La rapidité de la réponse est essentielle.
- Ils ont besoin d'un **réseau social de soutien**, mais... :
- Elles sont confrontées à des **obstacles** plus importants **pour accéder aux groupes de femmes**, parfois en raison de la discrimination (racisme, xénophobie ou anti-gitanisme) de la part des associations locales de femmes dans leurs municipalités.
- Il existe peu de groupes de femmes survivantes qui ont été **persécutées en raison de leur sexe**.
- Il existe peu d'**espaces sûrs pour l'inclusion sociale** (interculturels et sensibles au genre), qui leur permettent de nouer de nouvelles relations (loisirs, sport, culture, etc.).
- **L'accompagnement est de longue durée**, et parfois à vie, car les auteurs sont toujours un risque potentiel et les auteurs sont multiples (parfois dans plusieurs pays). Le processus de rétablissement pour ce type de violence est plus complexe et beaucoup plus lent que pour la VG et les VS.
- La VS et la VR étant présentes dans certaines expressions des CH, il faut garantir aux victimes l'accès aux **recours en matière de DSSR**.
- Les victimes **peuvent éprouver des difficultés à demander de l'aide ou à porter plainte**, principalement en raison d'un manque de connaissance de leurs droits et des services disponibles ; et en ce qui concerne ces dernières, également parce qu'elles n'ont pas encore développé un sentiment de leur propre victimisation, car **le contexte d'oppression qu'elles subissent est fortement normalisé** et sa rupture leur cause un

conflit moral. **Leur accès à la justice** doit être **facilité, car la** plupart de ces crimes ne sont pas souvent signalés, même lorsqu'ils sont portés à connaissance de la police (RSEP, 2015).

"Il faut beaucoup d'écoute et d'interprétation de l'histoire de leur vie, car beaucoup ne sont pas identifiés comme des crimes d'honneur. Il est très important de les écouter pour pouvoir les identifier correctement" (entretien avec un expert).

Il est nécessaire d'améliorer les connaissances sur les besoins des victimes par le biais d'une recherche axée sur les victimes.

11.3. Cadre réglementaire et institutionnel

11.3.1. Contexte international et européen

Les CH s'inscrivent dans le cadre des **droits humains fondamentaux** et de la VFF. Ainsi, il serait fait référence aux instruments standards du Droit International des Nations Unies déjà mentionnés dans d'autres chapitres de l'étude, tels que :

- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948).
- Pacte International Relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels et Pacte relatif aux Droits Civils et Politiques (1966) et l'Observation Générale n° 28 du Comité des Droits de l'Homme qui déclare que "la tradition culturelle ne devrait pas être acceptée comme moyen de défense dans les cas de crimes d'honneur".
- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).
- Convention Relative aux Droits de l'Enfant (1990)
- Conférences internationales sur les femmes (de Mexico 1975 à Pékin 1995), en particulier la plate-forme d'action de Pékin et ses indicateurs, ainsi que les sommets de suivi ultérieurs.
- Déclaration sur l'Élimination de la VFF (1993), qui mentionne explicitement les "crimes d'honneur" comme une forme de VG.
- La déclaration Universelle de l'Unesco sur la diversité culturelle (2001) condamne la violence liée aux pratiques culturelles.

- Résolution 57/179 de l'Assemblée Générale des Nations Unies "Vers l'élimination des crimes d'honneur contre les femmes" (2002), et résolution 58/147 sur "l'élimination de la violence domestique à l'égard des femmes", qui invite les États "à n'invoquer aucune coutume, tradition ou considération religieuse pour se soustraire à leur obligation d'éliminer la VFF" (2003).
- Le rapport 2006 du Secrétaire Général sur l'étude approfondie de toutes les formes de VG (A/61/122/Add.1) a conduit à l'adoption de plusieurs résolutions importantes, dont trois sur "l'intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes" (61/143 en 2007 ; 62/133 en 2008 ; et 65/187 en 2010).
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. CEDAW (1979).

En ce qui concerne la **CEDAW**, en tant qu'instrument de référence mondial pour l'éradication de la VFF sous toutes ses formes, il convient de mentionner certaines de **ses recommandations** qui élargissent la notion de violence, de sorte que les CH commencent à être plus visibles dans l'ensemble des Nations Unies et dans les obligations des États :

- Recommandation générale n° 19 : Violence faite aux femmes (1992).
- Recommandation générale n° 28 sur les obligations fondamentales des États parties en vertu de l'article 2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (2010).
- Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes, mettant à jour la recommandation générale n° 19 (2017).
- Recommandation générale n° 31 du Comité et Observation générale n° 18 du Comité des droits de l'enfant "sur les pratiques préjudiciables", adoptées conjointement en 2014) :
- Elle met en garde contre les **obligations des États** dans certaines formes de violence : les mutilations génitales féminines, les mariages d'enfants ou les mariages forcés, la polygamie et les crimes d'**honneur**.
- Il décrit l'**oppression dont sont victimes les** filles et les croyances machistes qui en sont la cause, et détermine que (c'est nous qui soulignons) :
- "sont des **actes de violence** commis de manière disproportionnée, mais non exclusive, à l'encontre des filles et des femmes parce que les membres de la famille pensent qu'un

certain comportement **préssumé, subjectif ou réel** déshonorer la famille ou la communauté" (paragraphe 29).

- "Plutôt que d'être perçus comme des actes criminels à l'encontre des femmes, les **crimes d'honneur sont souvent tolérés par la communauté comme un moyen de préserver ou de restaurer** l'intégrité de ses normes culturelles, traditionnelles, coutumières ou religieuses après des transgressions présumées. Dans certains contextes, la législation nationale ou son application pratique, ou son absence, permet de **présenter** la défense de l'honneur **comme une circonstance exonératoire ou atténuante** pour les auteurs de ces crimes, ce qui entraîne des peines réduites ou l'impunité. En outre, la constitution de dossiers pénaux peut être entravée par la réticence des personnes ayant connaissance de l'affaire à fournir des preuves corroborantes" (paragraphe 30).
- À la lumière de ce qui précède, il est rappelé l'obligation des États d'agir **avec diligence**, de manière **holistique et coordonnée** (verticalement et horizontalement) entre toutes les institutions publiques, et de promouvoir les **droits des femmes et des filles ainsi que leur autonomisation**.
- En outre, il se concentre également sur:
- "l'obligation de prendre toutes les mesures appropriées, y compris des **mesures temporaires spéciales** (art. 4(1)¹⁶⁷ pour modifier les schémas de comportement socioculturels)" (paragraphe 31).
- "veiller à ce qu'un **mécanisme de contrôle indépendant soit mis en place** pour suivre les progrès accomplis" (paragraphe 35).
- "La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation régulières et complètes de **données quantitatives et qualitatives**" (paragraphe 37).
- Certains professionnels "sont dans une position unique pour identifier les victimes potentielles ou réelles de pratiques préjudiciables (...) [les] règles de confidentialité qui peuvent entrer en conflit avec leur obligation de signalement (...) Cet obstacle doit être surmonté par des réglementations spécifiques introduisant le signalement obligatoire de ces incidents" (paragraphe 49).

¹⁶⁷ Recommandation générale n° 25 du CEDAW sur le droit à l'éducation des femmes, paragraphe 38.

- Travailler avec la communauté pour déconstruire les avantages supposés des pratiques nuisibles et trouver des alternatives à l'expression des valeurs culturelles qui les représentent (paragraphe 59).

En ce qui concerne le cadre de l'UE, la référence clé est bien sûr la Convention du **Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes** (2011), la *Convention d'Istanbul*.

La convention d'Istanbul a été précédée et suivie d'un certain nombre d'**actions institutionnelles** importantes :

- La plate-forme d'action de Stockholm de 2004 pour lutter contre la violence fondée sur l'honneur en Europe, qui a donné lieu à un certain nombre de recommandations aux États membres de l'UE.
- Fonds et divers programmes de financement tels que : Progress, Daphne, Programme pour les droits, l'égalité et la citoyenneté, FSE, FSE+, NextGeneration-EU.
- Les résolutions 1327 (2003) et 1681 (2009), ainsi que la recommandation 1881 (2009), qui traitent des crimes d'honneur. Ces résolutions demandent que des mesures urgentes soient prises et que les lois sur l'immigration soient modifiées pour que la menace de crimes d'honneur devienne un motif suffisant pour obtenir un permis de séjour ou l'asile. Elles appellent également à l'application de lois qui punissent les crimes d'honneur, excluant l'honneur comme circonstance atténuante ou comme moyen de défense dans les procédures pénales (...) (EPRS, 2015).
- La résolution du Parlement Européen de 2011 sur le visage de la pauvreté féminine dans l'UE, dans laquelle il exhorte les États membres à prendre les mesures nécessaires pour éliminer les crimes d'honneur.
- La résolution du Parlement Européen du 5 avril 2011 sur le nouveau cadre de lutte contre la VFF a attiré l'attention sur les déficits existants et a fait spécifiquement référence aux crimes d'honneur, exhortant la Commission à prendre des mesures plus décisives.
- La directive 2012/29/UE du Parlement Européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité, et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil, identifie les "crimes dits d'honneur" comme étant de la VFF (paragraphe 17).

- La résolution de mars 2012 sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'UE - 2011 souligne que le paquet "Victimes" des États membres doit inclure des actions et des ressources pour lutter contre les CH.
- La résolution d'initiative législative du Parlement du 25 février 2014, contenant des recommandations à la Commission sur la lutte contre la VFF, mentionne en particulier les crimes d'honneur.

Quant à la **Convention d'Istanbul**, les crimes au nom de l'"honneur" sont couverts dans son préambule, dans la définition de la VFF (art. 3), dans les obligations générales des États (art. 12. 5. *Les Parties veillent à ce que la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu "honneur" ne soient pas considérés comme justifiant des actes de violence entrant dans le champ d'application de la présente Convention*) et explicitement à l'**article 42** :

Art.42. Justification inacceptable des infractions pénales, y compris des infractions prétendument commises au nom de l'"honneur".

1. Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour s'assurer que, dans les procédures pénales engagées pour la commission d'un acte de violence entrant dans le champ d'application de la présente Convention, la culture, la coutume, la religion, la tradition ou un prétendu "honneur" ne soient pas considérés comme justifiant de tels actes. Cela inclut, en particulier, les allégations selon lesquelles la victime a transgressé les normes ou coutumes culturelles, religieuses, sociales ou traditionnelles relatives à un comportement approprié.

2. Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour faire en sorte que le fait pour toute personne d'encourager un enfant à commettre l'un des actes visés au paragraphe 1 n'atténue pas la responsabilité pénale de cette personne à raison des actes commis.

Le Conseil de l'Europe (Conseil Européen, 2023) a considéré, lors de la rédaction de la Convention d'Istanbul, que les crimes d'honneur sont généralement des infractions qui font depuis longtemps partie du paysage pénal des États Membres du Conseil de l'Europe ", et que la différence réside dans l'**intentionnalité**, " ils sont commis pour poursuivre un objectif autre que l'effet immédiat de l'infraction ou en plus de celui-ci " (le rétablissement de l'" honneur " de la famille). Ainsi, "afin de tenir compte de cet aspect, les rédacteurs de la Convention ont **abandonné l'idée initiale d'introduire une infraction pénale distincte** pour les CH et ont convenus d'interdire toute tentative de justifier un comportement criminel sur la base de la culture, de la coutume, de la religion, de la tradition ou du soi-disant "honneur" ; c'est la raison d'être de l'article 42.

En outre, l'**article 53** de la Convention introduit des ordonnances de restriction et de protection pour toutes les formes de violence, y compris les CH. De même, les victimes des CH bénéficient

de tous les recours et services visés par la Convention sur l'aide aux victimes (voir articles 22 et 24).

Elle souligne également l'importance pour les États de prendre en considération l'**équilibre entre le signalement d'office** et la protection de la population à risque et la **confidentialité nécessaire pour apporter un soutien** à ces victimes (articles 27 et 28), ainsi que l'amélioration de leur protection (article 51) et la garantie du droit à la **protection internationale** pour les victimes (articles 60 et 61).

Les **rapports d'évaluation du GREVIO**, le mécanisme de suivi de la Convention d'Istanbul, ont mis en évidence les défis qui subsistent dans la mise en œuvre de la Convention. Ainsi, les éléments suivants devraient être pris en compte dans le contexte institutionnel actuel :

- Seuls quatre rapports d'évaluation GREVIO, notamment ceux de l'Albanie, de l'Italie, du Portugal et de la Turquie, ont abordé l'article 42 de la convention :
 - apporter des modifications afin de garantir que non seulement l'auteur du crime, mais aussi les membres du conseil de famille qui ont pris la décision de commettre le meurtre, soient inculpés pour ce crime ;
 - appellent au démantèlement du concept selon lequel l'*honneur* et le prestige de l'homme ou de la famille sont intrinsèquement associés à la conduite ou à la conduite présumée des femmes qui leur sont associées ;
 - La formation des professionnels de la justice et le suivi des pratiques judiciaires;
 - ont un impact sur la collecte des données
- L'Espagne ne fait pas partie de ces pays, et les CH ne sont pas non plus mentionnés dans le rapport de la plateforme fantôme au GREVIO 2018.
- Le GREVIO a *fortement* encouragé les parties signataires à intégrer la perspective de l'action sur la CH dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de prévention et de lutte contre la VFF dans les *rapports d'évaluation de base* sur l'Albanie, Andorre, la Belgique, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et la Turquie (2020:48).

Enfin, il convient de noter que l'Assemblée parlementaire du **Conseil de l'Europe** a adopté la **résolution 2395 (2021) Renforcer la lutte contre les crimes dits "d'honneur"**, qui invite les Etats membres du Conseil de l'Europe:

- Elle fait référence à la signature et à la mise en œuvre intégrale de la convention d'Istanbul.

- Elle appelle à l'amélioration et au renforcement de la prise en charge des victimes de s CH et à son financement adéquat.
- Indique l'importance de fournir des soins adéquats aux victimes LGBTI.
- Renforcer les politiques d'asile et de protection internationale.
- Améliorer les activités de sensibilisation.

Malgré le cadre international existant, les **CH ne sont toujours pas punissables dans de nombreux pays** et, lorsqu'elles le sont, les sanctions ont eu tendance - jusqu'à récemment - à être adoucies à tort par l'existence de croyances ou de motifs culturels en tant que circonstances atténuantes. Il en résulte une interprétation patriarcale de la violence et une revictimisation des femmes victimes de violence.

La Fondation SURGIR note que " Plusieurs explications peuvent être données à cette indulgence honteuse : des lois inadaptées, la complicité des juges et des autorités publiques, mais aussi un manque de témoins car les gens se taisent par peur des représailles " (Bernard, 2012:13). Une **action institutionnelle plus énergique** et une compréhension plus approfondie de la complexité dans laquelle s'exprime cette forme de VFF restent nécessaires (Saldaña 2016 ; Szygendowska, 2017).

11.3.2. Cadre réglementaire espagnol

Dans notre pays, le cadre réglementaire actuel se réfère à la Convention d'Istanbul (ratifiée en 2014) ; en outre, presque toutes les manifestations de la VFH (mais pas toutes) sont incluses en tant que crimes dans la **loi organique 10/1995, du 23 novembre, du Code Pénal** et constitueraient des motifs d'octroi d'une protection internationale pour des raisons de genre dans notre pays conformément à la **loi 12/2009, du 30 octobre, réglementant le droit d'asile et la protection subsidiaire.**

Il n'existe pas de notion spécifique de "crime d'honneur" ou de "violence fondée sur l'honneur" dans la législation de notre État. Il serait nécessaire de revoir notre pratique juridique. D'autre part, de nombreuses expressions de la VFH ne sont pas facilement punissables dans notre cadre juridique, par exemple le "cadre d'oppression" subi par les victimes.

Comme indiqué dans le PECVG (2019 ; renouvelé en 2022), "la prise en charge et le rétablissement, avec la reconnaissance des droits spécifiques des femmes victimes de tout acte de violence envisagé dans la Convention d'Istanbul, et non prévu dans la LO 1/2004, seront régis par les lois spécifiques et complètes qui sont émises dans le but d'adapter le besoin

d'intervention et de protection à chaque type de violence". Jusqu'à ce que ce développement réglementaire ait lieu, les autres formes de violence de genre reconnues dans la Convention d'Istanbul recevront un traitement préventif et statistique dans le cadre de la LO 1/2004. De même, la réponse pénale dans ces cas sera régie par les dispositions du code pénal et du droit pénal.

Plusieurs des manifestations de la VFH seraient considérées comme de la "violence familiale", qui est réglementée dans le code pénal espagnol à l'**article 173.2**. D'autres typologies font spécifiquement référence à des délits plus explicites de VFF, tels que le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, la violence à l'égard du partenaire intime fondée sur le genre, la violence reproductive ou la violence sexuelle, qui sont mentionnés, outre le Code Pénal, dans la loi organique 1/2004, du 28 décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la violence de genre et la loi organique 10/2022, du 6 septembre, sur la garantie intégrale de la liberté sexuelle.

Les infractions liées à la VFH **impliqueraient au moins la circonstance aggravante de la parenté et du sexe** (parmi d'autres possibles), qui sont incluses dans le chapitre IV sur les circonstances qui aggravent la responsabilité pénale et le chapitre V sur la circonstance mixte de la parenté du code pénal.

L'introduction de la circonstance aggravante de genre dans notre cadre juridique a eu lieu grâce à la Convention d'Istanbul et est produite par la loi organique 1/2015 du 30 mars, qui modifie le Code Pénal, qui entre autres modifie la 4^e circonstance de l'article **22, qui** considère la circonstance aggravante de genre pour des raisons de discrimination :

"22. 4. commettre le délit de discrimination raciste, antisémite, anti-Roms ou autre, fondée sur l'idéologie, la religion ou les convictions de la victime, l'ethnie, la race ou la nation à laquelle elle appartient, son sexe, son âge, son orientation ou identité sexuelle ou de genre, des raisons de genre, d'aporophobie ou d'exclusion sociale, la maladie dont elle souffre ou son handicap, indépendamment du fait que ces conditions ou circonstances soient effectivement présentes chez la personne qui fait l'objet de l'agissement".

L'**article 23**, relatif à la parenté, stipule que :

"C'est une circonstance qui peut atténuer ou aggraver la responsabilité, selon la nature, les motifs et les effets de l'infraction, que d'être ou d'avoir été le conjoint de l'auteur de l'infraction ou une personne qui est ou a été liée de manière stable par une relation

d'affection analogue, ou d'être un ascendant, un descendant ou un frère ou une sœur par nature ou par adoption de l'auteur de l'infraction ou de son conjoint ou cohabitant".

Outre les lacunes susmentionnées, il est important de noter la difficulté de poursuivre ces crimes lorsqu'ils sont commis à l'étranger.

Pour leur part, le **PECG et l'EEVM 2022-2025** font référence à toutes les formes de VFF et soulignent dans leur diagnostic de l'état de la question l'existence des CH et la préoccupation pour les *féminicides*. De même, leurs actions s'adressent à toutes les formes de violence et à toutes les femmes, mais ne sont manifestement pas spécifiques aux CH, et il manque une stratégie de politique publique spécialisée et concrète.

En ce qui concerne les cadres d'action des **communautés autonomes**, la diversité des réglementations autonomes reflète une présence inégale des phénomènes qui caractérisent les CH. Les mariages forcés et les MGF sont inclus dans de nombreuses législations et plans stratégiques territoriaux, ainsi que d'autres formes d'abus souvent associés à la cause de l'"honneur". De même, toutes les législations se réfèrent à la Convention d'Istanbul et couvrent donc les principaux phénomènes de VFF qui y sont mentionnés, y compris la CH (à l'article 3). Cependant, en ce qui concerne la notion des CH en tant que telle, peu de CA l'utilisent ou se réfèrent largement à ses manifestations. Les principales exceptions sont les suivantes :

- Andalousie, dans la loi 13/2007, du 26 novembre, sur les mesures de prévention et de protection intégrale contre la VG :

Article 3 - Concept, typologie et manifestations de la violence de genre : (...) 4 - Aux fins des dispositions de la présente loi, les manifestations suivantes, entre autres, sont considérées comme des actes de violence de genre : (...) k) La violence découlant de l'application de traditions culturelles qui violent les droits des femmes, telles que les crimes d'honneur, les crimes de dot, les exécutions extrajudiciaires, les exécutions ou les punitions pour adultère ou les viols d'honneur.

- Îles Canaries, dans la loi 16/2003, du 8 avril, sur la prévention et la protection intégrale des femmes contre la VG :

Article 3 : Formes de VG i) Féminicide : homicides ou meurtres commis dans le cadre d'un partenariat intime ou d'un ex-partenariat, ainsi que d'autres crimes révélant que la violence repose sur une discrimination fondée sur le sexe, à savoir, entre autres, les homicides ou meurtres liés à la violence sexuelle ou perpétrés dans le cadre de la prostitution et de la traite

des femmes, ainsi que ceux liés à l'infanticide de filles ou perpétrés pour des raisons d'honneur ou de dot.

- Catalogne, dans la loi 17/2020, du 22 décembre, modifiant la loi 5/2008, sur le droit des femmes à éradiquer la VG :

Art.5, Violence dans la sphère sociale ou communautaire : (...) "g) Les féminicides : les meurtres et homicides de femmes fondés sur le sexe, les incitations au suicide et les suicides résultant de pressions et de violences à l'égard des femmes. (...) j) Les restrictions ou privations de la liberté des femmes, ou de l'accès aux espaces publics ou privés, ou au travail, à la formation, aux activités sportives, religieuses ou de loisirs, ainsi que les restrictions à la libre expression de leur orientation sexuelle ou de l'expression et de l'identité de genre, ou de leur expression esthétique, politique ou religieuse.

- Navarra, dans la Loi Forale 3/2018, du 19 avril, pour la modification de la Loi Forale 14/2015, du 10 avril, pour agir contre la VFF :

Article 3 - Définition et manifestations de la violence à l'égard des femmes (...)2. c) Féminicide : homicides commis dans le cadre d'un partenariat intime ou d'un ex-partenariat, ainsi que d'autres crimes qui révèlent que la base de la violence est une discrimination fondée sur le sexe, à savoir les meurtres liés à la violence sexuelle, les meurtres dans le cadre de la prostitution et de la traite des femmes, les crimes d'honneur, l'infanticide féminin et les décès dus à la dot.

- La Rioja, dans la loi 11/2022, du 20 septembre, contre la VG dans La Rioja :

Formes et manifestations de la violence fondée sur le sexe (...) 1.k) Violence découlant de l'application de traditions culturelles qui violent les droits des femmes et des filles, telles que les crimes d'honneur, les crimes liés à la dot, les exécutions extrajudiciaires, les exécutions ou punitions pour adultère ou viol d'honneur, les tests de virginité ou toute autre pratique culturelle qui porte atteinte à la dignité ou à la vie privée des femmes et des filles.

12. CNH : Expériences pertinentes

12.1. Résultats des enquêtes auprès des EELL et des organisations

12.1.1. L'intervention des autorités locales

Sur les 279 EELL qui ont répondu à l'enquête sur la VR et la CH¹⁶⁸, **100% ont déclaré connaître** - en général - les caractéristiques de la violence connue comme CH, mais seulement 8 municipalités - **2,8% - ont indiqué qu'elles menaient des actions** spécifiques à ce sujet. Dans la réponse des EELL, il y a une différenciation, comme l'indique l'enquête elle-même, entre les mariages forcés, les mutilations génitales féminines et la catégorie générique des CH. Les actions locales sur la VFF (chapitre 7) décrivent les caractéristiques de l'intervention locale sur la VFF en général. 89,2% des personnes interrogées sont membres d'ATENPRO.

Les entités locales qui déclarent mener des actions CH se trouvent dans les provinces de Valence, Tolède, Cuenca, Cáceres, Barcelone, Grenade, Valladolid et Madrid. **Aucune d'entre elles ne fait référence à une approche spécialisée de l'"honneur"**, mais au fait que ses manifestations (agressions, menaces, retour dans le pays d'origine, mariages forcés, etc.) sont connues des équipes locales et que la détection et la prise en charge des victimes font partie des procédures habituelles d'attention à la VFF. Parmi ceux-ci, seuls 3 EELL intègrent ces formes de violence dans le protocole ou les protocoles de coordination institutionnelle existants.

Indépendamment de ce qui précède, les EELL participant à l'enquête **n'incluent pas les CH dans les tableaux locaux de suivi** de la lutte contre la VG.

D'après les réponses obtenues, il **n'existe pas de ressources considérées comme spécialisées** (locales ou supra-locales) -différentes- de celles disponibles pour les VBG ou la violence machiste. C'est vers ces ressources que les femmes, leurs filles et leurs fils sont orientés ou pris en charge.

¹⁶⁸ Les caractéristiques des EELL sont expliquées dans la méthodologie (chapitre 2 ; leur répartition par régions autonomes) et sont également décrites au point 7.1.1. concernant l'AEAF, mais qui est introduit par la description de l'action locale en général.

Les **principaux obstacles perçus par** les EELL, en ce qui concerne l'action avec les victimes, sont les barrières linguistiques, principalement dues au manque de disponibilité des interprètes.

Les défis de la coordination des cas de violence impliquant les CH se concentrent sur la sécurité des victimes, les soins de santé spécialisés et les établissements d'enseignement. En général, l'expérience de la coordination locale est jugée très positive et s'appuie sur les procédures de prise en charge de la VG.

La collecte d'informations dans le cadre de l'enquête n'a permis d'identifier aucune expérience intéressante susceptible de constituer une bonne pratique. Il convient de rappeler que l'étude exclut les mutilations génitales féminines et les mariages forcés (qui font l'objet de nombreuses références), car une enquête parallèle est menée par la FEMP elle-même.

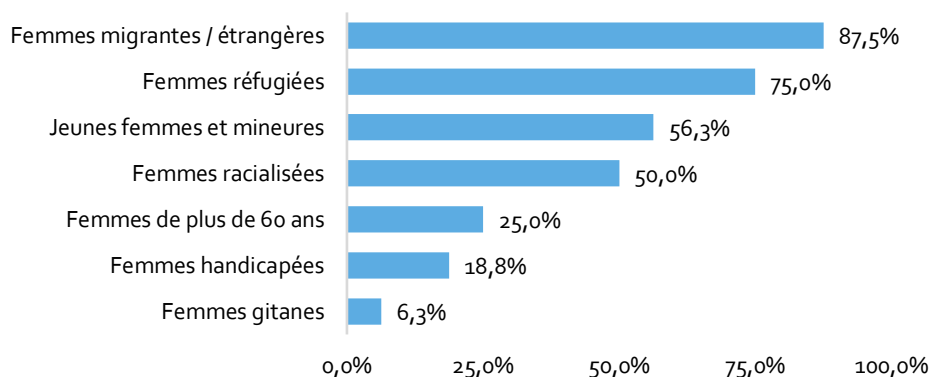
12.1.2. L'intervention d'organisations et d'experts

L'enquête auprès des organisations et des experts - axée exclusivement sur les CH - a obtenu **18 réponses** (d'ONG et d'universités), la plupart provenant de professionnels travaillant avec les femmes dans différents domaines : psychosocial, sanitaire et dans le domaine des droits des femmes d'origine étrangère (mais pas exclusivement). Quelques chercheurs dans le domaine ont également répondu.

Leur travail se situe principalement au **niveau national** (70,6 %) et provincial (23,5 %), et dans une moindre mesure au niveau local (5,9 %) ou régional (5,9 %). Seules deux organisations étaient liées à ATENPRO.

L'expérience de l'intégration de l'approche intersectionnelle du genre est majoritaire : 68,8% considèrent qu'ils l'appliquent totalement et 25% assez souvent. Les groupes de femmes les plus présents dans l'approche dans leur travail actuel sont ceux liés aux différentes diasporas (voir graphique ci-dessous) :

Graphique 12. CH : groupes de femmes les plus vulnérables présents dans le travail des organisations



Red2Red, 2023. Enquête auprès de personnes et d'organisations possédant une expertise sur les CH (N=18)

Sur les 18 organisations, 11 ont de l'expérience en matière de mariages forcés et 8 en matière de mutilations génitales féminines, mais seules **6 organisations** considèrent qu'elles ont de l'expérience en matière de CH (29,4 % du total des réponses). Seules 2 organisations travaillent en relation avec un protocole d'action concernant la violence machiste ou la violence fondée sur le genre.

Ces organisations sont toutes **actives dans le domaine de la protection internationale** (IP) et de l'inclusion sociale des réfugiés et des migrants.

Les expériences recueillies dans le cadre de l'enquête **ne correspondent pas à des projets spécifiques sur les CH**, mais les actions - en ce qui concerne leurs manifestations - font partie de l'attention portée aux personnes qui sont les utilisateurs de leurs entités.

Ces **activités font partie de leurs programmes d'accueil internationaux** et sont menées par des équipes interdisciplinaires :

- Sensibilisation et prise de conscience.
- Conseils juridiques et accompagnement (situation administrative et de propriété intellectuelle).
- Soins psychologiques et soutien émotionnel.
- Promotion des réseaux de soutien et d'autonomisation des femmes.
- Attention à la violence de genre dans ses différentes manifestations.
- Soutien aux processus d'inclusion sociale.

Dans certains cas, il s'agit également d'une recherche sociale

En général, les ressources pour les femmes victimes sont des centres d'hébergement et de soins. En termes de propriété, certaines (la minorité) leur sont propres. En général, il s'agit de ressources résidentielles gérées par le réseau SAPIT. En ce qui concerne la prise en charge des violences, elles disposent de ressources humaines spécialisées et travaillent également en coordination avec le réseau local et régional pour les victimes de violences basées sur le genre (généralement VG et VS), y compris le FCSE.

"Nous avons des centres d'accueil et des appartements partagés pour la phase d'accueil et un accompagnement interdisciplinaire tout au long du processus de demande de protection internationale" (commentaires à l'enquête).

"Nous avons loué des logements spécifiquement destinés aux femmes, fournis par des administrations locales et des entités religieuses (ils font partie des lieux financés par le ministère)".

"Nous proposons des soins individuels et collectifs et nous orientons vers des ressources spécialisées dans la lutte contre la violence de genre" (commentaires à l'enquête).

En plus de ce qui précède, les ONG citent d'autres associations de femmes et des associations représentant certaines diasporas ou nationalités, ainsi que des organisations internationales (telles que l'OIM, l' UNHCR, EUAA, UNICEF, IRCT, entre autres).

L'expérience des organisations d'experts en **matière de coordination** est positive, bien que la coordination avec les services et les institutions pose des problèmes dans le cas des CH principalement :

- l'identification du problème et la prise de conscience de son importance ;
- les mesures de sécurité requises pour les femmes et les enfants ;
- une plus grande attention portée à l'interculturel et à l'égalité des sexes ;
- des ressources humaines mieux formées pour la prévention et la détection ;
- la connaissance de l'environnement culturel des pays d'origine ;
- comprendre les peurs des femmes, la notion de "honte", de "trahison", de "loyauté" ;
- et la rapidité de réaction.

En ce qui concerne la **prévention de la victimisation future** des survivants des CH, on estime que l'action dépend, dans une large mesure, de réponses institutionnelles plus souples :

- Des délais courts pour la résolution des demandes de propriété intellectuelle

- De l'accompagnement dans l'intégration sociale et soutien sanitaire, psychologique et éducatif.
- De l'autonomie économique

En termes de prévention et de sensibilisation, il s'agirait de différencier l'action vers d'autres agents et institutions et vers la société en général. En ce qui concerne la première, l'amélioration de la formation sur cette violence et la formation transversale à l'approche interculturelle et de genre ont été signalées.

En ce qui concerne la sensibilisation de la société **locale**, les organisations interrogées considèrent que les questions suivantes doivent être abordées :

- faire prendre conscience que tous les pays et le monde ne respectent pas les droits des femmes et que les femmes qui transgressent les normes sociales de leur environnement sont souvent punies par différentes pratiques allant de l'isolement aux atteintes à leur intégrité physique ou au viol par des membres de leur famille.
- Questions interculturelles et de genre, types de violence qui font partie de la VG.
- Ne pas la rendre invisible et ne pas la considérer comme quelque chose d'exclusivement lié à la culture ou à la religion.
- Comme nous l'avons dit précédemment, il devrait s'agir d'actions continues, visant à informer et à rendre visible.

Dans les deux cas, les **associations de femmes et les associations féministes** sont considérées comme des facilitateurs et des services de soutien pour les victimes elles-mêmes.

"Ce sont des espaces de loisirs, de mise en réseau, d'intégration, de conciliation, de soutien dans la prise en charge, de référents..." (commentaires à l'enquête).

Comme pour d'autres **associations liées à l'origine**, à l'ethnie ou à la culture des familles des victimes, un travail de sensibilisation aux droits fondamentaux des femmes devrait être effectué au niveau communautaire. À cet égard, il a été indiqué que de nombreuses victimes préfèrent ne pas avoir de contact avec leur diaspora, car elles y voient un risque pour leur sécurité.

"Les femmes qui ont été victimes de crimes ne veulent généralement pas entrer en relation avec des personnes de leur culture ou des membres de leur famille... en raison du risque qu'elles peuvent courir par rapport à leur localisation, aux informations qu'elles peuvent donner à leur environnement social" (commentaires de l'enquête)...

En ce qui concerne les **expériences d'intérêt** développées par certaines organisations, les entités suivantes ont été mises en évidence : Accem, CEAR, CER-Migracions (Université autonome de Barcelone), Amaranta Solidarity Foundation et Wassu Gambia Kafo Foundation.

12.2. Analyse des pratiques internationales consultées

Le premier crime d'honneur reconnu comme tel dans l'UE a été le meurtre de Fadime Sahindal en 2002, qui a également conduit la police suédoise à rouvrir l'affaire du meurtre de son petit ami trois ans plus tôt (EPRS, 2015:6). Des cas ont été signalés en France, en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Belgique, en Italie et au Royaume-Uni (qui n'est plus membre de l'Union). Le Royaume-Uni est considéré comme ayant le plus grand nombre de cas, notamment parce qu'il a considérablement amélioré les mécanismes d'accès à la dénonciation et de mesure de la prévalence au cours des dernières années.

Au sein de l'Union Européenne, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède sont particulièrement reconnus comme des pays où les CH sont une préoccupation publique en ce qui concerne la VFF. Il s'agit de sociétés multiculturelles bien établies et le mouvement des femmes a activement œuvré en faveur de politiques publiques visant à les éradiquer. Le Danemark, la Suisse et les Pays-Bas sont des États où les autorités ont également mis en œuvre des actions d'un grand intérêt, bien qu'ils ne soient pas couverts par cette étude.

L'objectif de cette section n'est pas d'effectuer une recherche comparative, ni de présenter une analyse détaillée de la situation dans ces pays. L'objectif de cette section est plus humble et plus précis. Compte tenu du manque d'informations sur les expériences locales en Espagne - spécialisées - nous avons cherché des exemples de services de soins qui peuvent servir de *modèles* et dont on peut tirer des leçons pour l'action locale. Ainsi, nous décrivons ces pratiques en contextualisant brièvement les différentes approches utilisées.

12.2.1. Expériences de l'Allemagne et du Royaume-Uni

Comme l'explique le chercheur Ercan (2014), l'Allemagne et le Royaume-Uni ont des solutions différentes au même problème. Alors qu'au Royaume-Uni, le débat s'est concentré sur la dimension de genre et est abordé par la VFF, en Allemagne, il a été considéré comme un crime plus spécifique à la culture, avec moins d'attention de la part du féminisme et plus du multiculturalisme.

12.2.1.1. Royaume-Uni

Ces dernières années, le Royaume-Uni a amélioré la **protection juridique** des victimes de pratiques préjudiciables et des CH dans le cadre de l'approche VFF. Ce cadre juridique a récemment été renforcé en 2023¹⁶⁹, en même temps que l'amélioration de l'étude de la prévalence par le biais de **statistiques nationales** sur la VFF (à partir de 2020).

En 2007, l'unité de police spécialisée dans la violence contre les femmes et les filles (*Association of Chief Police Officers Honour Based Violence Working Group*) a été créée avec des unités spéciales ("community safety units"). Le bureau du procureur de l'État dispose d'une stratégie spécifique depuis 2008. Celle-ci comprend des demandes d'extradition pour éviter que des crimes restent impunis si la victime s'enfuit à l'étranger ou est enlevée pour retourner dans son pays d'origine (Fundación SURGIR, 2012) ; il existe un site web institutionnel spécialisé sur le sujet (principalement destiné aux jeunes) et une ligne nationale de soutien et de consultation (par téléphone).

Selon certaines organisations basées au Royaume-Uni qui fournissent des services spécialisés aux victimes/survivantes, les cas identifiés comme CH représentent la partie émergée de l'iceberg étant donné les difficultés de signalement ; en outre, bien que les statistiques se soient améliorées, elles ne prennent pas en compte le grand nombre de femmes et de filles qui sont emmenées à l'étranger et ne reviennent pas au Royaume-Uni.

Depuis 2015, une **Journée Nationale de la Mémoire pour les Femmes Perdues en Grande-Bretagne** (*Day of Memory for Britain's Lost Women*) est célébrée au Royaume-Uni le 14 juillet. Cette date coïncide avec le cas paradigmatique, qui a ouvert le débat social et juridique, de Shafiea Ahmed, née à Bradford et assassinée à Warrington en 2003 par ses parents d'origine pakistanaise. C'est son anniversaire.

Les ressources spécialisées sont gérées et mises en œuvre par des ONG. Il s'agit le plus souvent (surtout pour les pionnières) d'organisations, d'associations ou de fondations, créées par des femmes qui ont une expérience directe de la CH ; elles sont financées par des agences

¹⁶⁹ Voir le Code pour les procureurs de la Couronne (consulté).

gouvernementales, principalement des agences d'État, et d'autres organisations à but non lucratif disposant de plus de ressources.

Parmi les ONG¹⁷⁰ dont le travail peut servir d'exemple de bonne pratique, on peut citer

- **IKWRO** (Organisation des droits des femmes iraniennes et kurdes) : Représente les femmes et les filles risquant d'être victimes de VFH, quelle que soit leur communauté au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Afghanistan. Elles ont participé à la recherche en tant qu'informateurs.
- **Karma Nirvana** : gère le *service national d'assistance téléphonique pour les personnes menacées* par ce type de violence. L'organisation estime qu'actuellement, dans un cas sur cinq, la victime est un homme.
- **Projet Halo** : lancé en 2011 en réponse au besoin de services pour les femmes et les filles noires et appartenant à des minorités ethniques qui sont victimes d'abus et de violences domestiques et sexuelles.
- **Henna foundation** : elle était également une entité reconnue dans ce domaine, soutenant les femmes et les filles musulmanes, mais elle a cessé ses activités à la mi-2022.

Les caractéristiques des pratiques britanniques qui nous intéressent sont brièvement expliquées ci-dessous. Il convient de noter, dans tous les cas, que :

- tous les services sont anonymes et confidentiels,
- sont fournis par des professionnels qualifiés de VFH.
- Il n'y a jamais de médiation avec les familles, mais cela peut varier en fonction de la législation sur le travail avec les enfants de moins de 16 ans, qui dépend des services publics de protection de l'enfance.

Expérience 1 : PROJET HALO

- **ONG** : ([accès](#))
- **Type de service fourni** : il s'agit d'un centre de soutien spécialisé qui fournit des informations, des conseils et une assistance personnalisée aux femmes et aux jeunes

¹⁷⁰ D'autres organisations répertoriées comme ressources spécialisées par la police britannique peuvent être trouvées sur leur site web ([accès](#)).

filles menacées (d'abus sexuels et domestiques, de mariages forcés, de crimes d'honneur, de mutilations génitales féminines), aux survivants et aux professionnels. Les services fournis sont les suivants :

- Recherche d'un abri sûr ou d'un refuge d'urgence et d'un soutien communautaire.
- Programmes de sensibilisation par le biais de Halo-Hubs en partenariat avec des universités.
- Formation des professionnels et conseils aux ONG (avec divers guides et manuels pour soutenir le [lien](#)).
- Examen indépendant des homicides domestiques et soutien aux plaintes collectives auprès de la police.
- Forum de participation pour permettre aux victimes de s'exprimer.
- Défense des intérêts.
- Numéro de téléphone en cas d'urgence.
- **Fonctionnement de la ressource** : Organisme de bienfaisance national enregistré fondé en 2011. Reçoit des fonds du gouvernement. Son personnel est exclusivement composé de femmes. Depuis 2014, elle gère un réseau de Halo-Hubs à travers le pays. Il s'appuie sur une méthodologie de base en six modules pour reconnaître les abus, comprendre leur impact sur les enfants, savoir où chercher de l'aide et se sentir en sécurité. Il est complété par des thérapies visant à réduire le stress et l'anxiété, des cours d'anglais, un soutien financier et un soutien à l'employabilité. Accrédité en 2022 par la norme de qualité nationale "[Women's aid](#)".
- **Critères ou principes d'action** : Donner aux survivants les moyens de briser le cycle des abus et de se remettre de leurs traumatismes. Sensibilisation et éducation des générations futures. Pour une société exempte de violence culturelle (mariages forcés, crimes d'honneur et mutilations génitales féminines) à l'encontre des femmes noires et des femmes appartenant à des minorités.
- **Résultats à souligner** : Ils ont soutenu plus de 3 000 femmes de plus de 49 ethnies différentes en les aidant à passer d'une situation de violence insoutenable à une vie sans abus. Ils ont formé plus de 3 000 professionnels de différents domaines : soins, police, éducation et système judiciaire. Elles ont été à l'origine de la "[super plainte policière](#)" déposée en 2020 par le Centre for Women's Justice (CWJ), qui affirmait que les forces

de l'ordre ne réagissaient pas de manière adéquate aux cas de violence domestique, ce qui est considéré comme étant à l'origine du changement social au Royaume-Uni.

Expérience 2 : IKWRO

- **ONG** : Organisation des droits des femmes iraniennes et kurdes ([accès](#))
- **Type de service fourni** : assistance interdisciplinaire complète. Les ressources comprennent:
- Conseils gratuits, soins psychologiques et défense juridique assurés par des professionnels spécialisés (femmes).
- Ils proposent leurs services en plusieurs langues (kurde, farsi, arabe, dari, pachtou, turc et anglais), sur la base d'une demande d'aide envoyée par courrier électronique. Les professionnels se déplacent sur le lieu où se trouve la victime pour une consultation confidentielle en face à face.
- Ils traitent des cas de mariage forcé, de mariage d'enfants, de captivité conjugale, de MGF, de tests de virginité et d'hyméoplastie, de tribunaux de la charia, etc.
- Shelter : hébergement sûr et spécialisé pour les jeunes femmes et les femmes seules.
- Formation et soutien émotionnel pour les femmes et les jeunes filles afin de les aider à comprendre leurs droits.
- Collaboration avec des organisations éducatives pour les aider à accéder à des cours d'anglais, à l'éducation, à la formation et à l'emploi.
- Conseils et formation pour les professionnels des secteurs public et bénévole afin de mieux comprendre les besoins des victimes, les types d'abus qu'elles subissent et d'apprendre les bonnes pratiques en matière de prévention et de services de soutien.
- Sensibilisation par le biais de campagnes d'amélioration des lois et des politiques pour lutter contre toutes les formes d'abus fondés sur l'"honneur" et d'autres pratiques préjudiciables.
- *True Honour Awards* : Les *True Honour Awards* sont organisés chaque année pour récompenser les personnes et les organisations qui travaillent dans le domaine de la VFF. Ils commémorent les femmes tuées chaque année.
- Ils travaillent en réseau et participent à des tables rondes locales sur la VFF dans le cadre de leurs procédures de coordination et de plaidoyer.

- **Fonctionnement de la ressource** : association caritative enregistrée fondée en 2002. Les bénéficiaires sont des femmes et des filles du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord et d'Afghanistan vivant au Royaume-Uni, qui ont subi ou risquent de subir toutes les formes d'abus fondés sur l'honneur (y compris le mariage forcé, le mariage d'enfants et les mutilations génitales féminines (MGF), ou les abus domestiques).
- **Principes d'action** : droits de l'homme, approche de genre et interculturalité. Travail en réseau. Empathie. Pas de victime sans réponse. Pas de limite au temps alloué aux soins. Mise en réseau et coordination dans les espaces locaux et nationaux.
- Des résultats à souligner : En 2022, ils ont aidé plus de 2 200 femmes et filles. Ils développent des [campagnes de](#) sensibilisation à fort impact communautaire. Le niveau de mise en œuvre dans les communautés à risque est très élevé grâce au bouche-à-oreille, au respect de la confidentialité et à une réponse individualisée permanente dans le temps. La durée moyenne de prise en charge d'une victime est de 4 ans.

Expérience 3 : Karma Nirvana

- **ONG** : ([accès](#))
- **Type de service fourni** : National *Honour Based Abuse Helpline* pour le conseil aux victimes, la formation des professionnels, la sensibilisation, le plaidoyer et la recherche sociale. Principales ressources :
- Sensibiliser le public par des campagnes contre les atteintes à l'honneur (filles, femmes et hommes).
- Soutien aux victimes, responsabilisation et formation par téléphone et par courrier électronique ; conseils juridiques et sociaux et hébergement temporaire. La victime peut appeler ou demander à être appelée.
- Conseils aux autres professionnels qui travaillent sur des cas de CH ou qui y sont confrontés.
- Programme de formation en face à face et virtuelle pour les professionnels de première ligne (police, travailleurs sociaux, enseignants, professionnels de la santé, etc.)
- Production de connaissances : rapports de réflexion ; production de données propres (avec des statistiques trimestrielles à partir de 2019) ; analyse d'autres informations provenant de partenaires externes.

- Campagnes de sensibilisation et de plaidoyer.
- **Fonctionnement de la ressource** : organisation caritative nationale enregistrée et financée par le gouvernement (Ministère de l'Intérieur et Ministère de la Justice), fondée en 1993. Elle est considérée comme la première ONG britannique spécialisée dans la prise en charge des victimes/survivants VFH. Elle s'adresse à la fois aux ressortissants étrangers vivant dans le pays et aux ressortissants britanniques vivant à l'étranger. La ligne d'assistance téléphonique a été lancée en 2008. Elle travaille en réseau avec d'autres ONG telles que la Fondation Esmée et The Henry Smith Charity.
- **Principes d'action** : Travail d'équipe. Écoute active, en garantissant la confidentialité, le respect et l'empathie avec la victime. Réaction en cherchant des solutions en fonction de chaque situation individuelle et en canalisant l'attention au sein de l'équipe ou vers d'autres services externes, y compris les leaders d'opinion.
- **Des résultats à souligner** : Il bénéficie de la reconnaissance du label de qualité "[Helplines Standard](#)". Entre 2022 et 2023, la ligne d'assistance a reçu plus de 120 000 appels (45 % des professionnels), consacrant près de 1 300 heures, et a aidé 2 540 victimes (536 avec une expérience ou une menace de mariage forcé, 210 d'entre elles étant des filles). Entre 2021 et 2022, 6 712 professionnels ont été formés lors de 108 sessions virtuelles.

12.2.1.2. Allemagne

En Allemagne, les CH sont présentées en termes aggravants et sont considérées comme des meurtres, et font l'objet d'une attention particulière dans les réglementations concernant les droits des filles et des adolescents. Certains "Länder" (États fédéraux) sont plus actifs que d'autres dans les politiques de sensibilisation, de prévention et de prise en charge des victimes (Fundación SURGIR 2012).

L'association allemande des femmes juristes rapporte dans les médias publics¹⁷¹ que dans la jurisprudence, les CH sont classés dans un contexte social différent de celui des féminicides causés par la VG et sont punis avec une sévérité différente, car ils sont considérés comme un problème particulièrement lié aux minorités ethniques ou religieuses.

¹⁷¹ Comme dans Deutsche Welle (DW), la chaîne d'information internationale en Allemagne (accès).

Cette considération a ouvert un débat passionné qui s'est étendu aux tribunaux, aux parlements, aux médias et à la sphère publique allemande en général, car certains préconisent que les familles où ces crimes se produisent quittent le pays, ce qui s'inscrit dans le débat sur la politique migratoire et a été diagnostiqué comme un échec du multiculturalisme dans le pays (Ercan, 2015)¹⁷².

Les informations accessibles sur les chiffres relatifs à l'incidence des crimes d'honneur en Allemagne sont très disparates. Une étude réalisée en 2011 par l'Institut Max Planck (¹⁷³) a estimé le nombre de crimes d'honneur en Allemagne à environ 12 par an. Toutefois, les ONG spécialisées considèrent également que ce chiffre est largement sous-estimé.

Il existe également des organisations de base qui développent des services d'aide aux victimes. L'inquiétude concernant les CH s'est intensifiée après que Hatun Sürücü, une jeune Turque kurde de 23 ans, a été assassinée par son frère à Berlin en 2005 parce qu'elle voulait devenir indépendante et s'affranchir des règles familiales en refusant un mariage forcé.

Parmi les organisations qui ont le plus d'expérience en la matière, on peut citer

- **Terre des Femmes (TDF)** : la plus grande organisation de défense des droits des femmes en Allemagne, avec plus de 2000 membres.
- **Papatya** : ONG interculturelle qui conseille et protège les filles et les femmes victimes de crimes d'honneur. Ils ont participé à l'étude en tant qu'informateurs.

Les détails de ces expériences sont donnés ci-dessous.

Expérience 4 : TERRE DES FEMMES

- **ONG** : [\(accès\)](#)
- **Type de service fourni** : ne fonctionne plus comme un centre de conseil mais comme une organisation de sensibilisation aux droits des femmes et des jeunes filles dans le domaine de la VFF, avec une section spécifique sur la VFH.
- Projets de sensibilisation et d'information sur la discrimination, l'exploitation, les abus et la persécution des femmes et des filles. Il s'agit notamment du projet de théâtre scolaire "Mon cœur m'appartient - contre les mariages forcés et précoces" et du projet

¹⁷² Ercan, Selen (2015). Créer et maintenir des preuves du "multiculturalisme falsifié". The case of "Honor Killing" in Germany. *Journal of American Behavioral Scientist*, 59, (6) : 658-678. 15/04/2015 (consulté).

¹⁷³ Kasselt, J. (2011). Les crimes d'honneur en Allemagne. Executive Summary. Max Plank Institute (consulté)

"Semaine blanche" dans les écoles de Berlin pour travailler sur la prévention avec les jeunes et offrir une aide spécifique.

- Sensibilisation, notamment dans les médias
- Recherche et diffusion de statistiques sur les femmes et les filles victimes en Allemagne
- Plaidoyer pour l'amélioration de la législation et des politiques publiques.
- Mise en réseau avec d'autres organisations et soutien à des projets d'entraide pour les victimes.
- **Fonctionnement du service** : ONG allemande à but non lucratif, dont le siège se trouve à Berlin, avec une présence internationale. Depuis sa création en 1981, elle a plus de 40 ans d'expérience en matière de sensibilisation, de campagnes, de relations avec la presse et le public, de mise en réseau et de lobbying aux niveaux national, régional et international. Jusqu'en 2019, elle disposait de son propre centre de conseil, où 200 à 300 femmes et jeunes filles étaient aidées chaque année.

Elle est organisée en groupes de travail. Elle est financée par des dons de particuliers, ainsi que par l'UE et d'autres initiatives soutenues par l'État.

- **Principes d'action** : défense de toutes les violations des droits humains des femmes. Mise en réseau et coordination au niveau local et national. Plaide pour : l'égalité des droits devant la loi, l'autodétermination en matière de sexualité et de décisions de vie, et l'absence de restrictions de rôle et de toute forme de violence.
- **Des résultats à souligner** : Elle associe plus de 2 000 membres. Elle a participé à la préparation des rapports suivants : "Forced marriages in Germany" (2011), qui a recensé 3 443 victimes de mariages forcés en 2008 ; et "Honour killings in Germany 1996-2005" (2011), qui a examiné 78 cas. L'étude a établi qu'en Allemagne, 12 cas par an étaient enregistrés par la justice. En 2022, leur enquête en milieu scolaire a recensé 1 847 cas de VFH.

Expérience 5 : PAPTAYA

- **ONG :** [accès](#)
- **Type de service fourni :** centre de crise avec prise en charge globale en face à face et en ligne par des professionnels experts.
- Fournit un service d'aide d'urgence aux filles et aux femmes (principalement des réfugiées ou des migrantes) dans un lieu sûr (adresse secrète à Berlin ou à l'extérieur) qui sont en danger ou doivent fuir leur famille en raison de : la violence familiale, la menace ou la réalité d'un mariage forcé, des contrôles familiaux stricts (oppression), de la violence sexuelle et d'autres problèmes similaires.
- Ils aident les filles et les jeunes femmes à planifier leur propre vie et à traiter avec leur famille.
- Ils offrent une fenêtre de conseil télématique/présentiel gratuite (SIBEL) en plusieurs langues (allemand, anglais, kurde, arabe, farsi et turc) avec des garanties d'anonymat et de confidentialité.
- Ils conseillent les professionnels et les particuliers qui souhaitent aider les victimes touchées.
- Ils s'intéressent également aux cas des jeunes filles et des femmes détenues à l'étranger afin qu'elles puissent rentrer en Allemagne.
- **Fonctionnement du service :** ONG fondée en 2004. Son financement principal provient de la fédération de Berlin. Le centre de crise Papatya est financé par le département de l'éducation, de la jeunesse et de la famille (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie). Le service de conseil en ligne SIBEL est quant à lui financé par le département de la santé, des soins et de l'égalité (Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), ainsi que par le bureau des affaires sociales de l'État de Brandebourg (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg).
- **Principes d'action :** féminisme, interculturalisme. Les jeunes sont accompagnés 24 heures sur 24 après leur acceptation/entrée dans le centre. Ils travaillent en étroite collaboration avec l'Office de la Jeunesse (Jugendamt), l'Agence pour l'Emploi (Jobcenter) et d'autres institutions publiques. Ils travaillent en réseau avec toutes sortes

d'organisations sociales et féministes à des fins de coordination et de plaidoyer au niveau local et national.

- **Résultats à souligner** : Depuis sa création, l'association a aidé plus de 2 000 filles et jeunes femmes. Entre 2002 et 2019, elle a remporté plusieurs prix et récompenses : le prix de la prévention de Berlin, la Commission Nationale contre la Violence, la Croix du service fédéral allemand (Bundesverdienstkreuz) et la Fondation Lothar-Kreyssig-Peace-Prize du groupe de l'Église protestante de Magdebourg.

12.2.2. Le cas particulier de la Suède

La Suède est l'un des États Membres de l'UE le plus préoccupé par la VFH, depuis les crimes d'honneur de Sara Abed Ali en 1996, de Pela Atroshi en 1999 et de Fadime Sahindal en 2002.

Selon l'Agence suédoise pour la jeunesse et la société civile, en 2009 déjà, environ 70 000 femmes et hommes vivant dans le pays ont déclaré qu'ils subissaient des pressions familiales et risquaient d'être forcés à se marier contre leur gré. Dix ans plus tard, les autorités policières suédoises ont commencé à surveiller spécifiquement les crimes d'honneur et, en novembre 2021, 4 500 crimes présumés avaient été enregistrés.

Bien qu'une **équipe nationale compétente en matière** de crimes d'honneur existe déjà depuis 2005, c'est en 2018, par le biais d'une **charte réglementaire de l'État** et dans le cadre de ses politiques d'égalité entre les femmes et les hommes, que le gouvernement suédois a chargé les administrations provinciales de renforcer le travail de prévention de la violence des hommes à l'égard des femmes, la conception de plans d'action régionaux et la promotion de la coopération entre les acteurs concernés.

Ainsi, le **développement de centres et de services** pour les personnes victimes de violence de la part de membres de leur famille **a grandit, en mettant** l'accent sur les CH, où ces personnes peuvent s'y rendre pour obtenir un soutien, des conseils et une orientation.

Le 1er octobre 2022, le **Centre national contre la violence et l'oppression liées à l'honneur** a été créé pour remplacer l'équipe nationale. Le **développement législatif** dans le pays s'est déroulé en parallèle, et deux étapes récentes peuvent être identifiées :

- À partir du 1er juillet 2020 : les réglementations relatives aux délits de mariage d'enfants et aux interdictions de voyager pour les personnes vulnérables aux abus à l'étranger et pour des raisons d'honneur sont entrées en vigueur et ont servi de base à l'alourdissement des peines.
- À partir du 1er juin 2022 : l'oppression ou les CH dans toutes leurs manifestations est reconnu comme une infraction pénale. Les personnes reconnues coupables peuvent être condamnées à une peine d'emprisonnement de 1 à 6 ans. Par ailleurs, un étranger reconnu coupable d'un crime d'honneur court également le risque d'être expulsé de Suède, en fonction de ses liens avec la société suédoise.
- Les actes criminels susceptibles de constituer une **oppression au nom de l'honneur** se réfèrent aux sanctions prévues au chapitre 4 du code pénal suédois (parmi les crimes

contre la liberté et la paix), et peuvent inclure l'agression, les menaces illégales, le harcèlement sexuel et les dommages criminels, ainsi que la violation d'ordonnances restrictives.

- Quiconque a soumis une personne à des agressions, des menaces ou des mauvais traitements peut être condamné à des peines plus sévères (que celles prévues par le code pénal) si le crime est motivé par l'honneur.
- Dans les cas de crimes plus graves tels que le meurtre, le viol ou les mutilations génitales féminines, il n'est pas prévu de les traiter sous la rubrique des crimes d'honneur, mais de les traiter séparément en tant que crimes graves contre l'intégrité des femmes.
- Pour que les tribunaux augmentent la peine pour une infraction, il suffit que l'un des motifs de l'infraction soit l'honneur. Il n'est donc pas nécessaire que la préservation ou la restauration de l'honneur ait été le motif unique ou principal de l'infraction.
- L'une des différences entre la circonstance aggravante et le nouveau délit d'oppression fondée sur l'honneur est que la réglementation du nouveau délit permet à la police et aux procureurs d'enquêter plus efficacement sur les affaires dans lesquelles l'honneur a été un motif. Cette spécification garantit que la question de savoir si le crime a été motivé par l'honneur est prise en compte tout au long de l'enquête et qu'elle est documentée.

Expérience 6 : Centre national contre la violence et l'oppression liées à l'honneur

- **Entité** : Le Centre national contre la violence et l'oppression liées à l'honneur ([Hedersförtryck](#) en suédois) est la principale structure publique de soins dans le pays. Son activité se décline en divisions provinciales ou en conseils administratifs de comté ([accès](#)).
- **Type de service fourni** : il existe différentes lignes de travail, certaines destinées aux administrations et d'autres aux citoyens, telles que:
- Coordination des agences et services publics (tels que les services sociaux, les services éducatifs, la police, les impôts et les soins de santé), afin de détecter les signes de vulnérabilité chez les victimes potentielles, les risques éventuels et les signaux d'alerte pour les crimes d'honneur dans ces domaines et de se conformer aux nouvelles réglementations.

- Soutien aux municipalités et aux régions par le suivi et l'évaluation de leurs actions dans ce domaine.
- Helpline ou ligne d'assistance pour les professionnels de l'aide aux citoyens et les bénévoles en recevant des appels téléphoniques de tout le pays.
- Des conseils supplémentaires sur les difficultés rencontrées par ces professionnels pour apporter un soutien et une protection aux personnes vulnérables.
- Matériel d'information et campagnes sur la protection juridique des victimes dans différentes langues.
- Production de statistiques trimestrielles sur l'utilisation du service d'assistance téléphonique.
- Compilation et diffusion des connaissances sur les crimes d'honneur par le biais de la recherche et de l'expérience acquise (par exemple, guides et rapports).
- **Critères ou principes d'action** : sa mission est de soutenir et de contribuer à un travail stratégique, préventif et fondé sur la connaissance contre la violence et l'oppression liées à l'honneur aux niveaux national, régional et local.

Une partie des recherches et des actions de suivi sont menées en réseau avec d'autres autorités publiques (l'Agence des victimes de la criminalité, le Conseil National de la Santé et du bien-être, l'Agence de la police et le Ministère Public) et des universités, et, à plus long terme, avec des ONG locales.

- **Fonctionnement** : Créée en 2005, la coordination inter-régionale a été mandatée par le gouvernement suédois en 2020 et s'appuie principalement sur le service d'appel (qui existait déjà depuis 2014). En 2021 et 2022, le Centre a coordonné une mission conjointe des autorités d'information et d'orientation sur le terrain. Cette mission est devenue permanente.

Le financement est organisé à partir de l'allocation de fonds excédentaires provenant des conseils administratifs de chaque comté et complété par un financement supplémentaire du gouvernement suédois (la charte de régulation passe d'ici 2023 de 10 millions de SEK à 15 millions de SEK de budget de l'État).

- **Résultats** : Depuis 2022, 21 comtés ont été en mesure de fournir des données spécifiques. La mission institutionnelle conjointe coordonnée par le Centre National a généré :
- Des informations destinées à près de 600 000 victimes potentielles et à près de 750 000 professionnels. La majorité des appels à la ligne d'assistance proviennent de professionnels des services sociaux. Viennent ensuite les appels du personnel éducatif (écoles et collèges).
- Augmentation très significative du nombre de visites sur le site web www.hedersfortryck.se et sur les médias sociaux où des informations sont diffusées, y compris un guide d'orientation pour les praticiens.
- Une enquête pionnière sur les mariages forcés et les enlèvements dans le contexte des CH a été menée en 2019. Des cas de personnes enlevées ont été constatés dans 43 des 192 communes enquêtées. Au total, 199 personnes concernées ont été identifiées (dont 86% de mineurs).
- L'année 2022 a vu la [publication](#) de la recherche de l'équipe nationale "To make the invisible visible. Une analyse socio-économique de la violence et de l'oppression liées à l'honneur" a été publiée. Elle propose des procédures de prise en charge globale, de détection et d'action.
- En 2023, elle a [publié](#) le "Rapport final de la mission d'information et d'orientation sur la lutte contre les crimes d'honneur", divisé en deux parties. D'une part, une nouvelle législation et une protection juridique contre la violence et l'oppression liées à l'honneur. D'autre part, un guide destiné au personnel des services sociaux, des soins de santé, du système scolaire et de la police afin de prévenir et de répondre à la VFH.

Certaines des **caractéristiques de cette ressource nationale** en matière de soins sont examinées plus en détail ci-dessous.

Le NCH est géographiquement situé dans le comté d'Östergötland, et c'est à partir de là qu'un **groupe opérationnel de pilotage au niveau de la gestion nationale** coordonne l'activité en réseau des autres centres de ressources provinciaux, bien que ceux-ci aient été progressivement incorporés. Les premiers comtés qui ont commencé à fonctionner avec le soutien financier du gouvernement suédois ont été appelés "comtés pilotes", suivis par "les nouveaux comtés" et ceux qui viennent d'adhérer en juin 2023 sont appelés "comtés du groupe 3".

Depuis 2014, une **ligne d'assistance téléphonique a été mise en place au NCH**, avec une équipe multidisciplinaire dotée d'une expertise et de connaissances de pointe en matière de VFH, qui peut s'adresser à différents profils professionnels pour une prise en charge plus spécialisée (tels que des officiers de police, des sociologues et des chercheurs).

Les appels proviennent de personnes exposées à des violations des droits de l'homme, principalement des filles et des jeunes femmes exposées à différents types de violence, de chantage, de viol, de contrainte et de contrôle, victimes de divers auteurs (généralement des parents, des frères ou d'autres membres de la famille) dans un environnement familial qui soutient ces comportements ou les autorise en faisant valoir des valeurs collectives sur des concepts tels que l'honneur, le déshonneur ou la honte, et à partir duquel ils contrôlent les comportements, les corps et la sexualité des femmes de leur communauté.

Le NCH apporte également un **soutien méthodologique** et répond principalement aux nombreuses questions des professionnels des services sociaux ou de l'éducation.

Dans ces cas, ils sont guidés sur la manière d'évaluer les menaces ou les risques, d'intervenir et de prendre en charge les victimes et de les reloger si nécessaire.

Une partie de ses activités se concentre sur la **production de données et de connaissances**.

Le NCH produit des statistiques trimestrielles¹⁷⁴ et publie des rapports d'activité annuels, compilant également ce que font les autres services dans les comtés en leur fournissant une méthodologie commune d'enregistrement et de suivi. En tant que centre spécialisé, il est décrit plus en détail à la fin de cette section.

A côté du Centre National et de la structure des centres de ressources dépendants, il existe d'**autres autorités publiques** dont l'activité contribue également à la prévention ou à la réponse à la VBG. Entre 2021 et 2022, elles ont toutes formé un partenariat institutionnel au sein de la **Mission commune d'information et d'orientation en matière de lutte contre les crimes d'honneur**¹⁷⁵. Il s'agit de :

- **L'Agence pour les victimes de la criminalité** ([Brottsoffermyndigheten](#)). Elle est rattachée au Ministère de la Justice et a quatre domaines d'activité : l'indemnisation

¹⁷⁴ Les statistiques les plus récentes concernent le trimestre mars-juin 2023 et se réfèrent à des indicateurs tels que : les types d'appels, le nombre moyen de personnes vulnérables par cas, les cas traités par mois, la répartition par sexe, le type de violence auquel elles ont été exposées, le profil de l'agresseur, le profil de l'appelant et les cas par comté (accès).

¹⁷⁵ Conseil d'Administration du Comté d'Östergötland (2023). Rapport final de la mission conjointe de l'autorité sur l'information et l'orientation dans la lutte contre les crimes d'honneur (accès).

des dommages pénaux (elle décide et verse des indemnités contribuant à la réparation du dommage) ; la réclamation auprès des auteurs afin qu'ils assument la responsabilité du dommage causé ; la mise à disposition d'un fonds pour le financement de projets visant à améliorer la connaissance du problème, le traitement des victimes et le soutien aux témoins (le fonds est alimenté par diverses contributions, mais surtout par une taxe spéciale payée par les auteurs) ; et le Centre d'information-diffusion des résultats de la recherche et des événements pour le transfert de connaissances dans le domaine, avec des dotations gouvernementales spéciales.

- Le **Conseil National de la Santé et de la Protection Sociale** dispose d'un comité de protection sociale qui, dans le cas spécifique des CH, peut demander l'interdiction de voyager à l'étranger pour les filles afin d'éviter qu'elles ne soient soumises par leurs proches à des MGF ou à des mariages forcés, demandes qui sont soumises à un tribunal administratif et qui, même dans certains cas urgents, peuvent prendre la forme d'une ordonnance d'interdiction temporaire.
- L'**agence de police et le bureau du procureur**, dont la mission est de protéger le public et d'appliquer la législation pertinente.
- L'**Agence nationale suédoise pour l'éducation en tant qu'agence de coopération**.
- L'**unité des affaires consulaires et juridiques civiles** du Ministère des Affaires Étrangères, qui a un rôle consultatif.

13. Conclusions

Cette recherche a été développée dans le cadre d'une **approche exploratoire par triangulation méthodologique**. Outre une analyse des sources secondaires, cinq enquêtes ont été menées auprès de 288 entités locales (EELL) et 108 organisations spécialisées dans la lutte contre la VFF ou dans la prise en charge des groupes vulnérables dans toute l'Espagne et dans certains pays d'Europe. Des entretiens ont également été réalisés avec la participation de **25 informateurs experts** et **13 pratiques d'intérêt** pour le niveau local ont été décrites.

Le résultat des travaux montre une réalité accablante sur laquelle il est nécessaire d'améliorer la connaissance et la production de données, ainsi que la prise en charge globale de ces victimes *d'autres formes de VFF*.

La violence à l'égard des femmes (VFF) est un problème social, politique, économique et de santé publique (ONU, 2006). Cependant, toutes les formes de VFF ne sont pas visibles de la même manière pour la société, ni pour les femmes qui en sont victimes, étant donné leur degré élevé de normalisation dans leur vie. C'est ce que l'on a constaté :

- Le présent rapport suggère d'accorder une attention particulière aux **six manifestations suivantes de la violence liée au sexe** : 1. le manque d'attention à la santé sexuelle et reproductive ; 2. les obstacles ou l'interdiction de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ; 3. les violences gynécologiques et obstétricales lors de l'accouchement ; 4. les pratiques préjudiciables (par exemple, le mariage d'enfants, le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, l'inspection de la virginité) ; 5. la maternité de substitution ou la gestation pour autrui ; et 6. la contraception forcée, l'avortement et/ou la stérilisation pour le contrôle des menstruations et/ou l'entrave au libre exercice de la maternité. La recherche s'est concentrée uniquement sur les deux dernières typologies et a exploré certaines pratiques préjudiciables en relation avec la CH. Cependant, toutes ces pratiques trouvent leur cadre de compréhension dans la notion de DSRR et de VG.
- L'avortement forcé, la stérilisation forcée, la contraception forcée et la maternité de substitution sont des formes de violence à l'encontre des femmes qui portent atteinte à leur capacité et à leurs droits en matière de procréation. Cette violence reproductive (VR) est l'une des moins connues de la société.

- La santé et les droits sexuels et reproductifs (DSSR) des femmes sont encore **très peu présents dans les agendas publics**, même dans ceux de la santé et de l'égalité des sexes. Leur prise en compte est pourtant essentielle pour garantir le bien-être de la moitié de la population et pour détecter les nombreuses formes de violence dont les femmes et les filles sont encore victimes.
- La violence liée au sexe a **une spécificité propre** et est exercée par différents acteurs sous diverses formes : par des couples, par des familles, par des institutions et des professionnels, mais aussi par des réseaux criminels et d'autres acteurs commerciaux.
- **La violence fondée sur l'honneur (VFH)** ou les crimes d'honneur sont liés à d'autres formes de violence telles que la VS et la VR, mais leur spécificité même fait que les victimes sont confrontées à un contexte d'oppression permanente qui s'accompagne de pratiques néfastes et de violences plus ou moins graves, jusqu'à son expression la plus extrême : le fémicide.

D'autre part, la recherche a montré que la dimension reproductive est une **expression du préjudice causé par d'autres types de VFF**.

- La VR est concomitant à la violence sexuelle, à la violence dans les relations entre partenaires ou ex-partenaires intimes et aux CH, entre autres. Ils sont profondément liés entre eux. Par conséquent, **la détection de l'une d'entre elles devrait conduire à émettre l'hypothèse de la présence des deux formes de VR et de VFH**.

Comme l'ont souligné les Nations Unies il y a près de vingt ans, "la violence masculine à l'égard des femmes est générée par des attitudes socioculturelles et des cultures de la violence dans toutes les parties du monde, et en particulier par des normes concernant le contrôle de la reproduction et de la sexualité des femmes" (Nations unies, 2006:27 ; paragraphe 57).

- L'AEAF englobe des pratiques qui vont au-delà de la violation du droit à la maternité et impliquent **l'assujettissement des femmes**.
- Dans le cadre de l'avortement forcé, sa relation avec **l'avortement sélectif en tant que pratique de sélection du sexe en Espagne** a été étudiée. Les données disponibles indiquent un phénomène de discrimination qui se produit dans notre pays et auquel il convient de prêter attention. En particulier à Ceuta et dans les provinces de Cuenca, Badajoz, Valence, Burgos, Cadix, Ségovie, Malaga, Asturies, Huesca et Biscaye, qui

comptent plus de 109 garçons pour 100 filles, ce qui est un indicateur de l'asymétrie de la population.

Toutes les femmes peuvent être victimes de VR, mais certains groupes sont confrontés à des situations qui les rendent beaucoup plus vulnérables. En général, les groupes de femmes qui ont des croyances discriminatoires, eugéniques et habilitantes risquent d'être victimes de l'excision.

- Les femmes handicapées, en particulier les femmes souffrant de handicaps multiples et de paralysie cérébrale, sont les plus touchées.
- Les femmes gitanes et les femmes appartenant à des minorités ethniques, ainsi que les femmes migrantes en transit dangereux ou menacées d'exclusion sociale, les femmes à la recherche d'une protection internationale et les femmes de certaines diasporas.
- À leurs côtés, on trouve des femmes en situation d'enfermement ou d'isolement (prison, centres d'internement pour étrangers, cliniques ou hôpitaux), des femmes souffrant de maladies mentales, du VIH et d'autres pathologies, et des personnes transgenres qui peuvent subir une stérilisation préalable à leur réassignation.
- Les victimes de VG, de VS, de l'exploitation sexuelle et de l'exploitation par le travail sont bien entendu confrontées aux conséquences de cette violence. Dans de nombreux cas, comme dans celui des femmes handicapées, la stérilisation masque les abus sexuels dont elles sont victimes.

Les besoins des victimes de la VR sont les mêmes que ceux de tous les autres types de VFF et la violation de leurs droits signifie que leurs besoins de réparation nécessitent les mêmes services de soins ; toutefois, les services de santé sexuelle et reproductive (gynécologie, obstétrique, sexologie) jouent un rôle central dans le rétablissement global des femmes.

Les femmes confrontées à la VFH ont les mêmes besoins, en plus de la confidentialité, de la compréhension culturelle et de la protection. La notion de sécurité transcende les formes actuellement disponibles. Pour réparer les dommages et garantir les droits des victimes de la CH, il est nécessaire d'améliorer les indicateurs de détection, d'étudier, de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies de protection, d'intégrer la dimension internationale dans l'action en faveur des victimes et de lutter de manière transversale contre le racisme et la xénophobie. De même, l'articulation des politiques de lutte contre la VFF devrait renforcer leur

coordination avec les politiques de protection internationale et d'inclusion sociale des populations migrantes.

Le profil des principales femmes touchées par la VR et le VFH implique - inévitablement - de **garantir l'accessibilité universelle et culturelle** des femmes à toutes les ressources et de travailler à partir d'une **approche intersectionnelle du genre**.

- En ce sens, il est très important de **déshomogénéiser** le groupe des femmes handicapées et d'aborder de manière spécifique les différents handicaps, qui ont des exigences différentes.
- Il en va de même pour les femmes **migrantes et leurs descendants**. Il est nécessaire de souligner que les processus d'accueil ou de soutien dont elles ont besoin sont différents selon la manière dont elles sont entrées dans le pays et surtout selon le type de violence qu'elles subissent. Par exemple, les victimes de pratiques préjudiciables ou d'avortements forcés dus à la sélection prénatale du sexe n'ont généralement pas de soutien familial (une situation à laquelle les victimes du GPA peuvent également être confrontées) ; celles qui arrivent en Espagne dans le cadre du regroupement familial ont peur de dénoncer leur partenaire au cas où elles seraient expulsées vers leur pays (elles ne connaissent pas le droit qui les protège) ; il en va de même pour les défenseuses des droits humains qui doivent faire face à des auteurs multiples parmi les membres de leur famille.
- En général, il s'agit de groupes de femmes qui se caractérisent par l'absence de réseaux de soutien affectif et de ressources, l'ignorance des droits fondamentaux des femmes en Espagne, la violence et le manque de protection de la part des fonctionnaires et des forces de sécurité dans leur pays d'origine ou dans les pays de transit, ou les deux à la fois. Ceci s'applique également aux expériences des femmes gitanes.

Le cadre institutionnel de la lutte contre la violence liée au sexe doit être développé et précisé en Espagne. Il est insuffisant. Quant à celui de la VR, il s'agit d'un cadre qui défend la santé et les droits sexuels et reproductifs comme faisant partie des droits fondamentaux (à la santé, à l'information, à la liberté, à la sécurité, à l'égalité et à la non-discrimination, entre autres) et d'une vie sans violence pour toutes les femmes.

- Les DSRR sont explicitement énoncés dans la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) et font l'objet de nombreuses recommandations

et commentaires dans d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment la recommandation générale n° 35 de la CEDAW *sur la violence à l'égard des femmes, ainsi que le cadre relatif aux droits des personnes handicapées et en particulier des femmes handicapées (CRPD) et les droits de l'enfant.*

- Dans le contexte européen, l'article 39 de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011), connue sous le nom de Convention d'Istanbul, fait référence à l'avortement et à la stérilisation forcés.
- L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a condamné la sélection prénatale du sexe comme un phénomène qui renforce la VFF, et le Parlement Européen considère qu'il s'agit d'un *génocide* et d'une violation des droits fondamentaux.
- De même, différentes résolutions du Parlement européen ont montré leur préoccupation pour la situation de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des femmes handicapées, en faisant explicitement référence à l'éradication de cette violence.
- La proposition de Directive Européenne relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la VG, qui devrait être adoptée prochainement, fait également référence à l'éradication de l'avortement et de la stérilisation forcés. Elle appelle également à une amélioration de l'action en matière de VFF ou de CH.
- L'examen normatif relatif à la GPA est particulièrement caractérisé par l'absence de consensus international. À cet égard, l'absence de reconnaissance normative internationale de cette pratique en tant que forme de VR est notée.

Tout cela a été inclus dans **notre cadre national**, principalement par la ratification de la Convention d'Istanbul en 2014.

- L'élaboration de réglementations plus récentes a accordé une plus grande attention à la VR . Ainsi, nous avons LOSSRIVE (art.2 et art.31) et la loi organique 1/2023, du 28 février, qui modifie la loi organique 2/2010, du 3 mars, sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse. Elle définit la violence dans la sphère reproductive, l'AEAF, et fournit aux autorités publiques des références suffisantes pour travailler à la garantie de la DSRR des femmes à tous les niveaux administratifs.

- Le Code Pénal (1995) couvre les infractions relatives à la plupart des expressions de violence liée au sexe, mais ne couvre pas facilement certaines expressions. Il serait intéressant de voir les possibilités d'adaptation des modèles britannique et suédois au contexte espagnol.
- Le Code Pénal couvre spécifiquement l'avortement non consenti et la stérilisation forcée. Cette dernière était légale à l'égard des femmes handicapées (ou des femmes juridiquement incapables) jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi organique 2/2020, du 16 décembre, qui modifie le code pénal afin d'éradiquer la stérilisation forcée ou non consentuelle des personnes handicapées qui sont judiciairement incapables.
- Bien que la loi 12/2009 du 30 octobre 2009, régissant le droit d'asile et la protection subsidiaire, englobe la protection des femmes pour des raisons de genre, la VR et les CH ne sont pas explicites, pas plus que le règlement régissant le système d'accueil de la protection internationale et temporaire (mais il fait allusion à la VFF).
- La EEVM 2022-2025 est la référence normative qui reconnaît les manifestations de violence de manière plus large, mais elles n'apparaissent pas de manière spécifique dans les mesures qui la développent. Il en va de même pour le PECVG.

Notre cadre institutionnel **n'est pas très explicite** (pour la VR et la VFH) par rapport aux stratégies et plans qui ordonnent les politiques publiques, dont les références sont importantes, mais trop génériques.

- Le PEIEMH (axes 3 et 4), le PECVG (axe 2, amélioration de la réponse institutionnelle) et l'EEVM (2022-2025) (diagnostic et axe 2 Sensibilisation, prévention et détection et axe 3 Protection, sécurité, prise en charge et réparation) font référence à l'AEAF. L'ENSRR (2011) mentionne les grossesses et les avortements forcés en lien avec les violences sexuelles.
- Les références à la GPA sont très spécifiques, elles se trouvent dans la loi 35/1988 et la loi 14/2006 qui l'a suivie, dans l'article 221 du Code pénal, dans le Plan stratégique national contre la traite et l'exploitation des êtres humains (2021-2023), dans l'EEVM 2022-2025 et dans la loi 1/2023 qui modifie la loi organique 2/2010. Cependant, il existe d'autres références qui vont à l'encontre de la reconnaissance des GPA dans la législation susmentionnée, comme l'instruction du 5 octobre 2010, qui permet la filiation des enfants nés de GPA en dehors de nos frontières.

- Le cadre régional est très inégal, comme le souligne le rapport GREVIO (2020). Il n'est pas très explicite dans ses références normatives et il existe des différences considérables dans les services et les ressources disponibles d'un territoire à l'autre.

La cartographie de l'attention portée à la VR a démontré l'intérêt des EELL à intervenir dans tous les types de VFF, mais aussi leur manque de connaissances à ce sujet.

- Moins de 25 % des entités locales considèrent qu'elles appliquent pleinement l'approche intersectionnelle du genre dans leur travail sur la VFF, ce qui rend difficile l'identification des victimes, en particulier les formes les moins connues.
- 29% des EELL ne savent pas en quoi consiste l'AEAF. Seuls 18,5 % ont eu un contact direct avec le VR dans le cadre de leur travail.
- A quelques exceptions près, il y a un manque de ressources spécialisées pour la violence liée au sexe, tant au niveau local que supra-local. La prise en charge est principalement assurée par les services spécialisés en VBG ou, en leur absence, par ceux liés au DSRR (en général).
- Les expériences analysées se concentrent sur la promotion des droits sexuels et reproductifs et leur relation avec la violence sexuelle et sexiste. Les organisations qui soutiennent et défendent les femmes handicapées sont celles qui ont le plus d'expérience et de ressources dans le domaine de l'AEAF.
- Le succès de ces pratiques repose sur la formation, la coordination, l'accessibilité universelle et l'adaptabilité aux situations individuelles de chaque utilisateur et à chaque type de handicap.
- Les organisations et entités locales ont très peu d'expérience dans le travail avec les CH, à l'exception des mariages forcés et des MGF (qui ne font pas partie de cette étude). En général, ce sont les organisations de défense des femmes migrantes et celles spécialisées dans le droit à la protection internationale qui ont le plus d'expérience dans le travail avec les victimes.

Toute [intervention sur la VR ou les CH](#) doit se fonder sur l'alignement sur les principes et les actions énoncés dans la convention d'Istanbul.

- La réponse aux VR et aux CH correspond à toutes les sphères de la **responsabilité institutionnelle** (prévention, protection, assistance, réparation des victimes et

promotion de la justice) qui est basée sur la garantie et la reconnaissance effective des droits de toutes les victimes. En d'autres termes, elle répond à la notion de diligence raisonnable.

- **Les ressources économiques** sont essentielles pour la prise en charge des victimes, notamment pour la stabilité du personnel soignant et pour soutenir l'intégration de nouveaux profils professionnels, qui ne sont pas actuellement présents dans la prise en charge de la VFF et qui sont nécessaires.
- Les stratégies de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les plans stratégiques de lutte contre la VFF et les plans de protection internationale et d'inclusion sociale des populations vulnérables, devraient systématiquement envisager le dépistage de la VR et des CH de manière transversale.

Bien que la violence à l'égard des femmes soit un problème complexe qui nécessite une approche clairement multidisciplinaire, **le rôle stratégique des soins de santé doit être souligné** (Ruffa et Chejter, 2010).

- Les soins de santé facilitent non seulement la disponibilité de traitements préventifs pour réduire les risques spécifiques liés à la violence, mais remplissent également une fonction de légitimation et de facilitation, car ils proviennent du système de santé et sont publics, gratuits et socialement reconnus. D'autre part, la disponibilité de professionnels de la santé pour les femmes dans un climat de confidentialité où les victimes peuvent signaler en toute confiance les situations auxquelles elles sont confrontées, et la disponibilité d'un système de ressources réparties sur tout le territoire et de plus en plus sensibilisées, avec des protocoles d'alerte et de réaction coordonnée avec d'autres services, sont essentielles (Ruffa et Chejter, 2010). Pour ce faire, il est essentiel de travailler dans une perspective intersectionnelle de genre et selon les principes de l'accessibilité universelle et culturelle.
- Dans ce contexte, les **domaines clés pour la détection de la VR sont** : les services de santé, tant les services de soins primaires (infirmières, médecins, sages-femmes, services sociaux) que les services spécialisés dans la santé mentale, la gynécologie et l'obstétrique. De même, les ressources en matière d'égalité, celles qui sont axées sur une prise en charge psychosociale complète, sont celles qui favoriseront le rétablissement de la victime.

- **Les domaines clés pour la détection de la VFH** sont, avec les soins de santé, l'éducation, étant donné qu'ils ont un impact significatif sur la population des adolescents et des jeunes, ainsi que ceux qui favorisent l'accueil et l'inclusion sociale des populations vulnérables ou étrangères.
- **L'autonomisation, l'anti-tsiganisme, le racisme et la xénophobie** sont des obstacles qui entravent et empêchent l'accès et l'utilisation des ressources pour les victimes de VR et de VFH. Il est nécessaire de travailler à partir de **l'approche intersectionnelle du genre** comme condition essentielle pour garantir les droits des victimes.

Il est nécessaire d'**améliorer les connaissances** sur les formes de violence moins connues, notamment en donnant aux femmes survivantes les moyens d'agir.

- Il est également nécessaire d'améliorer l'enregistrement des victimes et des crimes, ainsi que la mesure de la prévalence de diverses manières et par le biais d'instruments multiples - harmonisés - car la violence reproductive et la violence au nom des crimes dits "d'honneur" se caractérisent par leur multidimensionnalité.
- Il existe différentes stratégies pour y parvenir, de l'amélioration de l'enregistrement et des enquêtes institutionnelles à l'utilisation des données massives (big data). Des propositions spécifiques sont faites à cet égard.

Prenant en compte les conclusions du diagnostic, ce rapport développe une troisième partie de **recommandations et de propositions**.

- Elles sont divisées en trois types : d'une part, celles qui sont liées à la **production de connaissances**, essentielles pour la prévention et l'amélioration des interventions ; d'autre part, celles qui sont liées à la **prise en charge globale** des victimes dans ce domaine ; et enfin, celles qui font spécifiquement référence au **fonctionnement d'ATENPRO** et à son futur développement holistique, en tant qu'instrument fondamental dans la coordination et la fourniture de services aux femmes dans de nombreuses municipalités d'Espagne, en particulier les plus petites et les plus rurales. Ils font partie des chapitres suivants.
- Les recommandations d'intervention et les propositions pour un **modèle local d'action** sont basées sur les besoins détectés dans le diagnostic, les défis de coordination identifiés à travers les pratiques étudiées et les expériences analysées. Le manque de données et l'absence d'un cadre institutionnel plus spécifique et consolidé rendent la

protocolisation difficile, de sorte que les suggestions de ce travail doivent être considérées comme **un modèle ouvert au débat, à l'expérimentation et à la modification.**

Les EELL conduisent les administrations publiques à aborder la question de l'égalité entre les femmes et les hommes, notamment en mettant fin au harcèlement sexuel et à toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, en s'engageant à garantir les droits sexuels et reproductifs, y compris le droit des femmes à l'autonomie sexuelle, et en assurant une participation égale à la politique et à la prise de décision dans toutes les sphères de la vie (CGLU, 2021 : 1).

- Les ressources locales pour l'égalité sont des services de base pour les citoyens (Guilló, et al., 2022) ; cependant, les unions internationales de municipalités mettent en garde contre le risque de perdre ces services en cas de recul démocratique. D'où l'importance d'exprimer des engagements institutionnels fermes et de planifier des actions et des budgets qui concrétisent ces engagements à l'égard de formes de violence moins connues, telles que la violence reproductive et les crimes au nom de l'"honneur".
- Comme l'indique la *Déclaration Mondiale sur les Femmes dans les Gouvernements Locaux* (CGLU, 2021:5), "les gouvernements locaux et régionaux sont en première ligne pour mettre en place des mécanismes visant à garantir les droits sexuels, reproductifs, sanitaires et autres. Une large coalition doit être mise en place, avec des femmes leaders et alliées des gouvernements locaux et régionaux, des parlementaires et de la société civile, des organisations féministes, populaires, militantes et communautaires, pour défendre les droits de toutes les filles et femmes dans leur diversité et mettre fin à l'impunité pour toutes les formes de discrimination fondée sur le genre, en veillant à ce que cela figure en tête de l'agenda des élections, des politiques et de tous les forums pertinents.

III. RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D'INTERVENTION

14. Propositions pour améliorer la connaissance et l'utilisation des Big data

14.1. Améliorer la production de connaissances

L'une des conclusions de la recherche concerne les **déficits d'information relatifs à la** collecte de données sur les types de VFF et le manque de données disponibles sur certains groupes qui, comme dans le cas des femmes handicapées et des femmes de certaines diasporas, sont confrontés à ces formes spécifiques de violence.

Il est donc essentiel d'avancer dans le domaine de la connaissance à partir de différentes perspectives, tant quantitatives que qualitatives. Il ne faut pas oublier qu'il **s'agit d'une des obligations des États**, non seulement dans la Convention d'Istanbul, mais aussi dans toutes les résolutions incluses dans les recommandations de la CEDAW.

Premièrement, l'accès aux données existantes doit être amélioré :

- il est essentiel d'**améliorer l'accès aux sources et aux bases de données actuelles relatives** aux VR et à aux CH, de manière ouverte et en ajoutant toutes les données par sexe.
- La collecte de données complète n'est pas toujours disponible dans les informations publiques. Certains crimes, tels que la naissance présumée et la paternité altérée, liés au viol, sont regroupés avec d'autres crimes dans le même domaine, ce qui rend difficile l'analyse détaillée et la compréhension de l'ampleur et des caractéristiques spécifiques de ces formes de violence. Il est essentiel de travailler vers une désagrégation plus précise.

De manière transversale, l'importance de considérer la **diversité comme une exigence pour l'analyse des populations** est soulignée :

- **L'analyse démographique** peut améliorer la détection des groupes les plus exposés à ce type de violence, par exemple en tenant compte des variables présentes dans les profils des groupes de femmes les plus vulnérables, telles que : le handicap (selon le type de handicap), l'âge, l'origine et la nationalité, l'appartenance ethnique (au-delà de

la population gitane), l'orientation sexuelle, l'habitat (rural/urbain) et la situation économique, entre autres. Différentes statistiques, du recensement municipal à l'EPA, peuvent fournir des données intéressantes, bien qu'elles ne soient pas toutes disponibles au niveau local.

- De même, l'utilisation de diverses **variables socio-démographiques** dans la conception des échantillons de l'enquête devrait permettre une **exploitation statistique** à partir d'une approche **intersectionnelle** du genre.
- Il convient de rappeler que la loi organique 5/2018, du 28 décembre, sur la réforme de la loi organique 6/1985, du 1er juillet, sur le pouvoir judiciaire, sur les mesures urgentes en application du Pacte d'État sur la violence de genre précise que les informations statistiques obtenues doivent être désagrégées avec un indicateur de handicap pour les victimes. Notre cadre réglementaire met donc l'accent sur la désagrégation de l'information recueillie sur les victimes au moyen d'un indicateur de handicap.
- En ce qui concerne l'origine, les différences socio-culturelles entre les différents pays doivent être prises en compte, en mettant l'accent sur la situation socio-économique et les droits que les femmes enceintes ont ou n'ont pas dans leur pays.

Les résultats de cette analyse peuvent être d'une grande utilité pour **cibler les efforts de prévention et de sensibilisation** vers les groupes les plus vulnérables et vers les professionnels des services publics qui sont le plus en contact avec eux dans leur vie quotidienne.

De même, il est nécessaire d'**améliorer la tenue des registres et de poursuivre les recherches** :

- **Concevoir de nouveaux registres et modifier** les registres et procédures de quantification des victimes de la criminalité (et d'autres types), afin d'évaluer correctement les personnes qui sont victimes de VR . Par exemple, ceux relatifs aux :
- Statistiques sur la population étrangère en quête de protection internationale, les réfugiés, les bénéficiaires d'une protection subsidiaire, les personnes déplacées et les apatrides.
- Victimes de la violence de genre.
- Victimes de violences sexuelles.
- Les victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

- Personnes transgenres subissant un changement de sexe dans le cadre d'une intervention chirurgicale.
- Les femmes handicapées victimes de stérilisations forcées.
- Registres des naissances et des enregistrements à l'étranger ; statistiques sur l'acquisition de la nationalité espagnole par les résidents.
- Base de données nationale sur les personnes handicapées et évaluation du degré de handicap.
- Statistiques du système de suivi global des cas de violence de genre (système VioGen).
- Statistiques sur la violence domestique.
- 016-Service téléphonique d'information et de conseil juridique sur la VFF.
- ATENPRO Service.
- Optimiser la mesure de la prévalence :
- Les enquêtes mesurant la **prévalence** de formes spécifiques de VR et de CH en tant que types de violence à l'égard des femmes nécessitent leurs propres instruments.
- **Adaptation ou inclusion de modules** pertinents dans d'autres enquêtes disponibles, telles que : Macro-enquête sur la violence à l'égard des femmes ; enquête européenne sur la violence faite aux femmes ; enquête sur la fécondité ; enquête nationale sur la santé en Espagne ; enquête nationale sur la santé du peuple gitan ; enquête sur le handicap, l'autonomie personnelle et les situations de dépendance ; enquête sur la santé sexuelle et reproductive ; ainsi que des enquêtes sur la population d'origine étrangère en Espagne (parmi d'autres).
- **Études de prévalence** dans les petites municipalités rurales.
- Pour approfondir des **sujets spécifiques**, comme par exemple :
- L'impact des récentes réformes législatives sur l'amélioration de la protection des femmes handicapées contre la VR.
- Le lien entre l'AEAF et l'exploitation sexuelle et professionnelle des femmes.
- La relation entre la VR et la violence sexuelle à l'égard des femmes.
- La relation entre les pratiques préjudiciables aux femmes et VR, en particulier les avortements forcés liés à la sélection prénatale du sexe, les tests de virginité et l'hyménoplastie.

- Protection internationale des victimes de la VR.
- La VR qui affecte les femmes migrantes et réfugiées dans les processus de déplacement, de transit et d'accueil.
- Stérilisation forcée et changement de sexe des hommes transgenres.
- L' AEAF et la gestion des règles.
- La VR dans le cas des femmes en situation d'isolement et de semi-isolement (cliniques et centres psychiatriques, institutions de soins, prisons, CIE, etc.)
- Promouvoir la recherche des **associations professionnelles et scientifiques** liées à la santé sexuelle et reproductive (sexologie, gynécologie, sage-femme, soins infirmiers, psychologie) et d'autres disciplines telles que les sciences sociales (anthropologie, sociologie, travail social, droit, criminologie) et la sécurité publique (sciences policières).
- Impliquer les **ONG** ayant des programmes pour les femmes¹⁷⁶ dans la collecte de données afin d'améliorer la connaissance du problème et la façon d'améliorer l'intervention. Par exemple, par le biais de groupes de travail ou de commissions thématiques.
- Dans les organisations du **mouvement** des personnes handicapées, mener des enquêtes et des études auprès des familles ayant des filles sur la sexualité, les droits reproductifs et la VR.
- Dans les **organisations spécialisées** dans l'inclusion des personnes d'origine ou de descendance migrante et rom, inclure la VR et les CH dans les domaines d'étude sur la VFF.
- Promouvoir l'ouverture de lignes de recherche sur la VR et les CH dans les **universités et les centres de recherche** publics et privés.
- Promouvoir la collecte de données sur **les services sanitaires** à tous les niveaux des soins publics.
- Faciliter les **programmes de santé communautaires (locaux)** pour qu'ils enregistrent spécifiquement les violences reproductifs selon leurs typologies, et en particulier celles qui touchent les populations les plus vulnérables :

¹⁷⁶ Y compris les personnes transgenres victimes de la violence sexuelle.

- AEAF
 - L'avortement sélectif en tant que pratique de sélection du sexe
 - Pratiques néfastes : tests de virginité, hyménoplastie, mutilations génitales féminines, etc.
 - La maternité de substitution ou GPA
- Impliquer les **prestataires de services de santé privés** dans la production et la collecte d'informations sur la VR.

La compilation ordonnée et l'accessibilité au public est une exigence de transparence, mais aussi un instrument permettant de fournir des informations pour le diagnostic de la situation pour les EELL qui ne peuvent pas produire leurs propres études.

- **Une base de données centralisée serait nécessaire** pour collecter et organiser les recherches, les rapports et les statistiques relatifs à cette violence.
- Compte tenu du développement institutionnel et de la consolidation du site web de la DGVG¹⁷⁷ qui contient un portail statistique, il serait intéressant de l'inclure dans cette plateforme, ainsi que de le relier au Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations, au Ministère de l'Intérieur et à l'observatoire de la santé des femmes du Ministère de la Santé.
- Le développement d'une plateforme web globale au **niveau municipal, à partir de la FEMP**, favoriserait l'exploitation de données statistiques d'une valeur unique pour la détection de la violence, la mise en œuvre de mesures d'action et leur évaluation.

Enfin, une stratégie complémentaire à envisager est **l'évaluation des interventions existantes**, actuelles et futures.

- Outre la mise à jour des données sur l'utilisateur ou la population cible, les données permettront d'adapter et d'améliorer les stratégies de prévention et d'aide aux victimes dans le but de créer des environnements plus sûrs à l'avenir.
- Dans cette optique, l'importance d'utiliser le **potentiel du service ATENPRO** pour la production d'informations locales a été soulignée, ce qui nécessite d'améliorer son système de collecte et d'exploitation des données.

¹⁷⁷ Site de la DGVG. Accès

14.2. Outils de big data

La production de connaissances est indissociable des stratégies de **prévention et d'intervention** précoce de ces phénomènes. L'utilisation d'internet et du Big Data est également employée dans ce domaine à cette fin.

Tout d'abord, l'importance de la **surveillance des médias sociaux et des plateformes numériques** est soulignée.

- Grâce aux techniques de Big Data, il est possible d'analyser ces interactions pour identifier les attitudes, les opinions et les tendances liées à la violence à l'égard des femmes (Xue et al., 2019).
- L'analyse basée sur les messages collectés sur des plateformes telles que Twitter, Facebook, Instagram et les journaux en ligne offre un aperçu des perceptions et des stéréotypes liés à ces formes de violence.
- La collecte de données peut aider à détecter des problèmes émergents, ce qui permet d'adapter les campagnes de sensibilisation (Capobianchi, Muratore & Villante, 2023).

Deuxièmement, il est proposé d'explorer le développement de **modèles prédictifs en tant qu'outil de prévention et d'intervention**.

- L'utilisation d'algorithmes d'apprentissage automatique basés sur des données historiques permet d'identifier les zones géographiques ou les groupes de population présentant un risque plus élevé de violence reproductive ou de crimes d'honneur. Un exemple d'utilisation réelle est présenté par González-Prieto et al. dans l'article "Machine learning for risk assessment in gender-based crime", où un modèle d'apprentissage automatique pour la prévention de la violence est développé en utilisant un ensemble de données de plus de 40 000 personnes qui ont été victimes d'un crime sexiste aux États-Unis. Avec une précision de 80 %, le modèle a pu prédire le risque de victimisation en tenant compte de divers facteurs tels que l'âge, la race/l'origine ethnique, le statut socio-économique, les antécédents de violence, la toxicomanie, la santé mentale et l'environnement social de la victime. Cet outil a été utilisé pour identifier les femmes les plus exposées à la VFG et leur proposer des interventions telles que des conseils, une orientation et un soutien financier.

Troisièmement, la création d'une **plateforme de collecte de données en ligne**, telle qu'envisagée par la FEMP en relation avec ATENPRO, en tant qu'outil holistique pour lutter contre la VFF sous toutes ses formes, est considérée comme particulièrement pertinente.

- Cette plateforme permettrait de collecter et de centraliser les informations sur les cas documentés, les profils des parties prenantes et les questions juridiques et éthiques. Cette collecte permettrait une analyse détaillée, fondée sur des données probantes, et donc une prise de décision éclairée.
- *Le National Network to End Domestic Violence (NNEDV)*, aux États-Unis, en est un exemple. Il s'efforce de prévenir la violence domestique, d'aider les victimes et de fournir des informations. Le NNEDV dispose d'un portail web qui fournit des informations sur la violence domestique ainsi que des ressources pour les victimes. Il s'agit d'une plateforme qui vise à fournir des informations spécifiques, offrant différentes ressources allant de la prévention à la collecte de données.

La mise en place de **plateformes de consultation et de plainte anonymes en ligne** est également suggérée en tant qu'outil de diagnostic.

- Ces plateformes donneraient aux personnes la possibilité de signaler en toute confidentialité des cas ou des soupçons de VR et des CH (ou d'autres VFF). En utilisant des techniques de Big Data pour analyser les données collectées, des statistiques sur l'incidence de ces crimes pourraient être générées, ce qui permettrait de concevoir des politiques préventives plus efficaces.
- Des plateformes telles que RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network) ou la National Domestic Violence Hotline, toutes deux des États-Unis, ne sont pas seulement un canal de signalement, mais aussi une source d'information qui fournit des statistiques détaillées sur le profil des victimes, des auteurs de violences sexuelles et des personnes aidées par ces plateformes.

L'utilisation du Big Data dans la **sensibilisation** aux violences reproductifs et aux crimes d'honneur peut considérablement enrichir les stratégies de lutte contre ces problèmes.

- L'une des mesures clés est la création de **campagnes de sensibilisation ciblées et adaptées aux différents groupes de population et contextes**. En exploitant les données collectées grâce au Big Data, il est possible de comprendre plus précisément les besoins et les expériences des personnes touchées. Ces campagnes peuvent utiliser

une variété de médias, y compris les médias sociaux, pour atteindre un public plus large et générer un plus grand impact.

- Dans ce contexte, en suivant les recommandations de travaux tels que " Approfondir l'utilisation des techniques associées au Big Data dans la lutte contre les violences faites aux femmes " (2020), il est suggéré qu'il est important d'**améliorer la présence institutionnelle** sur des plateformes telles que Twitter, Instagram ou Youtube, afin de profiter de la portée et de la participation de l'audience.
- L'**utilisation de slogans de sensibilisation** dans les communications peut être une stratégie pour augmenter la portée. Des mots et des hashtags tels que #NiUnaMenos, #ViolenciaDeGénero et #ViolenciaMachista sont devenus des symboles de la lutte contre la VG, et leur utilisation dans de futures campagnes axées sur la violence reproductive ou les crimes d'honneur pourrait renforcer la pertinence qu'ils ont déjà.
- Le Big Data pourrait être d'une grande aide pour identifier la **population cible** de ces campagnes et aussi pour sélectionner les **dates** où cette diffusion pourrait avoir une plus grande portée, comme le 8 mars, la Journée internationale de la femme et d'autres anniversaires (voir ci-dessous les recommandations sur la sensibilisation).

Une autre stratégie pour lutter contre cette violence consiste à créer des **espaces en ligne où les gens peuvent partager leurs expériences, leurs opinions et leurs propositions.**

- Ces espaces numériques permettraient une plus grande interaction entre la société et les experts, favorisant la génération de solutions plus axées sur les besoins réels des personnes touchées. Le rapport de l'ONU Femmes (2023) intitulé "Catastrophes, crises et violence faite aux femmes" souligne l'importance de promouvoir l'accès et l'utilisation d'Internet, en particulier chez les femmes, afin de fournir des outils pour rechercher de l'aide et des ressources pour les victimes de genre, renforçant ainsi la protection et le soutien pour ceux qui en ont besoin.

15. Propositions d'intervention

15.1. Renforcer le cadre institutionnel des "autres violences".

Toute violence à l'égard des femmes est combattue par des cadres institutionnels qui promeuvent l'égalité entre hommes et femmes dans toutes les sphères de la société. Par conséquent, le renforcement des lois et des politiques fondées sur un engagement en faveur des droits de l'homme et de l'égalité entre hommes et femmes contribuera à éliminer les causes de la VFF, quelle que soit son expression.

En ce qui concerne le *cadre institutionnel idéal*, les résultats des enquêtes et des entretiens indiquent une série de propositions visant à améliorer la situation actuelle, qui sont alignées sur les recommandations des organisations internationales et qui visent à donner de la visibilité et de la spécificité aux caractéristiques de la Convention d'Istanbul.

Il s'agit des considérations suivantes :

- Veiller à ce que les cadres de **protection des enfants et des adolescents** traitent de manière appropriée la VR et les CH, non seulement du point de vue de la sécurité des filles et des jeunes femmes, mais aussi dans le cadre d'une approche de soins spécialisés.
- Que les **cadres normatifs** qui protègent les droits des femmes (y compris le cadre pénal) en matière de VFF et de santé intègrent la VR de manière explicite et en faisant allusion à ses différentes typologies, et que les améliorations nécessaires soient incorporées dans le cadre juridique espagnol pour prendre en compte tous les facteurs aggravants et les manifestations impliquées dans la violence au nom de l'honneur ou des CH. Les entités locales peuvent faire de même avec leurs **ordonnances sur l'égalité entre hommes et femmes**.
- Prendre en compte la participation des groupes affectés par cette violence afin qu'ils puissent apporter leur expertise : les communautés avec une prévalence de CH, les organisations dans le domaine du handicap ou spécifiques aux femmes handicapées, ainsi que d'autres groupes particulièrement vulnérables à la VR, y compris les personnes transgenres et le groupe LGTBIQ+ en général.

- Que la mise en œuvre et l'évaluation du **PEIEMH** et de l'actuel **EEVM** 2022-2025 et du **PECVG** intègrent des mesures concrètes sur la VR (en particulier en ce qui concerne le GPA et l'AEAF) et la VNH.
- **L'intégration de la perspective du handicap** et de **l'intersectionnalité** en général devrait également être intégrée, car elle contribue à rendre plus visibles des formes de violence moins connues.
- Que l'évaluation de l'actuelle **ENSSR** et la future stratégie incluent des mesures concrètes pour la prévention, la prise en charge et la VR, avec des actions spécifiques pour les femmes handicapées et d'autres groupes en situation de vulnérabilité particulière. Une attention particulière devrait également être accordée à l'intersection entre le VFH et son expression reproductive.
- Les politiques publiques en matière de **handicap** devraient intégrer une perspective de genre, y compris des mesures spécifiques pour la prévention, la prise en charge et la réparation de la VR, ainsi qu'en ce qui concerne les expressions de la CH susceptibles d'affecter davantage les femmes handicapées.

Dans le cas particulier de la **GPA**, les experts considèrent qu'il convient de promouvoir la **reconnaissance internationale** de cette pratique comme **une forme d'exploitation reproductive** - ce qui permettrait de la traiter de la même manière que d'autres manifestations de la VR - et de considérer le recours à cette pratique pour avoir des enfants comme une **traite des êtres humains**.

Cette violence pouvant constituer un crime international et une violation des droits de l'homme, des organisations et des experts appellent à la création d'une **convention internationale** pour interdire, poursuivre et punir cette pratique au niveau transnational. Il existe un certain nombre de propositions à cet égard, dont les suivantes :

- La Convention Féministe Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution¹⁷⁸ élaborée par le CIAMS (2020).

¹⁷⁸ Convention féministe internationale pour l'abolition de la gestation pour autrui. Accès

- La *Déclaration pour l'abolition mondiale de la maternité de substitution* ou **Déclaration de Casablanca**¹⁷⁹ (2023). Elle contient en annexe une proposition de convention internationale et un certain nombre de recommandations aux États :
- Interdire la GPA sur son territoire.
- Refuser toute valeur juridique aux contrats et à la reconnaissance de la filiation.
- Sanctionner les personnes physiques et morales agissant en tant qu'intermédiaires.
- Poursuivre les personnes qui ont recours à la maternité de substitution sur leur territoire et les ressortissants qui ont recours à la maternité de substitution en dehors de leur territoire.
- Agir en faveur de la mise en œuvre d'un instrument juridique d'interdiction globale.

En ce qui concerne les violences **fondées sur l'honneur** ou les CH, il est nécessaire de concevoir des parcours de soins adaptés, accessibles d'un point de vue culturel, et avec des qualifications expertes de la part des professionnels. La prise en charge généraliste de la VG n'est pas adaptée aux besoins des victimes et ne dispose pas des ressources humaines nécessaires ; de plus, la protection des victimes est déficiente et peu spécifique à leurs risques. Il est nécessaire d'étudier le potentiel des modèles suédois et britannique pour l'Espagne.

Les recommandations ci-dessus se réfèrent principalement au cadre de l'État, mais dans le cas d'**autres niveaux d'administration publique**, elles sont également transférables en ce qui concerne leurs instruments politiques particuliers.

Ainsi, au niveau **local**, nous ferons référence aux plans institutionnels et aux ordonnances municipales en matière d'égalité et de violence à l'égard des femmes, de santé en général et de SSR en particulier, ainsi que de prise en charge du handicap.

Il peut donc être transféré aux plans locaux d'égalité et de lutte contre la violence de genre, aux plans de santé communautaire, de sexualité et de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à d'autres instruments locaux concernant les groupes de femmes très vulnérables au viol et aux pratiques liées aux crimes dits "d'honneur" (tels que les plans d'inclusion sociale, de protection internationale, de coopération au développement, et les plans pour les enfants, les adolescents et les jeunes).

¹⁷⁹ Déclaration pour l'abolition mondiale de la maternité de substitution ou Déclaration de Casablanca. Accès

15.2. Soins complets et coordonnés

15.2.1. Droits et intégrité des soins

L'enquête menée auprès des entités locales, compte tenu de leur manque d'expérience en matière de lutte contre la VR et la VFH, n'a fourni que très peu d'informations sur les besoins des victimes et de leurs enfants.

Cependant, tant les organisations d'experts que les différents services de soins locaux considèrent que toutes les femmes victimes de violence machiste ont des besoins similaires, dans la mesure où leurs droits fondamentaux sont violés, et par conséquent, ils considèrent que les besoins des victimes - de toute violence machiste - doivent toujours être pris en compte par rapport à la **notion d'intégralité et d'universalité**, c'est-à-dire : **prendre en compte tous les droits qui leur correspondent et assurer leur réparation intégrale.**

D'après la consultation des EELL, des organisations et des experts, la [notion d'intégralité](#) fait référence à la **centralité des droits** des victimes (leurs enfants).

Cette question correspond au modèle de prise en charge des victimes de VG promu par la loi organique 1/2004, du 28 décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la violence liée au sexe, renforcée par le PECVG et la loi organique 10/2022, du 6 septembre, sur la garantie intégrale de la liberté sexuelle, qui se fondent à leur tour sur la **Convention d'Istanbul**. La Convention d'Istanbul place "les droits de la victime au centre de toutes les mesures" (art.7.2.).

Ainsi, les résultats du travail sur le terrain laissent entrevoir la prise en compte de l'ensemble des **besoins de soins et de réparation intégrale** attendus dans la prise en charge des victimes de la VG :

- des informations et des conseils ;
- de sécurité, de protection et de garantie de non-répétition ;
- la santé sexuelle et reproductive ;
- la santé mentale ;
- la santé physique ;
- l'aide sociale, le logement, l'éducation, la garde d'enfants ou les personnes dépendantes ;

Dans le cas du logement, il est important de garder à l'esprit que de nombreuses femmes handicapées ont besoin d'un logement adapté et, dans de nombreux cas, de la présence d'assistants personnels pour mener à bien leurs activités quotidiennes. Pour cette raison, il est nécessaire d'assurer l'existence de différentes ressources telles qu'un logement supervisé ou une vie indépendante avec une assistance personnelle. Les femmes victimes de VR ayant un handicap ont le droit de quitter l'environnement familial de l'agresseur avec un soutien adéquat.

- La limite d'âge des enfants qui peuvent vivre avec leur mère dans certains logements (jusqu'à 18 ans) est un obstacle pour certaines femmes qui ont besoin de les protéger même s'ils sont majeurs.
- la rencontre entre pairs, par le biais d'une intervention de groupe auprès des femmes en vue de leur autonomisation personnelle et sociale.
- de l'inclusion sociale et de la participation ;
- l'autonomie économique (en termes d'emploi, de formation à l'emploi et/ou d'accès à des aides financières ou autres) ;
- les besoins de soutien des membres de leur famille ou de leurs proches.
- et des besoins qui renvoient à d'autres dimensions de la réparation intégrale en termes de restitution, de compensation, de réhabilitation ou de satisfaction ;

Des modèles de soins complets seraient chargés de répondre aux besoins des victimes de VFF.

Ces modèles s'articulent généralement autour de services complets ou de ressources d'orientation (coordonnées) et couvrent habituellement : l'information ; la prise en charge initiale et l'orientation des victimes ; la prise en charge initiale et l'orientation des membres de la famille ; la prise en charge juridique ; l'accompagnement judiciaire ; la prise en charge d'urgence des victimes ; la sécurité-protection ; la prise en charge sociale et l'autonomie économique ; la prise en charge résidentielle (logement) ; la prise en charge éducative/la formation ; la prise en charge sanitaire ; la prise en charge psychologique ; la prise en charge des enfants des victimes ; le traitement et la réparation pour les enfants des victimes ; les liens sociaux ou le réseau social ; et d'autres encore. Idéalement, ils **devraient être extensibles** aux femmes victimes de VR et aux CH en tenant compte de **leurs besoins spécifiques** (voir points 5.3., 8.3. et 11.1.2).

Pour travailler sur les besoins des victimes, il a été souligné à plusieurs reprises qu'il fallait un **plan de prise en charge individualisé** pour chaque femme, qui tienne compte de l'intersection avec d'autres inégalités et apporte une réponse transversale et coordonnée. Les recommandations et les propositions à cet égard se trouvent dans la deuxième partie de ce rapport, mais elles ont également été mentionnées dans la description des besoins des personnes touchées.

L'aide spécialisée doit offrir aux victimes un **soutien personnalisé en tenant compte de leurs besoins spécifiques et indépendamment de tout rapport de police**¹⁸⁰.

- Les spécialistes ont souligné que les besoins des victimes **varient** en fonction de leur **situation personnelle et de leur vie**, et qu'ils doivent donc être traités sur la base d'une **prise en charge individualisée**.
- Les besoins **sont modifiés ou transformés** en fonction du moment. Qu'il s'agisse d'un contexte de crise ou d'urgence, de la sortie d'un contexte de violence, de la prise de conscience d'un événement passé ou d'un processus de rétablissement à long terme. Les besoins des victimes et de leurs enfants **évoluent dans le temps**.

Enfin, il convient de noter qu'il n'est pratiquement pas fait mention des besoins spécifiques des **enfants** des femmes victimes, qui peuvent également être soumis à cette violence machiste par le biais de pratiques de violence vicariante. C'est pourquoi il est fait référence à la nécessité de ressources spécialisées pour les mineurs en termes de santé mentale et de soutien éducatif.

15.2.2. Accessibilité universelle

Le deuxième élément qui a été unanimement souligné dans le travail de terrain, en accord avec la littérature et le cadre institutionnel, est l'accessibilité universelle aux services de soins.

Les résultats de la recherche indiquent que les éléments suivants devraient être pris en considération :

- L'accessibilité est **une nécessité pour toutes les personnes**, avec ou sans handicap, mais pour ces dernières, elle est essentielle.

¹⁸⁰ Comme indiqué dans la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (accès) Strasbourg, 8.3.2022 COM (2022) 105 final 2022/0066(COD).

Il est nécessaire de pouvoir comprendre les informations fournies et de garantir la liberté de décision et le consentement aux procédures par - toutes - les femmes VVCM.

- Elle présuppose une *conception universelle ou une conception pour tous*, mais nécessite également des formes appropriées d'**assistance et de soutien** individualisés, des dispositifs techniques et des technologies d'assistance.
- En ce qui concerne le **facilitateur**, il s'agit d'une ressource de base en termes d'accessibilité physique, sensorielle ou cognitive, de médiation et d'interprétation culturelle, selon le profil de la victime. Elle est neutre et ne parle pas au nom de la personne aidée ou au nom de la ressource d'aide ; elle n'influence pas les décisions ou les résultats de la prise de décision.
- Garantir l'accessibilité aux femmes handicapées est une **obligation des autorités publiques conformément** au CRPD (2006) ratifiée par l'Espagne en 2007¹⁸¹. Elle est également **réglementée par** :
 - la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale, approuvée par le décret législatif royal 1/2013, du 29 novembre ;
 - Loi 6/2022, du 31 mars, modifiant le texte consolidé de la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale, approuvée par le décret royal législatif 1/2013, du 29 novembre, afin d'établir et de réglementer l'accessibilité cognitive et ses conditions d'exigence et d'application ;
 - Décret royal 193/2023 du 21 mars, qui réglemente les conditions fondamentales d'accessibilité et de non-discrimination pour les personnes handicapées en ce qui concerne l'accès et l'utilisation des biens et services mis à la disposition du public¹⁸² ;
 - Décret royal 674/2023, du 18 juillet, approuvant le règlement relatif aux conditions d'utilisation de la langue des signes espagnole et des moyens de soutien à la communication orale pour les personnes sourdes, malentendantes et sourdes-aveugles.

¹⁸¹ Voir l'instrument de ratification de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées, fait à New York le 13 décembre 2006. BOE n° 96 du 21 avril 2008.

¹⁸² Qui sera nécessairement complétée par la règle de transposition de la directive (UE) 2019/882 du Parlement Européen et du Conseil du 17 avril 2019 relative aux exigences en matière d'accessibilité des produits et services (JOUE n° 151 du 7 juin 2019).

- Selon ce cadre normatif, **l'intégration du handicap devrait être un principe de toute politique publique.**
- Il est également essentiel de garantir les droits de certaines femmes d'origine ou de descendance migrante, en particulier lorsque l'espagnol¹⁸³ n'est pas leur langue maternelle.

L'accessibilité nécessite de travailler avec une approche **intersectionnelle** et la prévention de la discrimination. N'oublions pas que cette forme de VR est beaucoup plus présente dans la vie des femmes handicapées, des femmes souffrant de maladies mentales, des femmes issues de certaines diasporas ou de leurs descendants, et des femmes gitanes. Il en va de même pour les caractéristiques des femmes VVFH. Ainsi, les principes de la Convention d'Istanbul ont souvent été rappelés dans le travail de terrain que....

"Les mesures de protection des droits des victimes sont prises **sans discrimination** fondée notamment sur le sexe, le genre, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'âge, l'état de santé, le handicap, la situation matrimoniale, le statut de migrant ou de réfugié, ou toute autre situation" (article 4.3. souligné par l'auteur).

15.3. Principes de prise en charge/intervention auprès des victimes

Comme l'indique la convention d'Istanbul, les principes de prise en charge doivent viser à **garantir les droits fondamentaux** des victimes et, par conséquent, être fondés sur l'intégration de la dimension de genre, l'accessibilité universelle et la prévention de la discrimination.

Selon le *Catalogue de référence des politiques et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme* approuvé par la Conférence sectorielle sur l'égalité (2022) (ci-après, le Catalogue), les institutions et organismes "agiront dans le respect et le soutien des décisions des victimes, en renforçant leur autonomie et leur liberté de décision, leur estime de soi, en protégeant en priorité leur sécurité et leur confidentialité".

¹⁸³ Ou la langue co-officielle dans la communauté autonome où les soins doivent être dispensés. La Constitution espagnole établit à l'article 3 que le castillan est la langue officielle de l'État et que les autres langues espagnoles sont également officielles dans leurs communautés autonomes respectives : le catalan en Catalogne et dans les îles Baléares, le valencien dans la Communauté Valencienne, le basque au Pays Basque et dans les régions bascophones de Navarre, et le galicien en Galice.

Selon les rapports du GREVIO sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul (2020 ; 2022), les interventions auprès des victimes¹⁸⁴ seront basées sur :

- L'accessibilité universelle ; les droits et la protection des victimes ; la prévention de la victimisation secondaire ; la relation entre les victimes, les auteurs d'infractions, les enfants et leur environnement social au sens large ; l'autonomisation et l'indépendance économique ; et la prise en compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables, y compris les enfants.
- L'opportunité et l'adéquation des informations (art. 19) dans des langues accessibles.
- L'évolution temporelle de la demande, en distinguant les services spécialisés à court et à moyen terme (art. 22).
- Coopération multi-agences (art.9), dans laquelle l'Espagne doit s'améliorer en incorporant des organisations spécialisées dans l'élaboration des politiques (art.19).

De même, les observations du comité de la CIDPH liées aux DSRR et les recommandations de l'UNFPA (2018) sur la violence reproductive à l'égard des jeunes femmes et des femmes handicapées soulignent que les lignes directrices suivantes pour la **mise en œuvre des programmes** devraient être prises en compte :

- Identification efficace des besoins et orientation vers les services compétents.
- Des services accessibles, de qualité et fondés sur les droits.
- Évaluation de l'accessibilité des services (identification des obstacles physiques, sensoriels, cognitifs et économiques).
- Lien avec les services de santé et de santé sexuelle et reproductive, en plus de la violence.
- En termes de prestation de services, l'accent devrait être mis sur :
 - Compréhension de la violence faite aux femmes en tenant compte des spécificités de genre.
 - Soutien spécifique aux femmes handicapées.
 - Soutien spécifique à la médiation interculturelle.

¹⁸⁴ Voir GREVIO (2022). Examen horizontal à mi-parcours des rapports d'évaluation de base du GREVIO. Document en ligne.

- Elle couvre : la justice et la sécurité ; les services sociaux de protection, de réadaptation et d'accompagnement ; la santé psychologique, l'égalité et l'inclusion sociale ; et la santé et les droits sexuels et reproductifs (information, produits et services de contraception ; santé maternelle et néonatale ; éducation et information complètes sur la sexualité ; information, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH).
- Que les femmes soient incluses dans les milieux institutionnels (comme c'est le cas pour de nombreuses femmes handicapées).

En outre, tout au long de la recherche, **les informateurs ont mis l'accent sur** les éléments suivants (dont la plupart sont déjà inclus dans la convention d'Istanbul) :

- Assurer la **compréhension et l'accessibilité** de la communication.
- **Des soins adaptés à la culture** des femmes gitanes et des femmes d'autres origines ethniques et raciales, ainsi que des femmes d'origine étrangère, quel que soit leur statut administratif en tant qu'étrangères, en accordant une attention particulière aux barrières linguistiques.
- **Écouter et accompagner** dans le soulagement émotionnel de la femme sur : son histoire de violence, son malaise, ses émotions et son chagrin.
- Donner de la **crédibilité et de l'espoir** en favorisant la résilience des victimes.
- Placer l'**autodétermination** au centre ; éviter les attitudes paternalistes, protectionnistes ou infantilisantes. Encourager l'autonomisation individuelle et collective, qui sont toutes deux aussi importantes l'une que l'autre.
- Prévenir la revictimisation ou la **victimisation secondaire** par les institutions en raison d'une application inadéquate des protocoles ou des procédures, d'attitudes inappropriées ou d'un manque de formation.
- Prévenir la victimisation future de la VR et d'autres formes de violence.
- **En ce qui concerne la participation et l'inclusion sociale**, un principe d'action clé consiste à faciliter le développement de réseaux affectifs de soutien et d'assistance.
- **Améliorer l'évaluation des risques** et adapter les mesures de protection.

15.4. Indicateurs facilitant la détection

Des indicateurs spécialisés doivent être mis au point pour faciliter la détection des violences moins connues. En fonction de la production de connaissances spécialisées et du développement d'études, les indicateurs s'amélioreront.

En ce qui concerne la contraception forcée, la stérilisation forcée et l'avortement forcé, certains éléments intéressants pour la détection ont été signalés, de même que l'identification, par une écoute active, de ces expériences dans les récits des femmes en tant que forme de violence à l'égard des femmes.

Ainsi, les **indicateurs AEAF** suivants ont été identifiés de manière exploratoire tout au long de l'étude :

- Être une femme atteinte d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du développement.
- Être une femme atteinte d'une infirmité motrice cérébrale.
- Avoir des handicaps multiples (par exemple, surdicécité).
- Être une adolescente ou une jeune femme handicapée.
- Être une femme atteinte d'un trouble mental grave.
- Vivre dans une institution.
- Être très dépendants et avoir besoin d'un soutien important pour mener à bien les activités de la vie quotidienne.
- Être utilisateur de moyens de communication améliorée et alternative ou d'autres types de communication.
- Être sous tutelle, conformément à la loi 8/2021, du 2 juin, réformant la législation civile et procédurale afin de soutenir les personnes handicapées dans l'exercice de leur capacité juridique. (anciennement connu sous le nom d'incapacité judiciaire)
- Vivre en famille sans autonomie, inactivité au travail, sans amis ou en dehors de réseaux associatifs ou de soutien.
- Avoir des grossesses qui n'ont pas mené à terme et provenir de diasporas originaires de pays où l'avortement sélectif est pratiqué.
- Être une femme gitanes avec deux enfants ou plus.
- Être un homme transgenre ayant subi une opération de changement de sexe.
- Être victime de violences sexuelles, de violences de genre, d'exploitation sexuelle ou d'exploitation par le travail.
- Femmes à risque ou en situation d'exclusion sociale.
- Symptômes à prendre en compte : estime de soi et concept de soi très faibles ; dépression ; comportements perturbateurs ; changements dans la psychopharmacologie ; troubles alimentaires ; changements corporels brusques.
- Ménopause précoce ou prématurée.
- Absence de menstruation.
- Admissions à l'hôpital ou interventions chirurgicales non spécifiques.

Voir également les exemples fournis dans l'analyse des expériences en matière d'AEAF (point 6.3.2.1.). Il convient également de considérer les conséquences des AEAF et des GPA comme des indicateurs d'alerte (voir respectivement le point 4.5. et le point 8.2.2.2.).

Dans le cas du GPA, les organisations et les experts affirment que les caractéristiques des expériences auxquelles les femmes enceintes ont pu être soumises sont similaires à celles des victimes de la traite ou de l'exploitation sexuelle. En ce sens, ils soulignent certains **indicateurs de la GPA auxquels** il convient de prêter attention :

- Être une jeune femme migrante (<35 ans) avec des enfants
- Le fait d'être une femme au statut socio-économique faible (faible niveau d'éducation et sans emploi ou dans l'économie informelle).
- Être une femme souffrant de problèmes psychologiques tels que l'aliénation ou la dépersonnalisation
- Être une femme avec un dossier médical spécifique : grossesses antérieures, traitement hormonal, certains tests...
- Avoir eu une grossesse qui n'a pas fait l'objet d'un suivi médical adéquat
- Dissimulation de la grossesse

En plus de ce qui précède, la détection pourrait être facilitée par :

- Des espaces d'écoute spécifiques/groupes de femmes basés sur un climat de sécurité et de confiance.
- Des espaces de formation spécifiques sur la sexualité, l'affectivité, la maternité, la santé sexuelle et reproductive, la VR, la VFF, qui permettent aux professionnels d'identifier les situations d'abus et de risque. D'où la nécessité et l'importance de l'existence de ces espaces, en tant qu'espaces de détection de la VR.
- Inclure des pictogrammes relatifs à ces VR et à d'autres dans les systèmes de communication améliorée et alternative pour les femmes qui communiquent par l'intermédiaire de ces systèmes ou qui les utilisent comme support de communication.
- Espaces d'intervention psychosociale auprès des familles de femmes handicapées.

Dans tous les cas, les protocoles disponibles doivent être activés en cas de : récit direct de femmes, expression de soupçons par d'autres professionnels, inquiétude directe de personnes

de l'entourage ou de témoins (amis, bénévoles, environnement de travail, etc.), et présence de rapports médicaux.

Les indicateurs de détection des **crimes** dits "**d'honneur**" doivent être améliorés. Chaque typologie varie quelque peu, en général, en fonction des informations collectées :

- Un certain isolement social et un manque de réseaux socio-affectifs en dehors de la famille.
- La vie de la victime - dans sa vie quotidienne - présente plusieurs caractéristiques de contrôle communautaire et familial qui l'empêchent de développer une vie sociale, éducative ou professionnelle normale.
- La violence augmente l'échelle de ses expressions (par exemple, de la restriction de mouvement à la violence verbale, à l'isolement, etc.)
- Des menaces sont proférées concernant le déménagement avec d'autres membres de la famille (soit dans un pays tiers, soit dans le pays d'origine).
- Menaces de mort.
- Voyage ou vacances imminents.

15.5. Garantir l'accès aux ressources / services

Comme le souligne le chapitre 4 sur les besoins des femmes victimes de l'AEAF, les services destinés aux victimes - de **tout type de violence** - doivent se distinguer par **leur exhaustivité et leur universalité** (point 4.4.1.). Ce point explique en quoi consiste l'accessibilité universelle qui doit caractériser toutes les ressources publiques.

En outre, comme l'indique l'article 18, paragraphe 4, de la convention d'Istanbul, l'accès aux voies de recours et la fourniture de services **ne doivent pas dépendre de la volonté des victimes d'intenter une action en justice** ou de témoigner contre l'auteur ou les auteurs du crime.

Sur la base de ces deux considérations, les **recommandations visant à faciliter l'accès** des victimes de la VG aux **ressources ou aux services** devraient porter sur les points suivants :

- Garantir **l'accessibilité et l'individualisation** des supports de communication spécifiques pour les femmes (en fonction de leur type de handicap et de leurs besoins d'assistance ou de leurs antécédents). Par exemple, par courrier électronique, par appel

vidéo ou par appel vidéo avec chat, ainsi que par des services d'assistance virtuels. Ces services peuvent être essentiels pour les femmes qui vivent en milieu rural, qui ont des problèmes de mobilité ou qui sont confrontées à des situations d'isolement social. Ils peuvent également être utiles aux femmes migrantes confrontées à des barrières linguistiques.

- Des campagnes de diffusion sur les ressources existantes pour les victimes et sur la VR sur les **réseaux sociaux et dans les médias**, de préférence avec la participation de femmes qui représentent les principaux groupes de personnes touchées.
- Promouvoir la diffusion dans les **réseaux d'associations de femmes et les groupes de femmes** de la vulnérabilité particulière ou du soutien qui leur est apporté.
- **Améliorer la visibilité** de l'information dans les services de santé et d'urgence, les pharmacies et les services de santé privés, les centres éducatifs et les centres de loisirs.
- Mener des actions de sensibilisation tant auprès des **opérateurs juridiques que des milieux de la protection internationale, de l'éducation et de la santé**, sur les ressources existantes afin d'améliorer la détection et l'orientation.

15.6. Faciliter l'accréditation des victimes

Pour la reconnaissance des victimes et leur accréditation, dans le cas des VR, un modèle devrait être assimilé à celui des victimes de la violence de genre et d'autres typologies ; par exemple, par le biais d'un rapport spécialisé des services de l'égalité ou des services sociaux avec les références pertinentes aux rapports de santé ; en plus du rapport de police.

En tout état de cause, il a été souligné que les aspects suivants devraient être pris en considération :

- Le signalement ne devrait jamais être une condition préalable à la reconnaissance de ces victimes.
- Le système judiciaire ne prévoit pas de mesures de précaution pour les victimes de ces VR, de sorte que cet élément ne peut pas non plus être pris en compte pour leur accréditation.
- Outre le témoignage de la victime elle-même devant les services spécialisés, un rapport gynécologique pourrait être fourni, montrant que la femme a subi une stérilisation ou une contraception forcée et les conséquences physiques et psychologiques que cela a

eues sur elle. Ce rapport pourrait être accompagné d'un rapport psychologique et/ou psychiatrique complémentaire qui mettrait en évidence le traumatisme découlant de cette VR.

- Il serait intéressant d'envisager l'accès aux dossiers cliniques des victimes de l'AEAF, afin que la procédure puisse être réexaminée et de vérifier comment le consentement éclairé de la femme a été effectué et s'il existe des garanties que sa décision a été respectée ou que des erreurs de procédure ou des consentements viciés ont été détectés. Il serait nécessaire d'impliquer le Ministère Public.
- On pourrait envisager de permettre aux institutions ou aux familles qui regrettent d'avoir stérilisé leurs filles, conscientes et motivées par la nécessité d'assurer leur rétablissement et leur réparation, de témoigner (par exemple, par une déclaration sous serment notariée ou autre) pour faciliter l'accréditation.
- Il est nécessaire de concevoir des modèles - et de les tester - pour tenter d'unifier les futurs rapports des services sociaux municipaux ou des services d'égalité, afin d'accréditer le statut de victime de VR et de victime des CH.
- Décriminaliser les femmes qui agissent en tant que mères porteuses et faciliter leur identification en tant que victimes de VR. Puisqu'elles ont été soumises à l'exploitation reproductive, comme à toute autre violence, la justice et la réparation doivent leur être assurées, et il est particulièrement important dans ce cas qu'elles soient traitées comme des victimes et non pas assimilées par la loi aux auteurs du crime¹⁸⁵.

15.7. Renforcer l'exhaustivité et la coordination

Tous les informateurs, ainsi que les résultats de toutes les enquêtes, ont indiqué qu'il était nécessaire de **concevoir des instruments ou des protocoles spécialisés** sur la VR et la CH.

L'élaboration d'un tel protocole de prévention, de soins, d'accompagnement, de rétablissement et de réparation pour les victimes devrait se faire de manière participative avec les associations de femmes qui représentent et servent les groupes les plus vulnérables à cette violence.

De même, l'importance de **mettre à jour les protocoles existants** qui traitent d'autres formes spécifiques de violence afin de garantir une intervention adéquate sur la dimension

¹⁸⁵ Se référant à l'article 221.1. du PC

reproductive d'autres types d'abus a été soulignée : VS, VG, traite à des fins d'exploitation sexuelle, mariages forcés, mariages d'enfants, MGF, etc. (voir le point 3.4).

En plus de ce qui précède, et dans une perspective de prévention des VR, la création de deux autres instruments est jugée nécessaire. D'une part, un **protocole institutionnel sur la contraception respectueuse et consensuelle, accessible** à toutes les femmes. D'autre part, la mise à jour des procédures d'accès à l'avortement afin d'**améliorer la détection des avortements forcés** et de garantir que la décision soit libre et éclairée, sans interférence de tiers, sans affecter le droit et l'offre d'avortement pour les femmes¹⁸⁶.

Un certain nombre de propositions ont été faites concernant ces outils :

- Il s'adresse aux professionnels de la **santé sexuelle et reproductive**, mais aussi aux professionnels des **soins primaires**.
- Une attention particulière devrait être accordée aux **femmes handicapées**, en raison de la prévalence plus élevée de la VG parmi elles, et le consentement éclairé et accompagné devrait être au centre des interventions visant à prévenir les stérilisations non consensuelles.
- Une attention particulière devrait également être accordée aux **femmes migrantes économiquement vulnérables originaires de** pays où la traite des êtres humains est légale.
- Sensibiliser à la **contraception forcée** en tant que forme plus subtile et moins perçue de VR liée au contrôle des règles.
- En ce qui concerne la prévention des **avortements sélectifs**, il est rappelé que tous les États ont l'obligation de mettre en place des mesures visant à prévenir l'infanticide féminin par la sélection prénatale du sexe et de veiller à ce que ces injustices soient traitées sans exposer les femmes à un risque de décès ou de blessure grave si elles se voient refuser l'accès aux services nécessaires, tels que des avortements sûrs dans un cadre légal ou d'autres services de santé (OMS, 2011).
- Il est proposé de suivre les recommandations de la Déclaration inter-institutions des Nations Unies sur la *prévention de la sélection sexuelle fondée sur le sexe* (HCDH, UNFPA, UNICEF, ONU Femmes et OMS, 2011), qui met notamment l'accent sur les points suivants :

¹⁸⁶ En tant que

- impliquer des engagements sur l'**utilisation éthique des technologies de diagnostic prénatal** pertinentes par l'intermédiaire des associations de professionnels de la santé.
- L'OMS (2011), pour sa part, insiste sur le fait que les technologies médicales (telles que l'amniocentèse ou l'échographie) ne doivent pas être diabolisées, car elles ne sont pas à l'origine du problème. Les interdire peut s'avérer inefficace, voire néfaste pour la santé des femmes. Elles doivent seulement être réglementées pour être utilisées correctement par des professionnels dûment qualifiés.
- Sensibiliser aux **droits des femmes** et des filles, promouvoir et mettre en œuvre des **mesures d'action positive** pour améliorer leur situation.
- Soutenir les activités de plaidoyer et de **sensibilisation**, telles que les campagnes de sensibilisation sociale, qui stimulent la discussion et le débat afin de renforcer et d'élargir le consensus autour du concept d'égalité de valeur entre les filles et les garçons.

Outre les protocoles susmentionnés, voici quelques-unes des propositions qui ressortent de l'analyse des entretiens et qui visent à promouvoir la prise en charge globale et la coordination:

- Il est nécessaire d'impliquer les prestataires de services **privés** dans les soins aux personnes handicapées et les services de SSR.
- Les espaces de coordination existants pour d'autres violences liées à la santé doivent être renforcés en intégrant de nouveaux domaines.
- Il est nécessaire de faire de la place à de **nouveaux profils professionnels** dans les tables rondes et les espaces de lutte contre la VG.
- Les stratégies les plus propices à l'**autonomisation des individus** sont celles qui travaillent sur l'estime de soi, les compétences sociales et les préoccupations personnelles, ainsi que sur la sensibilisation au féminisme. Les femmes sont victimes de violence parce qu'elles sont des femmes. En ce sens, l'autonomisation collective est une condition pour que l'autonomisation individuelle soit durable et pour prévenir de futures victimisations.
- L'**autonomisation collective**, dans les groupes de femmes, est très positive pour les victimes, non seulement en tant qu'espaces thérapeutiques, mais aussi en tant qu'espaces de rencontre, de participation active, d'autoreprésentation et de

leadership, en partageant avec d'autres femmes ce qui leur est arrivé et en sachant que d'autres femmes ont également souffert de la VR.

- Tous les protocoles devraient s'efforcer de créer des **réseaux de soutien social** durables et pérennes pour les victimes.
- Dans le cas des femmes handicapées, et des DI/TDI en particulier, il est essentiel de quitter l'environnement privé, familial et domestique.
- Les réseaux de soutien social nécessitent des **approches à moyen et long terme**. Ils reposent sur la confiance mutuelle et l'échange d'activités ; des activités qui ont un coût et nécessitent un budget. Il s'agit de liens affectifs qui ne peuvent être forcés et qui nécessitent beaucoup de temps et de ressources professionnelles pour la dynamisation et l'entretien des espaces.

15.8. Avoir accès à des ressources humaines et matérielles suffisantes

15.8.1. Profils professionnels

Les équipes pluridisciplinaires sont essentielles à la prise en charge des victimes de violences *peu connues*. Les recommandations à cet égard mettent l'accent sur les **profils professionnels** suivants :

- Professionnels des **soins/interventions**: psychologues¹⁸⁷, travailleurs sociaux, juristes, éducateurs sociaux.
- Les professionnels qui assurent l'accessibilité de la **communication et de la compréhension** cognitive : facilitateur professionnel, interprète en langue des signes, médiateur communicatif, orthophoniste et médiateur ou interprète culturel (de préférence des anthropologues).
- Il s'agit notamment de figures de **soutien professionnel** pour les femmes handicapées, d'assistants personnels¹⁸⁸, ayant reçu une formation sur la VG. Par exemple, si une victime atteinte de paralysie cérébrale ou très dépendante doit quitter son domicile, elle a besoin d'une assistance personnelle.

¹⁸⁷ Il a été souligné, dans le cas de la prise en charge des femmes sourdes, qu'il serait préférable que le psychologue soit sourd.

¹⁸⁸ L'assistance personnelle désigne l'aide humaine fournie, dans le cadre d'une relation de travail, à une personne handicapée (patiente) afin de lui permettre de mener une vie indépendante. C'est l'utilisateur qui détermine comment et quand les services seront fournis.

- Les facilitateurs doivent également être présents pour l'accès à la justice et pour les adaptations nécessaires au cours de la procédure policière et judiciaire, et pas seulement pour les soins sociaux et de santé.
- En ce qui concerne la VR, les professionnels des **soins de santé primaires et de la santé sexuelle et reproductive** : sages-femmes, sexologues, gynécologues, infirmières.

Il existe une ambivalence et une diversité d'opinions quant à la question de savoir si les professionnels de l'aide sociale intégrée doivent être des **femmes ou des hommes**.

Cependant, l'importance d'avoir toujours des figures féminines à disposition, en particulier dans les premières étapes du processus d'accueil et les premières phases de l'intervention, a été unanimement soulignée. Il a été constaté - du moins dans la VR - qu'en général, les femmes victimes se sentent plus confiantes et se lient mieux si le professionnel est une femme.

Il est jugé essentiel d'augmenter le budget des programmes de lutte contre la VFF et de fournir des services pour la prise en charge des femmes victimes de VR, surtout pour assurer la stabilité de l'emploi du personnel, le développer et garantir la continuité des soins.

15.8.2. Formation continue

En ce qui concerne la formation que les professionnels devraient recevoir, il est proposé ce qui suit :

- Formation intersectionnelle sur le genre.
- Il existe un cadre institutionnel pour la lutte contre la VFF.
- Réglementations nationales et internationales existantes sur les crimes d'honneur.
- Réglementations nationales et internationales sur les DSSR et la violence reproductive, y compris la GPA.
- Notions fondamentales de sexualité, de santé sexuelle et reproductive et de droits sexuels et reproductifs.
- La situation des droits sexuels et reproductifs des femmes, et en particulier des femmes handicapées, des femmes gitanes, des femmes issues de diasporas où prévalent des pratiques néfastes, des migrantes, des réfugiées et des jeunes femmes.
- Formation sur le handicap et la violence à l'égard des femmes handicapées

- Formation sur l'exploitation reproductive : en particulier sur le fonctionnement de l'industrie du sexe d'un point de vue féministe et des droits de l'homme.
- Connaissance des questions juridiques, bioéthiques, sanitaires et sociales liées à la GPA
- Lignes directrices concernant le traitement et les soins appropriés pour les femmes et les jeunes filles handicapées, en fonction du type de handicap.
- Les systèmes de communication améliorée et alternative et leur individualisation.
- Profil des femmes victimes de VR, besoins et conséquences.
- Profil des femmes victimes de crimes d'honneur, besoins et conséquences.
- Fonctionnement des ressources spécialisées et accès aux soins.
- Principes et critères d'intervention psychosociale, sanitaire et sécuritaire en matière de VFF. Et en particulier :
 - Traitement des traumatismes et du deuil.
 - Formation sur la résilience, entendue comme la manière de se reconstruire après une situation non désirée et traumatisante.
 - Prévention et sensibilisation aux nouvelles victimisations.
 - Mesures correctives possibles.

15.8.3. Infrastructures de soins

Quant aux infrastructures nécessaires à l'intervention, elles ont été envisagées à partir des actions des services spécialisés dans le domaine de l'égalité et de la lutte contre la VFF. Tant dans les enquêtes que dans les entretiens, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Il n'est pas si important qu'il y ait des "bureaux" de soins ; en général, les EELL et les organisations ont des infrastructures limitées et peu de budget pour leur adaptation. L'importance réside dans la **flexibilité des soins et la mobilité** : c'est-à-dire que l'équipe de soins de la ressource ou du service est proche des victimes, et non l'inverse - les EELL et les organisations ont généralement des infrastructures limitées et peu de budget pour leur adaptation.
- **Des espaces avec un minimum d'exigences** : intimes et conviviaux pour accueillir les femmes victimes, dans une atmosphère de sécurité et de confiance.
- Il doit y avoir suffisamment de places pour la garde d'enfants.

- Des espaces virtuels et des **applications (Apps) innovants** pour améliorer l'accessibilité des ressources et de la communication pour les femmes handicapées ou ayant d'autres besoins en matière de communication.
- **L'accessibilité universelle** à toutes les ressources (physiques et virtuelles : face à face ou non), aux services et aux programmes spécialisés dans la prise en charge des femmes victimes de tout type de violence.

15.9. Réparations pour les victimes

La réparation des victimes fait référence à la restitution, à l'indemnisation, à la réhabilitation, à la satisfaction et aux garanties de non-répétition¹⁸⁹. À cet égard, un certain nombre de recommandations ont été formulées et sont présentées ci-dessous :

Sur les violences reproductives : AEAF

- L'indemnisation des victimes est considérée comme très positive, comme cela a été le cas dans d'autres pays, tels que la Suède dans les cas de stérilisation de femmes handicapées ou la République tchèque dans le cas de femmes roms stérilisées.
- Au niveau institutionnel, dans les secteurs judiciaire et sanitaire, il a été jugé important de **publier des circulaires** reconnaissant ces VR massives, ce qui a été fait principalement à l'encontre des DI/TDI. Il est également important de valoriser l'action plus visible du **bureau du procureur général** et de ses domaines spécialisés (violence faite aux femmes, des personnes handicapées et des personnes âgées, crimes de haine et discrimination).
- Mener des actions de **réparation symboliques**, telles que des commémorations et des hommages aux victimes de VR.
- Prendre des mesures pour **garantir la non-répétition**, en accompagnant les changements législatifs relatifs à la stérilisation des femmes handicapées. Par exemple, adapter la procédure de consentement éclairé afin qu'il n'y ait pas de possibilité de la vicier comme cela peut se produire (selon les résultats du travail de terrain), et allouer des ressources pour s'assurer qu'elle est effectuée de manière accessible et avec les supports de communication nécessaires.

¹⁸⁹ Voir par exemple (Sordo Ruz, 2021) où ces termes sont expliqués en détail.

- Possibilité de réaliser de **petites actions réparatrices** dans le cadre de plans d'intervention individualisés.
- Par exemple, si une famille regrette d'avoir stérilisé sa fille handicapée dans le passé.
- Envisager la **responsabilité civile des professionnels** impliqués, notamment dans le secteur de la santé, qui ont pratiqué la stérilisation ou l'avortement forcé (dans ses différentes modalités) sur décision de la famille et sans consentement éclairé.
- Promouvoir des excuses publiques institutionnelles (par exemple de la part d'organismes professionnels médicaux ou sociaux) qui comprennent la reconnaissance des faits et l'acceptation morale de la responsabilité des actions passées.
- Mettre l'accent sur la dimension de réhabilitation de la victime en donnant la priorité aux soins de **santé mentale**.
- Travail psychologique sur les traumatismes, le deuil et l'impact de la VR sur la santé psychologique et émotionnelle.
- Faciliter le droit à l'indignation et à la colère. De nombreuses victimes prennent conscience du droit de réponse après une longue période. Dans le cas des femmes handicapées, les victimes savent qu'en général, ce sont leurs familles qui ont exercé ce droit, mais aussi les professionnels des organisations de personnes handicapées qu'elles fréquentent en tant qu'utilisatrices. En ce sens, elles soulignent l'importance de pouvoir exprimer leur colère et leur malaise dans le cadre de leur processus de réparation.
- Réhabiliter le désir et le droit au plaisir, notamment chez les femmes stérilisées, ce qui ne change rien au fait qu'elles peuvent vivre leur sexualité de manière pleine et satisfaisante.

En outre, dans le cas particulier de la **GPA**, **les recommandations** précisent également cela:

- Faire face psychologiquement au traumatisme et au chagrin causés par la séparation du bébé.
- Travaillez sur les sentiments de culpabilité que certaines victimes éprouvent à l'égard de l'abandon du bébé.
- Mettre en place des mesures internationales permettant, dans le cas où les futures mères souhaitent récupérer leurs enfants, la restitution de la maternité et de la filiation des bébés.

Concernant les crimes dits "d'honneur"

- Étudier les fonds d'indemnisation et de recouvrement proposés dans le modèle suédois, basés sur une partie des sanctions imposées aux contrevenants.
- Instaurer une journée nationale de commémoration des victimes.
- Traiter les conséquences de la violence sur la santé sexuelle et reproductive.
- Faciliter le changement d'identité pour la protection des victimes, y compris la relocalisation dans un autre pays sûr de l'UE sans risque pour les liens familiaux des personnes concernées.

15.10. Renforcer les associations et le mouvement des femmes

En ce qui concerne le rôle des associations de femmes, du mouvement féministe et d'autres organisations de la société civile, les propositions avancées sont assez unanimes pour toutes les formes de violence étudiées, tant pour l'AEAF et le GPA en tant que VR que pour les CH.

Les recommandations visent principalement un **travail coordonné et conjoint** avec les administrations publiques et entre les organisations elles-mêmes ; elles sont les suivantes :

- Renforcer la gouvernance participative des politiques relatives aux chaînes de valeur mondiales.
- Faciliter la participation des associations de femmes et du mouvement des femmes dans les espaces institutionnels existants (ou à créer), par exemple les tables de coordination locales, les groupes de travail, etc.
- Collaborer à la production de connaissances et à l'enregistrement et l'identification des cas de violence.
- Encourager les campagnes de sensibilisation conjointes.
- Agir conjointement pour la diffusion des ressources disponibles.
- Collaborer avec les associations spécifiques de femmes victimes de VR et les CH et leurs réseaux associatifs de soutien.
- Établir des synergies et des alliances pour renforcer le plaidoyer politique en ce qui concerne les violences masculines moins connues.
- Organiser des forums, des réunions et des conférences communes pour sensibiliser la société.

- Favoriser l'accessibilité et l'intersectionnalité dans la conception de ses activités, programmes, activités ou ressources.
- Inclure dans leurs discours, campagnes et manifestes la visibilité de la VR et des CH et faire en sorte que les femmes victimes soient représentées dans ces actions.
 - Travailler ensemble pour rendre visibles des formes de violence moins connues à l'occasion d'anniversaires tels que : le 8 mars, Journée Internationale de la Femme Travailleuse ; le 25 novembre, Journée Internationale pour l'Élimination de la Violence à l'égard des Femmes ; le 14 février, Journée Européenne de la Santé Sexuelle ; le 4 septembre, Journée Mondiale de la Santé Sexuelle ; le 3 décembre, Journée des Droits des Personnes Handicapées ; le 8 avril, Journée Internationale des Roms ; le 20 juin, Journée Mondiale du Réfugié, etc.

15.11. Prévention et sensibilisation

Les propositions ont été orientées vers trois groupes cibles distincts, les femmes victimes, les acteurs institutionnels et autres acteurs de l'action, et la société locale en général.

Dans tous les cas, la nécessité de placer les femmes victimes de violence au centre des actions a été soulignée :

- Encourager les **femmes elles-mêmes à être les référents et les protagonistes** des actions de sensibilisation ; rendre visibles leurs droits fondamentaux et leurs droits reproductifs, en contribuant à une image positive des femmes, ce qui aidera à briser les mythes existants dans l'imaginaire social.

Les considérations suivantes ont été notées en ce qui concerne la sensibilisation et la prévention **des victimes de VR**:

- Élaborer des **documents d'information** spécifiques :
- Élaborer, en collaboration avec le SAAC, du matériel adapté aux différentes sensibilités culturelles et aux handicaps.
- Innover dans les formats numériques et les médias sociaux.
- Élaboration et diffusion de guides, de brochures, d'affiches dans différents formats accessibles à toutes les femmes (lecture facile, pictogrammes, braille, interprétation

vidéo, langues multiples...) visant à fournir des informations aux femmes sur VG, ce qu'elle est, comment la détecter, où demander de l'aide, les droits, etc.

- Garantir l'accessibilité universelle de toutes les campagnes.
- **Faire participer de vraies victimes** aux campagnes, en montrant leur diversité afin que d'autres femmes puissent s'identifier, car si elles ne sont pas présentes dans les actions de prévention, il leur sera difficile d'accéder à l'intervention.
- Promouvoir les **groupes de femmes**, la formation et l'accompagnement professionnel, pour la connaissance de leurs droits, de la VVF, des DRSS, des pratiques préjudiciables et des réseaux de santé communautaires.
- Développer des programmes de formation de **pair à pair** pour les formateurs ou les groupes de **défenseurs des droits de la femme**, de la santé et des droits sexuels et reproductifs ou autres.
- Promouvoir l'**éducation sexuelle et affectif-sexuelle** dès l'enfance et tout au long de la vie adulte.
- Travailler avec les familles des femmes handicapées victimes de l'AEAF sur leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Travailler **avec les communautés et les communautés** culturelles des victimes où les pratiques préjudiciables à l'égard des femmes persistent, sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, et plus particulièrement sur les pratiques de contrôle et d'oppression associées à la VG.

En ce qui concerne le dernier point, il convient de garder à l'esprit la Recommandation générale n° 31 du Comité CEDAW (2014) et l'Observation générale n° 18 du Comité des droits de l'enfant "sur les pratiques préjudiciables", concernant les **défis de la sensibilisation avec et dans les communautés où la CH est répandue** :

"Un défi sous-jacent à relever est la perception possible que les pratiques nuisibles ont des effets bénéfiques pour la victime et les membres de sa famille et de sa communauté. Par conséquent, toute approche axée uniquement sur la modification des comportements individuels présente des limites considérables. Il convient plutôt d'adopter une approche collective ou communautaire large et holistique. Les interventions respectueuses des particularités culturelles, qui renforcent les droits de l'homme et permettent aux communautés pratiquantes d'explorer collectivement et de convenir d'autres moyens de concrétiser leurs valeurs et d'honorer ou de célébrer leurs traditions sans causer de préjudice ou porter atteinte aux droits

fondamentaux des femmes et des enfants, peuvent conduire à l'élimination durable et à grande échelle des pratiques préjudiciables et à l'adoption collective de nouvelles normes sociales. Les manifestations publiques d'un engagement collectif en faveur de pratiques alternatives peuvent renforcer leur viabilité à long terme. La participation active des dirigeants communautaires est cruciale à cet égard" (paragraphe 59).

En ce qui concerne les **agents institutionnels**, ces recommandations sont à prendre en compte:

- **Faire en sorte que la VR soit considérée** comme un type de VFF dans tous les forums possibles, en sensibilisant à ses conséquences et à ses liens avec d'autres formes de violence.
- Actions visant le **personnel et les agents politiques et les professionnels** : du domaine de la santé, de la SSR, les étudiants des disciplines des sciences de la santé et des sciences sociales, les opérateurs juridiques et les FCSE, les professionnels des ressources pour la prise en charge des femmes victimes de VG.
- La modification de l'article 156 du Code Pénal, qui rend la stérilisation illégale en 2020 avec l'approbation de la loi organique 2/2020, du 16 décembre, modifiant le code pénal pour éradiquer la stérilisation forcée ou non consensuelle, est encore récente et inconnue, et n'a pas pénétré d'autres acteurs au-delà du mouvement des personnes handicapées. Il est donc urgent de **diffuser, de former et de sensibiliser** les différents agents afin que cette loi ne reste pas un simple changement formel, mais devienne effective.
- Sensibiliser les professionnels aux ressources, services et programmes de **soins spécifiques pour les personnes handicapées**, qui ne sont pas conscients des conséquences réelles de ce type de VR et de la violation des droits qu'il implique. Dans le passé, nombre de ces professionnels ont pu être *complices* par ignorance, en conseillant aux familles ce type de pratiques forcées.
- Organisations et associations : élaborer des **positions internes** sur les protocoles relatifs à la sexualité, à la vie privée et à l'intimité, ainsi que des protocoles de prévention de la violence au sein des organisations et des services de soins (en particulier avec les personnes handicapées et les groupes qui doivent résider ou rester dans des institutions spécialisées).
- **Développement** et diffusion de matériel : guides, brochures de recommandations, manuels de bonnes pratiques, plateformes, applications, etc. ainsi que sensibilisation

des institutions, organisations et EELL de référence dans le domaine de la prise en charge des VR et CH.

Enfin, [en ce qui concerne la conscience sociale](#), et en particulier la société locale, les actions de sensibilisation de la communauté suivantes sont proposées :

- Promouvoir la visibilité des associations locales de femmes et du mouvement féministe, qui alertent et sensibilisent à cette violence.
- Profiter des anniversaires et des commémorations pour les dédier périodiquement à la VR ou inclure la VR et les CH dans les thèmes de sensibilisation, à la fois dans les médias et dans les médias sociaux.
- Travailler avec les prestataires de soins et de santé locaux pour les sensibiliser aux typologies de violence reproductive et aux protocoles de détection, de signalement et d'intervention, y compris les pharmacies.
- Inclure des groupes de travail spécifiques sur la VR et les CN dans les tables rondes locales de la VFF.
- Sensibiliser les communautés en s'efforçant de créer un leadership pour le changement en tant que prescripteurs ou figures de respect au sein de la communauté afin d'éradiquer les pratiques néfastes, le contrôle de la communauté sur les femmes et les stéréotypes de genre basés sur une notion d'infériorité des femmes.

16. Recommandations concernant ATENPRO

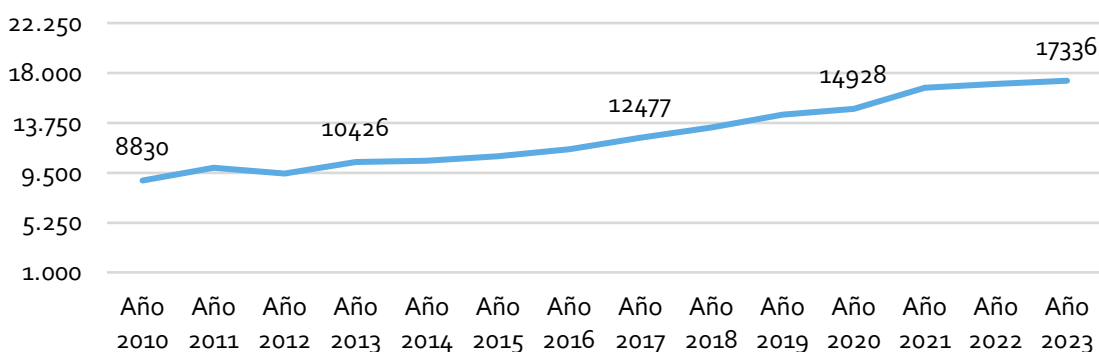
1.1. Présentation du service

La Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces (FEMP) est l'association d'organisations locales la plus largement établie au niveau national¹⁹⁰. L'un de ses buts et objectifs statutaires est de sensibiliser sur la situation des femmes dans l'administration locale. La FEMP est considérée comme "un instrument d'utilité publique incontestable pour compléter la prise en charge et la protection des victimes de VG"¹⁹¹.

Depuis 2004, la FEMP est responsable de la gestion du Service téléphonique pour la prise en charge et la protection des victimes de VG (ATENPRO) qui, avec la mise à jour du protocole d'action en juillet 2023, a été renommé *Service téléphonique pour la prise en charge et la protection des victimes de violences faites aux femmes* (ATENPRO). Il est géré par le Ministère de l'Égalité (DGVG).

Au 31 mai 2023, il y avait au total **17 336 utilisateurs actifs** du service (DGVG, 2023). Depuis son lancement, la demande n'a cessé d'augmenter. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de bénéficiaires.

Graphique 13. ATENPRO : évolution dans le temps du nombre d'utilisateurs actifs (2010-2023)



Source : DGVG-FEMP (2023). Portail statistique de la DGVG mis à jour le 29/06/2023.

¹⁹⁰ Il touche plus de 95 % de la population espagnole dans les 7 239 municipalités, 39 conseils provinciaux et 10 conseils insulaires qu'il regroupe (voir le décret royal 1042/2021 du 23 novembre).

¹⁹¹ Reconnu par le Décret Royal 1042/2021 du 23 novembre.

En collaboration avec ATENPRO, la FEMP fournit d'autres **services aux EELL afin de renforcer l'action locale contre la violence faite aux femmes** :

- Leur participation à la mise en œuvre du PECVG ;
- L'élaboration de guides et de matériel ;
- La plateforme de formation pour les EELL ;
- Diffusion des activités, conférences et autres actions ;
- Participation à des réseaux internationaux de collectivités locales :

ATENPRO est une **ressource clé dans le cadre du processus global de rétablissement des VVG**. Ses **objectifs spécifiques** sont donc les suivants:

- a) Assurer la prise en charge, la sécurité et la sérénité des usagers et, par extension, de leur entourage, en leur offrant informations et conseils et en leur garantissant une communication interpersonnelle avec des professionnels spécialisés, 24 heures sur 24 et 365 jours par an.
- b) Améliorer l'estime de soi et la qualité de vie des usagers, en les aidant à créer un réseau de soutien social dans leur environnement habituel et en les encourageant à maintenir, en toute sécurité, le contact avec la famille et l'environnement social non délinquants.
- c) Assurer une attention immédiate et adéquate aux situations d'urgence, en assurant la sécurité et en mobilisant les ressources appropriées.
- d) Avoir un suivi actif grâce à des contacts réguliers avec le centre de soins.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

- L'inscription au service **se fait par l'intermédiaire des services sociaux locaux ou des services pour l'égalité** (correspondant au lieu de résidence du MVC).
- Le **centre de soins** est géré par une ONG, actuellement la Croix-Rouge espagnole.
- Le service assure la sécurité et la tranquillité d'esprit des victimes et leur offre un soutien, des informations et des conseils par le biais d'une **communication interpersonnelle** pour tout besoin lié à leur situation de VG, 24 heures sur 24, 365 jours par an.
- Le service ne se limite pas à répondre aux demandes ponctuelles des usagers, mais comprend également des **actions préventives programmées** dans le cadre d'un système de suivi individualisé.

- Il est basé sur l'utilisation des **technologies de communication** par téléphone mobile et de télélocalisation et dispose d'un module d'assistance à distance pour les sourds (SoTA).
- Le dispositif porté par les victimes est similaire à un téléphone portable ; il comporte des notifications : sonores, lumineuses, graphiques et vibratoires (personnalisables). L'alarme peut être activée par un bouton physique (bouton latéral facilement accessible). Il est doté de boutons appropriés en termes de taille, de contraste et de combinaison de couleurs, ainsi que d'un menu adapté, simplifié et personnalisable.

Dans le cadre de son application et, surtout, après l'entrée en vigueur de la Convention d'Istanbul, ATENPRO **a dû être mis à jour**. Les fonds et l'impulsion nécessaires ont été obtenus grâce au décret royal 1042/2021, du 23 novembre, qui régit l'octroi direct d'une subvention à la FEMP pour la modernisation et l'expansion des mécanismes de prise en charge et de protection des victimes de la violence machiste dans le cadre du PRTR financé par l'Union Européenne-NextGenerationEU (modifié par le décret royal 194/2023, du 21 mars).

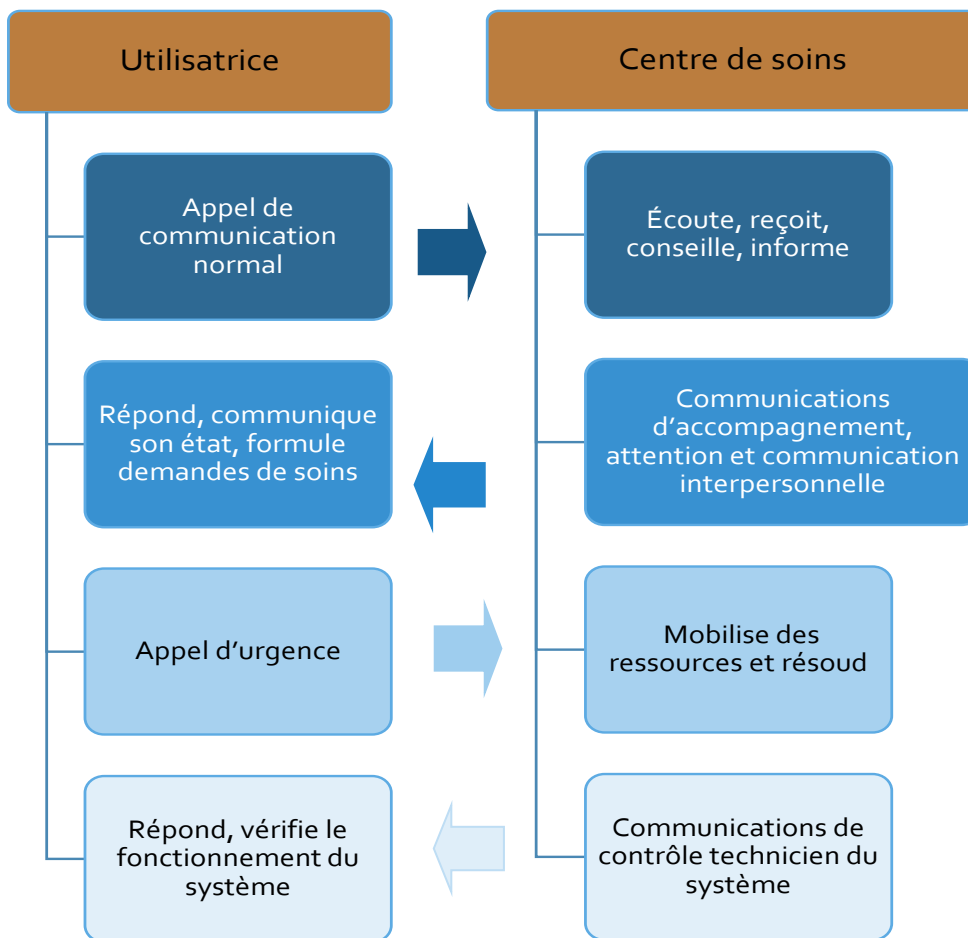
- Outre l'augmentation progressive de la demande d'accès au service, *l'exposé des motifs du décret royal 1042/2021* souligne la nécessité d'avancer dans la modernisation et la numérisation et de répondre à toutes les formes de VFF, comme l'exige la Convention d'Istanbul. Comme nous l'avons déjà expliqué dans l'introduction de ce rapport, c'est l'une des raisons de l'origine de cette recherche.
- Cette modernisation s'inscrit dans le cadre du **plan "L'Espagne vous protège contre la violence sexiste"**, qui fait partie de l'investissement 4 du volet 22 du PRTR, et dont l'une des mesures consiste à étendre et à rendre accessibles les services de prise en charge intégrale à toutes les victimes potentielles, ainsi qu'à réduire la fracture numérique qui affecte le service actuel.
- L'**investissement comprend** : l'amélioration des exigences techniques des appareils téléphoniques ; l'extension de leur couverture ; la réduction de leur taille et de leur poids ; l'augmentation de l'autonomie des batteries ; et l'intégration de nouvelles fonctionnalités pour améliorer l'accessibilité des personnes souffrant de troubles de l'audition ou de la parole et de malvoyance.
- En outre, les **actions prévues** comprennent : des boutons d'alarme externes accessibles aux femmes à mobilité réduite, des alertes automatiques d'inactivité sur le terminal mobile, des smartwatches, un canal de communication avec le centre de contrôle par

chat, un site web du service, la création d'une application informatique qui incorpore toutes les informations sur les utilisateurs et les EELL, et une évaluation de l'analyse Big Data du service.

Dans le cadre de ce processus, le **protocole d'action du Service a été mis à jour** en juillet 2023, en remplaçant la référence aux "victimes de la violence fondée sur le genre" par une référence aux "victimes de la violence faite aux femmes".

- **Le protocole** est l'instrument qui contient les procédures opérationnelles d'ATENPRO pour tous les acteurs impliqués. Il couvre:
- La description du service et ses objectifs ; les types d'inscription (ordinaire et extraordinaire) ; les conditions d'accès ; la relation entre la gestion des services sociaux, d'une part, et l'organisation qui fournit le service, d'autre part ; la durée du service ; les procédures de résiliation ; l'information fournie aux utilisateurs ; les mesures à prendre lorsque les utilisateurs changent de municipalité ; la description du fonctionnement du service ; le suivi du dossier par les centres de services sociaux ; et les communications aux Communautés Autonomes et aux villes de Ceuta et de Melilla.
- Il comprend plusieurs annexes : sur les règles de fonctionnement (I) ; les procédures de traitement des demandes d'enregistrement (II) ; les procédures d'évaluation de la continuité (III) ; la procédure de désenregistrement (IV) ; les formulaires de demande, qui comprennent différents formulaires (V) ; et la demande d'adhésion des EELL à ATENPRO (VI).
- Le schéma de **fonctionnement de base** est résumé dans l'illustration suivante :

Illustration 10. Schéma de fonctionnement d'ATENPRO (juillet 2023)



Source : Ministère de l'Égalité - FEMP (2023)

Note : (*) Appels d'urgence : (1) soins psychosociaux ; (2) pré-alarmes pour proximité d'un agresseur ou situation potentiellement dangereuse ; (3) alarme pour agression.

(**) Niveau 1 : réponse verbale ; niveau 2 : mobilisation des ressources établies avec les EELL (soins de santé, centre de crise, police locale, service d'urgence 112, police nationale, garde civile, police autonome, ou autres) ; niveau 3 : transfert de l'utilisateur vers un centre spécialisé.

1.2. Évaluations et propositions

Tout au long du travail de terrain, par le biais d'enquêtes, de consultations avec des experts et de l'étude des pratiques de soins, les principales caractéristiques d'ATENPRO ont été évaluées sous différents angles. Sur la base des informations fournies, les propositions suivantes sont formulées, dont beaucoup sont suggérées directement par les EELL et les organisations participant à l'étude. Ces propositions sont les suivantes :

1.3. Fonctionnement et exploitation du service

Les [conditions d'accès au service](#) requièrent une certaine flexibilité dans la mesure où les victimes de VR et les victimes de CH ont - pour l'instant - des difficultés à être reconnues comme des VFF. Comme cela a déjà été expliqué tout au long de la recherche, il s'agit de formes de violence contre lesquelles il n'y a pas de tendance à recourir au système judiciaire et policier ; par conséquent, la grande majorité des victimes n'ont pas porté plainte ou n'ont pas reçu de condamnation de leurs agresseurs. Par ailleurs, l'Espagne n'a pas l'habitude de rédiger des rapports qui servent d'accréditation administrative pour ces formes de violence et qui, par conséquent, n'ont pas de titres faisant autorité.

Lorsque ces formes de violence seront reconnues par les services locaux de lutte contre la VFF et les services sociaux, les victimes pourront être prises en charge (voir les recommandations sur le cadre institutionnel dans le chapitre précédent).

La possibilité que, exceptionnellement, le DGVG puisse considérer certaines décharges comme extraordinaires, peut favoriser l'accès de ces victimes au service.

En ce qui concerne les [conditions d'accès](#) actuellement envisagées dans le protocole d'action, il existe également des difficultés ; outre l'absence de qualification, il y a deux barrières. D'une part, "ne pas cohabiter avec l'agresseur", dans le cas de ce type de violence, il ne doit pas nécessairement s'agir d'une seule personne mais, par exemple, d'un environnement familial ou institutionnel (s'il s'agit d'une ressource de soins) pour les femmes handicapées, ou d'un environnement communautaire pour les victimes de la CH.

Après avoir subi de VR, les victimes handicapées continuent de vivre avec la famille qui a perpétré la violence. Les femmes ont peu de possibilités de quitter le milieu familial, pour différentes raisons : elles sont financièrement dépendantes et dépendantes des soins, elles constituent leur principal réseau de soutien et il existe un lien d'affection. Celles qui vivent dans des centres d'hébergement sont dépendantes des professionnels qui ont commis les violences. La mise en place d'un logement alternatif accessible peut prendre beaucoup de temps.

Le GPA n'est pas une forme de violence entre partenaires intimes, mais une forme d'exploitation reproductive par des étrangers ou, dans certains cas, des membres de la communauté.

Par ailleurs, il peut être difficile pour ces victimes de "participer à des programmes spécialisés de soins complets et de rétablissement", car ces programmes n'existent souvent pas ou, s'ils existent, ne leur sont pas toujours accessibles pour diverses raisons. Cependant, elles peuvent participer à d'autres services plus généraux de lutte contre la VFF ou à des traitements médicaux visant à leur rétablissement.

Aucun obstacle à l'accès au service par le biais de demandes extraordinaires n'a été identifié.

En ce qui concerne les **normes de service**, une certaine flexibilité peut s'avérer nécessaire. Par exemple, une femme souffrant de troubles mentaux graves peut avoir un comportement perturbateur qui l'amène à ne pas respecter les règles. Le **contrôle du fonctionnement** du terminal doit être adapté aux différents handicaps.

Les caractéristiques de cette violence ont un impact sur divers aspects de la **gestion** par les services sociaux ou d'égalité et l'organisation prestataire, comme le prévoit le protocole d'action dans son format actuel. Les propositions portent sur les aspects suivants :

- Dans un premier temps, il sera nécessaire d'**augmenter ou de renforcer les services spécialisés** et les domaines d'attention, au moins ceux de la santé sexuelle et reproductive, de la prise en charge du handicap, de la médiation culturelle et de l'interprétation, ainsi que de la protection internationale et de l'inclusion sociale. Ils ont également un impact sur le **fonctionnement du service**.
- On considère qu'il peut y avoir des obstacles en ce qui concerne la **communication avec les utilisateurs**, depuis les informations de base sur le service jusqu'à l'ensemble des communications qui le développent (appels et interactions avec le centre de soins). Ceci est dû aux critères déjà discutés tout au long de la recherche sur l'accessibilité universelle et l'adaptation culturelle requise par les principaux profils de victimes de la VR et du CH. Voir les recommandations relatives aux principes de prise en charge et d'accès aux services).
- En ce qui concerne l'**information des utilisateurs**, il est considéré comme essentiel de développer du matériel avec des pictogrammes qui favorisent la compréhension interculturelle et couvrent les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle, ainsi que des mineurs. Cela impliquerait également une traduction dans différentes langues, y compris les langues rares des minorités ethniques de certaines

nationalités dans lesquelles des pratiques préjudiciables persistent et qui ne sont pas les langues majoritaires de la population étrangère en Espagne.

- La **fréquence des contacts** de suivi et leurs caractéristiques doivent être adaptées et individualisées afin de remplir une véritable fonction préventive. Un soutien à la communication doit être prévu.
- Il a été très apprécié qu'ATENPRO dispose d'une **extension successive de sa** prestation, généralement jusqu'à un maximum de 10 ans, précisément parce que les violences moins connues se caractérisent par des conséquences à long terme.
- En ce qui concerne les **sorties du service d'ATENPRO**, il a également été considéré que certaines adaptations étaient nécessaires en ce qui concerne la notion de "non-conformité répétée".
- La plupart des personnes interrogées soulignent que dans le cas des femmes handicapées victimes de VR, il faut veiller à ce que le congé volontaire soit une décision de la femme et qu'il n'y ait pas de manipulation de la part de la famille ou de l'environnement. De même, dans le cas des victimes de GPA, il faut veiller à ce que la décision soit libre de toute pression extérieure.
- Dans le cas des **stérilisations et des avortements forcés**, il s'agit de formes de violence irréversibles et, par conséquent, pour mettre fin à la participation de la femme au service en raison de la résolution de la situation, il convient de prendre en considération des aspects clés tels que : dans quelle mesure la femme a-t-elle trouvé un réseau de soutien lui permettant de surmonter ce malaise ou si elle a surmonté le deuil de l'ensemble du processus.
- Dans le cas des victimes des CH et de GPA, il est possible, compte tenu de leur profil et de leur **mobilité internationale**, de prévoir des accords de collaboration avec des services similaires dans d'autres pays afin d'offrir la plus grande sécurité aux victimes et d'assurer la continuité de leur processus de rétablissement.
- En ce qui concerne les procédures de **soins d'urgence**, la difficulté réside dans le fait que l'on connaît encore mal la typologie des situations de crise auxquelles les victimes de VR et de CH peuvent être confrontées. La première proposition consiste donc à générer des connaissances plus spécialisées sur cette question et, surtout, à rendre les

procédures plus flexibles dans la pratique. Il serait donc intéressant de créer un groupe de travail spécifique sur cette question dans le cadre du suivi d'ATENPRO.

- En principe, l'évaluation globale des appels d'urgence et les niveaux de réponse prévus par le service sont considérés comme adéquats (voir graphique 8). Toutefois, il convient de souligner que les différents types d'agression (qui ne sont ni de la VS ou de la VG) signifient que les contextes d'urgence ne ressemblent pas à d'autres VFF plus familières.

Enfin, il est considéré que [les outils de gestion du système](#) (modèles d'enregistrement standard) avec lesquels l'enregistrement des informations ATENPRO et leur suivi sont construits, ont un grand potentiel d'amélioration, en général et pour leur adaptation aux VR et aux CH.

- Ces cartes, qui tendent à être mises en œuvre par le biais de feuilles de calcul Excel, sont basées sur des champs d'écriture ouverte. Il s'agit d'un stockage massif d'informations qualitatives dont l'exploitation statistique est impossible. Cela entrave la production de connaissances, le suivi des formes diverses et multiples de violence auxquelles les usagers sont confrontés, le suivi de leur évolution, l'accès spécifique aux services spécialisés, ainsi que l'évaluation du service lui-même.
- Le développement d'une plateforme où les inscriptions se font à l'aide de formulaires plus fermés, basés sur des catégories exclusives et exhaustives, avec peu de champs ouverts, peut contribuer à résoudre ces déficits. De même, la possibilité d'ajouter de la documentation, des vidéos et des audios des utilisateurs eux-mêmes faciliterait l'intervention et son suivi, ainsi que l'accès au personnel spécialisé (orthophonistes, médiateurs de la communication, interprètes et médiateurs culturels, etc.)

Illustration 11. Extrait du fichier utilisateur - Protocole d'action ATENPRO.

7. FICHA DE LA USUARIA

VG
Código Provincial
N° Correlativo

Código / Expediente

Identificación de la Usuaría

Nombre

Apellidos

DNI / NIE / Pasaporte

Lugar y Fecha de Nacimiento

Nacionalidad Estado Civil

Nivel de Estudios Situación Laboral

Discapacidad SI NO

Localización de la Usuaría Telf. Móvil Personal

Domicilio actual de Residencia

Dirección Completa

Municipio
Provincia
Teléfono Fijo

Observaciones (¿Recurso tutelado?, barrio, pedanía, punto de referencia...)

Domicilio Laboral

Dirección Completa

Municipio
Provincia
Teléfono Fijo

Observaciones (empresa, barrio, punto de referencia...teléfono sólo si se estima oportuno)

Estado Físico-Psíquico-Sanitario de la Usuaría

Describir enfermedades importantes, discapacidades, medicación...

Núcleo Convivencial

	Nombre y apellidos	Relación	Año nacim.	Nº Teléfono propio
a				
b				
c				
d				
e				

Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente)

Personas de Contacto (no facilitar datos de personas que no conocen los episodios de maltrato)

	Nombre y apellidos (por prioridad)	Relación	Teléfono 1	Teléfono 2	Municipio	¿Llaves?
1						
2						
3						
4						

Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto)

Source : Ministère de l'Égalité-FEMP (2023:44-45).

- En revanche, ces fiches de collecte (voir illustration ci-dessus) ne reprennent aucune - des **typologies de violence** visées dans les VR (sous ses multiples formes) ni dans les CH (sous ses différentes expressions). Il n'y a pas de champs pour les identifier, ni pour décrire leurs conséquences ou les besoins des victimes. La modification mentionnée ci-dessus permettrait de remédier au mieux à cette faiblesse.
- Il serait nécessaire de collecter des informations au moins en ce qui concerne :
 - En ce qui concerne la fiche d'**information sur les victimes** : la typologie des handicaps des victimes, et pas seulement leur présence ; les origines ethniques spécifiques et les minorités culturelles ou religieuses auxquelles elles appartiennent ; les langues parlées au total ; la relation avec les diasporas étrangères et le pays d'origine (par exemple pour évaluer le risque d'enlèvement ou de délocalisation).
 - Dans l'*état physique, psychologique et sanitaire* de l'usagère, il est nécessaire de faire explicitement référence à la SSR, indépendamment de la VFF à laquelle elle est confrontée.
 - En ce qui concerne les conditions de vie de l'utilisateur, le type de cohabitation avec la famille élargie et la présence de réseaux familiaux au second degré, qui sont pertinents pour les CH, devraient être pris en compte, ainsi que d'autres types de

cohabitation que peuvent connaître les femmes handicapées vivant dans des établissements de soins.

- En ce qui concerne les **données de l'agresseur**, il faut tenir compte du fait qu'elles peuvent être multiples ou avoir une dimension communautaire, et qu'il est donc nécessaire de mieux décrire l'environnement de la victime, sa présence dans l'habitat municipal de la victime et aussi dans d'autres municipalités voisines, afin de mieux évaluer sa sécurité.
- En ce qui concerne **l'évaluation des risques**, ces formes de violence sont confrontées à un manque important de connaissances sur le moment où les communautés, les familles ou les institutions peuvent commettre une agression dans la sphère reproductive ou en raison de l'"honneur". En tout état de cause, il est recommandé de revoir les recommandations formulées sur la détection dans le chapitre précédent afin d'évaluer leur inclusion dans les formulaires de collecte de données.
- **L'histoire de l'agression** n'est pas non plus adaptée à la violence dont nous parlons, car elle transcende celle du partenaire ou des agresseurs inconnus ; les types d'abus n'incluent aucune des VR et aucune des agressions potentielles qui relèvent de la notion d'"honneur".
- En ce qui concerne la **fiche de ressources d'urgence**, il est important de préciser le degré d'accessibilité et d'adaptabilité culturelle des ressources disponibles, en plus de spécifier celles relatives à la santé sexuelle et reproductive, à la facilitation de la communication et à l'interprétation culturelle.

1.4. Sur la communication interpersonnelle et l'accompagnement

Des recommandations ont été formulées concernant les lignes directrices ou les critères qui devraient guider la communication personnelle et l'accompagnement des victimes par les professionnels du service ATENPRO :

- **Demander à l'usagère** quelle forme de communication elle souhaite utiliser. La communication par téléphone peut constituer un obstacle. La vidéoconférence offre une proximité, non seulement par le langage verbal, mais aussi par le langage corporel.
- **Faciliter l'appel vidéo**, ce qui favorise la compréhension et le lien avec le professionnel. Il est adapté aux femmes sourdes, mais aussi aux femmes ayant d'autres handicaps. Les

personnes interrogées au CNSE **recommandent la révision du service SOTA pour les femmes sourdes**, qui serait plus lent et moins accessible que souhaitable.

- Dans la mesure du possible, en particulier dans le cas des DI/TDI, il est **recommandé que ce soit toujours le même professionnel** ou, le cas échéant, deux professionnels de référence. Leurs processus de récupération sont plus lents, leurs processus de communication, d'intégration et d'assimilation de la VR subie. Il y aura plus d'échecs et d'avancées.
- Les DI/TDI ont besoin d'un **langage adapté selon les critères d'accessibilité cognitive**. Explications brèves, langage clair et simple.
- Il est important de **s'assurer de la compréhension** des informations et de la raison des interactions, par exemple en répétant une série de questions. En particulier s'il s'agit de femmes ayant des expériences négatives avec les institutions. Pour des raisons de désirabilité sociale et d'acquiescement, elles peuvent prétendre comprendre le praticien et en fait ne pas le comprendre.
- **Encourager la responsabilité**. Évitez les attitudes surprotectrices et paternalistes, encouragez continuellement l'autodétermination et l'autoreprésentation.

1.5. Sur l'évaluation des résultats

Enfin, **certaines** propositions ont également été formulées sur la manière d'évaluer les résultats des interventions menées par le service ATENPRO :

- De nature qualitative :
 - Degré de stabilité du comportement.
 - Mesure dans laquelle la femme a amélioré son estime de soi.
 - Aspects de sa santé qui se sont améliorés
 - Si, au cours des soins, la fréquence des appels de suivi a augmenté ou diminué et une explication des raisons de cette évolution.
 - Autonomie et soutien reçus.
 - Mesure dans laquelle le réseau de soutien social s'est développé.
 - Nombre de mesures prises pour résoudre les situations de crise.
 - Surmonter le deuil et le traumatisme de l'ensemble du processus.
 - Autres formes de violence détectées et mesures prises.

- De nature quantitative :
 - Nombre d'appels de suivi effectués.
 - Durée moyenne des appels de suivi.
 - Nombre d'appels par situation de crise et type de crise traitée.
 - Nombre d'appels de crise infructueux et raison.
 - Nombre d'orientations vers d'autres services et type de ressources.
 - Nombre de soutiens reçus.
- Satisfaction des utilisateurs : utilité, qualité, accessibilité du service et des soins, perception par les femmes de leurs propres progrès et propositions d'amélioration du service.

17. Propositions pour un modèle d'intervention locale

L'élaboration des propositions suivantes a prise en considération, outre les informations recueillies tout au long de la recherche, le "Catalogue de référence des politiques et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes conformément aux normes internationales en matière de droits de l'homme" approuvé par la Conférence Sectorielle sur l'Égalité, lors de sa réunion plénière tenue le 22 juillet 2022 à Ténériffe (ci-après dénommé "[le Catalogue](#)").

Ce Catalogue est inclus dans la Résolution du 16 mars 2023, de la Secrétaire d'État à l'Égalité et à la Lutte Contre la Violence de Genre, qui publie l'Accord de la Conférence Sectorielle sur l'Égalité du 3 mars 2023, approuvant le plan pluriannuel conjoint sur la violence faite aux femmes (2023-2027)¹⁹².

Ainsi, le modèle local proposé **est guidé par trois références institutionnelles** clés : la Convention d'Istanbul, les réglementations en vigueur et les plans stratégiques thématiques et résolutions de la Conférence Sectorielle sur l'Égalité¹⁹³.

Ces références soulignent les aspects fondamentaux qui devraient guider le travail de toute administration publique en ce qui concerne la VFF.

En outre, il existe des recommandations spécifiques du mécanisme de suivi de l'application de la Convention d'Istanbul dans notre pays (le comité GREVIO), ainsi que d'autres recommandations formulées par d'autres organisations internationales telles que la CEDAW et la CRPD, auxquelles la recherche s'est référée dans les chapitres pertinents sur les cadres institutionnels de référence pour chacune des formes de violence étudiées.

¹⁹² Publié au BOE n° 67, lundi 20 mars 2023 (accès).

¹⁹³ En ce qui concerne les résolutions de la Conférence Sectorielle sur l'Égalité, ces accords reflètent la convergence des Régions Autonomes et du Gouvernement National sur le cadre d'action conjointe qui doit exister dans notre pays pour garantir la stabilité et la permanence des politiques et des services publics dans le domaine de la violence faite aux femmes. Ils découlent également de la législation en vigueur et du Pacte d'État contre la violence à l'égard des femmes (mis à jour le 25 novembre 2021).

17.1. La prévention

17.1.1. Prévention secondaire : détection précoce et diagnostic

Les diagnostics améliorent les connaissances sur la violence et sont essentiels pour la conception et l'évaluation des politiques publiques. Des recommandations ont été formulées à cet égard dans un chapitre précédent.

En ce qui concerne les **instruments locaux** de **diagnostic de** ces formes de violence parmi les femmes de la population résidente, elles pourraient être mise en œuvre de plusieurs manières complémentaires :

- Par le biais d'**études périodiques** spécifiques au niveau local.
- Dans le cadre d'autres études sur les formes de VFF qui persistent, y compris les typologies de VR et les façons dont les CH se manifestent ; en **interrogeant directement les femmes sur leur prévalence dans les enquêtes**.
- Évaluer la **présence et les caractéristiques de la population résidente en ce qui concerne** les groupes et les profils considérés comme les plus vulnérables.
- Inclure de **nouveaux champs d'enregistrement** de données dans les instruments existants.

En plus de ce qui précède, il est important d'examiner les ressources locales où les **informations** peuvent **commencer à être enregistrées et collectées**, comme les différents services municipaux (santé, SSR, VFF, soins aux personnes handicapées, peuple gitan, migrants et réfugiés), les prestataires privés de soins de santé et de soins aux personnes handicapées, et les associations.

- Les organisations et **associations de femmes et les ONG** qui s'occupent des groupes dont le profil est le plus affecté par cette violence sont des espaces privilégiés pour la détection et l'enregistrement quantitatif des cas.

En ce qui concerne la détection **précoce**, les **protocoles de détection** des différents types de VFF (y compris ceux visant à prévenir les comportements suicidaires) établissent des "flux d'orientation et de coordination"¹⁹⁴ pour faciliter la détection et l'orientation de ces cas vers des services complets de lutte contre la VFF.

¹⁹⁴ Comme indiqué dans le catalogue susmentionné.

- Comme indiqué ci-dessus, l'Espagne ne dispose pas encore de ce type d'outil pour l'AEAF, le GPA ou les CH. Cependant, jusqu'à ce qu'ils soient mis en œuvre, **les professionnels de référence seraient ceux des services spécialisés dans la lutte contre la VFF.**
- Les domaines auxquels la détection fait référence sont très nombreux et tous nécessaires : éducation, santé (médecine familiale, pédiatrie, soins infirmiers, sage-femme, travail social, urgences, santé mentale et gynécologie), réseau de centres de services sociaux et de centres résidentiels (centres de jour pour les sans-abri ou les personnes menacées d'exclusion sociale, centres liés au handicap, centres de jour pour les personnes âgées, centres de protection internationale et d'inclusion des migrants) et points de rencontre pour les familles¹⁹⁵.
- En outre, pour la détection de l'AEAF, il est nécessaire de prendre en compte les personnes qui s'occupent des femmes et des personnes handicapées (centres de jour, centres occupationnels, centres spéciaux d'emploi, programmes d'insertion professionnelle, foyers résidentiels, logements protégés, entre autres, et réseaux associatifs).
- En ce qui concerne le GPA, les lieux de dépistage peuvent être les registres d'état civil et les bureaux d'enregistrement, les services de pédiatrie et de soins aux enfants, les soins primaires ou les services de gynécologie et d'obstétrique.
- En ce qui concerne les victimes du CH, on a tendance à faire la distinction entre les ressources en matière de santé sexuelle et reproductive, l'éducation, l'intégration des étrangers et les services en faveur de la diversité des genres.

Ainsi, dans les espaces d'intervention quotidienne, il serait nécessaire que les professionnels connaissent les [indicateurs d'alerte ou de risque](#).

¹⁹⁵ Il convient de noter que le Catalogue mentionne explicitement ce qui suit : "En ce qui concerne la mention des centres de rencontre familiale dans ce catalogue, il est indiqué qu'après les réformes introduites par la loi organique 8/2021, du 4 juin, relative à la protection intégrale des enfants et des adolescents contre la violence et la loi 8/2021, du 2 juin, portant réforme de la législation civile et procédurale pour soutenir les personnes handicapées dans l'exercice de leur capacité juridique, les enfants mineurs des femmes victimes de violence de genre ne devraient pas être orientés vers ces centres". Cependant, étant donné qu'il existe encore des cas d'orientation vers ces centres et qu'ils interviennent dans des procédures civiles pouvant être causées par des situations de violence de genre, il est jugé nécessaire de les mentionner dans le Catalogue afin de garantir la détection effective, du point de vue du genre et de l'enfance, et l'orientation des cas de violence contre les femmes, ainsi que des cas où les enfants mineurs sont également des victimes directes de la violence de genre contre leur mère, vers les services spécialisés de prise en charge intégrale prévus dans ce Catalogue" (p. 41823).

- Les informations sont insuffisantes pour que ces indicateurs soient exhaustifs, bien qu'il ait été fait référence tout au long de l'étude aux indicateurs les plus référencés en termes de CH et de VR.
- Sur la base de ces indicateurs, un **premier entretien** doit être mené pour mieux comprendre la situation de la femme. Voir les recommandations sur la détection de la violence dans le chapitre précédent.
- Lors de l'entretien de sélection avec les femmes, il convient de tenir compte des principes fondamentaux de sécurité, de respect de la vie privée et de confiance, ainsi que de l'accessibilité universelle et culturelle.

Il est impératif de rappeler qu'il est nécessaire d'améliorer les connaissances sur la VR et les CH pour **évaluer** correctement **le risque auquel les** femmes et leurs enfants sont confrontés ; à cet égard, les questions suivantes doivent être prises en considération :

- Un groupe de travail local devrait être mis en place pour se concentrer sur la sécurité de ces victimes, sous la direction du FCSE.
- La VR et les VFH sont souvent des indicateurs d'autres formes de violence, de sorte que les risques sont multiples.
- La VR peut impliquer des auteurs institutionnels et familiaux.
- En Espagne, mais aussi dans d'autres pays, la VFH concerne les auteurs familiaux.
- Dans le cas du GPA, les victimes peuvent être des victimes de réseaux de traite et les figures de coercition sont variées, incluant des individus de la communauté ou des entreprises nationales et internationales protégées par des accords commerciaux.
- Dans le cas de violences liées aux CH ou à la VFH, il convient d'évaluer non seulement l'environnement familial, mais aussi l'environnement communautaire à risque.

17.1.2. Éducation et sensibilisation

En termes de **sensibilisation**, des campagnes doivent être menées et leur impact doit être évalué. Les campagnes qui "s'intéressent à leurs causes, en particulier au lien direct entre l'inégalité et la violence et les stéréotypes de genre, et à la responsabilité des hommes dans leur éradication"¹⁹⁶.

¹⁹⁶ Comme indiqué dans le catalogue à la rubrique "Information, sensibilisation et prise de conscience".

Au niveau local, afin de respecter les principes d'**accessibilité et d'universalité de la sensibilisation**,¹⁹⁷ doit être envisagé pour être accessible, compris et utilisé par tous.

- En d'autres termes, il s'agit de campagnes dont les médias doivent tenir compte de l'accessibilité cognitive, physique, sensorielle et culturelle.
- La continuité des campagnes devrait être annuelle, ce qui signifie qu'il devrait y avoir des supports fixes et continus dans des espaces locaux accessibles à la population la plus vulnérable à ces formes de violence.
- En outre, il serait intéressant d'envisager les **supports les plus diversifiés possibles**, tels que : des brochures et des guides téléchargeables dans différents formats (lecture facile, pictogrammes, braille, vidéos explicatives avec interprétation vidéo ou en format court/documentaire, sous-titrées, avec des messages simples et clairs mettant en scène les femmes elles-mêmes et leurs témoignages, ainsi que ceux des membres de leur famille, des professionnels dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que de la magistrature, etc.)
- Il est nécessaire de **rendre ces campagnes visibles au niveau communautaire**. Cela implique d'aller au-delà des ressources habituelles et de s'engager conjointement à utiliser d'autres espaces publics, les sports, les loisirs, les réseaux de voisinage, les entreprises locales, les transports, les pharmacies, etc.
- Les impacts peuvent être multipliés lors des **dates importantes et des anniversaires** internationaux (voir les recommandations sur la sensibilisation et la prise de conscience).
- Les médias locaux et la communication institutionnelle devraient suivre les recommandations de base sur les bonnes pratiques existantes en matière de **langage non sexiste et inclusif**¹⁹⁸, représentant la diversité et l'intersectionnalité des victimes.

En ce qui concerne la VR - et également les CH en raison de leur relation avec les pratiques préjudiciables - la sensibilisation et l'éducation en matière de DRSS devraient être considérées comme essentielles à tous les **stades de l'éducation**.

¹⁹⁷ Selon le décret législatif royal 1/2013, du 29 novembre, approuvant le texte consolidé de la loi générale sur les droits des personnes handicapées et leur inclusion sociale.

¹⁹⁸ Par exemple, le Guide sur le genre et le handicap pour les journalistes de la FCPED, CODIP et COCEMFE (accès), le Guide sur la communication inclusive du conseil municipal de Barcelone (accès), le Guide sur l'égalité de traitement, les médias et la communauté rom de la FSG (accès) ou le Guide sur les médias et les réfugiés de l'UNHCR (accès).

Compte tenu des compétences essentielles des autorités locales, il serait nécessaire de prendre en considération :

- Ce contenu devrait être garanti dans les écoles maternelles, les collèges, les lycées et les espaces d'éducation non formelle (par exemple, le sport, les loisirs et le temps libre). Dans le même ordre d'idées, une formation dans ce domaine devrait être garantie pour les AMPAS, les conseils d'école, les services d'inspection de l'enseignement ou les organes consultatifs¹⁹⁹.
- des activités culturelles, récréatives et sociales pour tous les âges²⁰⁰ qui sont des lieux privilégiés d'intervention sociale et de promotion des droits fondamentaux.

En ce qui concerne la **formation des professionnels**, chaque domaine sectoriel nécessite des processus et des matériels de formation de qualité, sur mesure, fournis par des spécialistes. Conformément à la résolution du 16 mars 2023 de la Secrétaire d'État à l'Égalité et à la lutte contre la violence à l'égard des femmes, cette formation doit être incluse dans les processus sélectifs de recrutement du personnel, et les programmes doivent donc être mis à jour pour toutes les formes de violence.

- Elle doit être "obligatoire, initiale et continue" et doit servir à garantir "une action sexo-spécifique, diligente, appropriée et respectueuse de la victime face à toute forme de violence faite aux femmes".
- Au niveau local, ces mises à jour devraient être prises en compte dans les plans de formation continue et de recrutement.
- Les principaux profils professionnels auxquels cette formation s'adresse sont les suivants :
 - Professionnels des domaines liés à la prévention et à la détection : personnel de santé et en particulier de santé sexuelle et reproductive, égalité, services sociaux, personnel ayant des fonctions de service public.
 - Professionnels qui interviennent directement auprès des victimes de violence : opérateurs juridiques, police, services d'urgence, services spécialisés dans la prise

¹⁹⁹ Par exemple, avec ces contenus possibles : droits des femmes, estime de soi, concept de soi et connaissance du corps, orientations sexuelles et identités de genre, menstruation et soins de santé sexuelle et reproductive, préparation aux visites gynécologiques, contraception, bon traitement dans les relations affectif-sexuelles, VFF, pratiques préjudiciables.

²⁰⁰ Ce "Catalogue" se réfère à l'éducation des adultes, aux cours techniques, aux activités et ateliers liés aux disciplines artistiques, culturelles, spécialisées, aux sports, aux activités de loisir et de temps libre, etc.

en charge et le rétablissement des victimes de toutes les formes de VFF, services sociaux de proximité, services sociaux spécialisés du système de protection de l'enfance et de l'adolescence, services de l'emploi.

- Professionnels travaillant avec des populations vulnérables : promotion des droits des Roms et lutte contre l'antitsiganisme, prise en compte des handicaps, inclusion sociale des migrants et protection internationale, femmes prostituées, victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle et d'exploitation du travail.

Enfin, dans le domaine de la sensibilisation, de l'**échange de bonnes pratiques et de la mise en réseau**, l'utilisation des plateformes et des ressources de la FEMP et d'autres fédérations territoriales contribue positivement à l'amélioration de la capacité des ressources locales.

Parallèlement, il est recommandé d'évaluer les réseaux et pratiques existants recueillis dans le cadre de l'étude (voir les chapitres spécifiques de l'analyse des pratiques présentant un intérêt pour chaque violence).

17.2. Soins complets

17.2.1. Assistance sociale intégrale et réparation

Tout au long de l'étude, l'accent a été mis sur les caractéristiques de la prise en charge globale et de l'accessibilité universelle et culturelle (voir chapitre 15). Compte tenu des caractéristiques des victimes de VR et des CH, l'accessibilité est une condition sine qua non pour assurer la prise en charge des victimes.

Il convient de souligner que la notion de "victimes" fait également référence aux filles et aux adolescentes, et pas seulement aux femmes adultes.

Le *catalogue* indique une série de ressources ou de services qui doivent répondre à une série de caractéristiques, qui peuvent être étendues pour garantir une prise en charge adéquate des VVR et des CH. Il convient de tenir compte des éléments suivants :

Caractéristiques des services :

- L'accessibilité et la conception universelle, tant du service lui-même que de son environnement ;

- Gratuité, y compris les services professionnels d'aide à la communication (médiation de la communication, médiation culturelle, orthophonie, traduction et interprétation) ;
- et d'éviter une nouvelle victimisation ;
- La prise en charge doit être confidentielle, garantissant la vie privée et la dignité de la victime, des enfants et des mineurs pris en charge par les femmes victimes, ainsi que des autres enfants et adolescents victimes et des jeunes victimes.

En outre, le catalogue indique que, pour garantir un **accès effectif** à toutes les victimes, et en particulier à celles qui vivent dans des zones rurales, il convient de veiller à ce que les éléments suivants soient respectés :

- l'accessibilité universelle des services de traduction et d'interprétation.
- la gestion de services de transport sûrs pour les femmes.
- l'aide à la conciliation et à la prise en charge des enfants mineurs et autres mineurs dépendants et des personnes âgées.

De même, une assistance complète devrait inclure

- l'assistance personnelle aux femmes handicapées ;
- des adaptations aux besoins spécifiques de certains groupes de femmes²⁰¹ .
- En ce qui concerne les **services de santé**, il sera encouragé que le système de santé publique garantisse des services de santé gratuits pour les victimes de toutes les formes de VFF et de leurs enfants, quelle que soit leur situation administrative. Il est essentiel de rappeler que les services de SSR doivent être au centre de l'attention.

Type de prestation de services

Les victimes doivent se voir garantir l'accès aux services de **santé**, au soutien et aux prestations en matière d'**autonomie économique et d'emploi**, à des services de **réparation intégrale** et à des services spécialisés de **soutien, d'assistance et de rétablissement**. Le catalogue indique que des "protocoles spécifiques de prise en charge, d'action sanitaire et de réponse

²⁰¹ Le catalogue fait référence aux besoins des victimes rurales et à "l'adaptation des services spécialisés aux besoins spécifiques des jeunes femmes, des femmes âgées, des femmes handicapées, des femmes ayant des problèmes de dépendance, des problèmes de santé mentale, des femmes sans abri ou des femmes menacées d'exclusion sociale, afin de leur faciliter l'accès et de leur garantir des informations, des conseils, des soins et un accompagnement psychologique, social et juridique approprié, dans des conditions d'égalité" (pages 41824-41825).

multisectorielle" doivent être élaborés. Au moment de l'élaboration de ce diagnostic, de **tels protocoles n'ont pas été élaborés** par le système de santé publique.

Le tableau ci-dessous énumère les services inclus dans le catalogue et leurs **prestations de base en ce qui** concerne cette assistance, à laquelle toutes les victimes ont droit :

Tableau 7. Services et Prestations Basiques de l'Assistance Sociale Intégrale et de la Réparation (Catalogue de référence des politiques et services de lutte contre la violence à l'égard des femmes 2022)

Service	Prestations
Information, conseil et orientation	<ul style="list-style-type: none"> • Informations sur les droits et les ressources disponibles pour les victimes, leurs enfants et les membres de leur famille ou leurs proches, le cas échéant. • Soins psychologiques d'urgence pour assurer une contention ou un accompagnement émotionnel. • Conseils juridiques.
Soins complets et rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et interventions sociaux, psychologiques et autres en cas d'urgence, 24 heures sur 24. • Conseils juridiques et suivi des étapes et des demandes dans les procédures judiciaires et administratives entreprises par les victimes pour faire valoir leurs droits. • Assurer un hébergement temporaire, à la fois d'urgence et à long terme. • Assistance personnelle aux femmes handicapées
Soins complets spécialisés et récupération pour les mineurs (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge sociale et psychologique et accompagnement dans le processus de rétablissement intégral des enfants des victimes. • Soins spécialisés pour les filles. • Prévention et action en matière de scolarisation et d'abandon scolaire prématuré. • Les aides et prestations financières, telles que les aides à l'entretien et aux besoins éducatifs, les bourses d'études et les subventions pour les études universitaires dans le cas des jeunes adultes.

Service	Prestations
Autonomie économique et emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Aides et prestations (**): <ul style="list-style-type: none"> ○ les situations d'urgence ; ○ en raison du manque d'autonomie économique et du chômage ; ○ au logement (achat et location). • Services de l'emploi (programmes de placement, de formation et d'insertion professionnelle)
Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de santé, avec une attention particulière pour la santé mentale, par le biais de soins psychiatriques et psychologiques jusqu'à la guérison complète.
Réparation complète	<ul style="list-style-type: none"> • Aide complémentaire à titre d'indemnisation et de réparation en fonction de la spécificité ou de la gravité des séquelles • Financement du traitement sanitaire non couvert mais nécessaire à la réparation • Services de soutien aux familles et à l'environnement émotionnel des femmes assassinées (***) • Réparation sociale et symbolique (hommages, actes de reconnaissance, actions de diffusion publique, engagement collectif, etc.) • Réinsertion et prévention de la récurrence des personnes condamnées (****)

Source : D'après le catalogue approuvé par la Conférence Sectorielle sur l'Égalité (Tenerife, 22/07/2022).

Notes :

(*) se réfère aux enfants et autres enfants et adolescents sous la tutelle ou la garde des femmes victimes, ainsi qu'aux enfants et adolescents victimes de violence, en particulier les orphelins.

(**) qui contribuent à leur autonomie économique et à leur émancipation des relations violentes en favorisant leur compatibilité et en donnant la priorité à leur accès

(***) afin de les informer de leurs droits et de les accompagner dans la procédure, ainsi que de leur faciliter l'accès aux pensions et aux allocations d'orphelin, à l'assistance funéraire, au rapatriement, aux bourses d'études et au soutien psychologique préférentiel, entre autres, sans préjudice des dispositions des protocoles et des services pour les cas de féminicides déjà en place dans les régions autonomes.

(****) Le catalogue fait référence aux condamnations pour des crimes liés à la violence de genre et aux violences sexuelles, mais il pourrait être étendu à d'autres formes de VFF.

Enfin, en ce qui concerne la **réparation**, les organisations locales auraient une plus grande compétence pour les actions liées à la réhabilitation et à la réparation symbolique des victimes (voir les recommandations à cet égard au chapitre 15.2.9).

17.2.2. Protection et accès à la justice

Les locaux de la police et de la justice devraient être **accueillants, sûrs et accessibles** à toutes les victimes VFF. La prise en charge des mineurs devrait être assurée par des personnes de référence spécialisées dans le domaine du genre et de l'enfance. De même, les professionnels de l'aide à la communication devraient être pris en compte dès le début.

En ce qui concerne la **protection**, l'étude a mis en évidence la nécessité de donner la priorité à la production d'informations sur les besoins de sécurité des VVR et des VFH, qui sont actuellement **insuffisamment connus**.

- Il est indispensable de rappeler que la sécurité est une nécessité pour les personnes qui déposent une plainte ou qui font l'objet d'une plainte d'office, ainsi que pour celles qui ne déposent pas de plainte ou qui renoncent à poursuivre une procédure pénale. Dans tous les cas, la sécurité des victimes doit être liée à l'élaboration d'un **plan de sécurité personnalisé** (PSP)²⁰².
- Les actions du FCSE doivent être **reliées aux services sociaux et aux soins spécialisés** par le biais de différentes actions : procédures de recueil des plaintes, procédures d'enquête sur les délits, mécanismes de protection et ATENPRO (ou autres mécanismes similaires des régions autonomes par le biais d'organisations locales).
- Le système VIOGEN²⁰³ du Ministère de l'Intérieur ne prend pas en compte la spécificité de ce type de violence. Par conséquent, les services de soins spécialisés **devraient**

²⁰² Le PSP se réfère principalement à : Avoir toujours un téléphone portable sur soi ; Utiliser en toute sécurité les nouvelles technologies de l'information et de la communication et les réseaux sociaux ; Prendre des mesures d'auto-protection en général pour toutes les victimes ; Planifier une routine de fuite en cas de nouvelle tentative d'agression ; Prendre des mesures d'auto-protection en cas de nouvelle agression uniquement lorsque la victime a des enfants mineurs à sa charge ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement lorsque l'agresseur a quitté le domicile ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement sur le lieu de travail ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement lorsque la victime a des enfants mineurs à sa charge ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement lorsque l'agresseur a quitté le domicile ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement sur le lieu de travail ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement lorsque la victime a des enfants mineurs à sa charge ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement lorsque l'agresseur a quitté le domicile ; Prendre des mesures d'auto-protection uniquement sur le lieu de travail.

²⁰³ Le système de suivi intégral des cas de VG (système VioGen), du Secrétariat d'État à la Sécurité du Ministère de l'Intérieur, a été mis en place le 26 juillet 2007, conformément aux dispositions de la loi organique 1/2004, du 28

prévoir d'autres types de coordination avec le FCSE agissant au niveau local afin de pouvoir fournir les informations pertinentes sur la victime et son environnement. Cela est essentiel pour garantir l'efficacité de l'évaluation policière du risque et de son évolution.

En ce qui concerne la justice, l'aide juridique - pour toute forme de VFF - doit être garantie dès le moment précédant le dépôt de la plainte.

- Dans le système de prise en charge en Espagne, le **Bureau d'aide aux victimes (OAV)**²⁰⁴ (.) joue un rôle clé. En ce sens, l'OAV devrait disposer d'un personnel formé aux formes spécifiques de violence (AEAF, GPA et CH) et travailler en coordination avec le réseau spécialisé disponible.
- D'une manière générale, il devrait être plus facile pour les victimes d'intervenir dans les procédures judiciaires depuis les lieux où elles bénéficient officiellement d'une assistance ; des efforts devraient être faits pour **éviter les déplacements inutiles**.
- D'autre part, il est nécessaire de mettre à la disposition des victimes qui le demandent - à n'importe quel stade de la procédure - **un accompagnement dans le processus judiciaire**, ainsi que la non-visibilité et la non-confrontation avec la partie accusée²⁰⁵ ; ce qui, dans le cas des victimes de la violence dont nous nous occupons, est particulièrement pertinent.
- Les **unités d'évaluation médico-légale globale ou les systèmes similaires** de chaque communauté autonome devraient être accessibles à toutes les femmes, dans tous les districts judiciaires, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
 - Cela implique de disposer d'équipes suffisamment spécialisées dans les types de violence et, dès son instauration possible, de protocoles d'action spécifiques. Pour les victimes de VR, cela implique de faire preuve d'une sensibilité particulière sur la situation des victimes et aux potentiels risques de revictimisation.

décembre, sur les mesures de protection intégrale contre la VG. L'évolution de VioGen consiste à prendre en compte toutes les formes de VFF.

²⁰⁴ Il devrait y en avoir une au moins une dans chaque province ou division territoriale spécifique des Communautés Autonomes.

²⁰⁵ Il convient donc de promouvoir l'aménagement de salles réservées aux victimes dans les palais de justice, ainsi que les moyens technologiques permettant les témoignages par vidéoconférence et les supports de communication appropriés.

- Dans le cas de la VR, il serait nécessaire d'étendre la référence aux cas de violence sexuelle, à l'AEAF et au GPA, qui est faite dans le catalogue, où il est souligné l'importance de l'accès aux **services de médecine légale, de gynécologie et de sexologie**, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en nombre suffisant et avec une formation adéquate. Une assistance psychologique est également prévue en cas de besoin.
- Dans le cas des femmes étrangères victimes de VR, les procédures de **protection internationale** et de reconnaissance du statut de réfugié doivent être mises en place et accélérées.
- Il est important d'inclure des **procédures pour l'implication** des régions autonomes et du gouvernement national (dans les cas de féminicides et d'autres manifestations graves de violence). En ce sens, les autorités locales peuvent également jouer un rôle en promouvant ou en exigeant de telles actions auprès des administrations supra-locales ou, si nécessaire, en menant l'intervention juridique en coopération avec le Ministère Public et la représentation de la famille de la victime.

17.3. Coordination et protocoles

La centralité des droits et de l'autonomie de **la victime** est ce qui organise toute l'intervention institutionnelle en matière de VFF.

- Indépendamment de sa propriété et de sa sphère de compétence, l'intervention doit être conçue dans une perspective de **globalité, d'universalité et d'accessibilité**, ainsi que d'efficience et d'efficacité, ce qui implique d'**éviter la revictimisation** ou la victimisation secondaire des femmes assistées.
- Le moyen le plus efficace est de **travailler en coordination par le biais d'un organisme et d'un instrument de référence**, c'est-à-dire un **protocole** (ou des protocoles) qui aide à organiser les procédures d'intervention et la coordination entre les acteurs, car il prévoit l'aiguillage entre les agents et les services.

Comme le souligne le catalogue, la coordination et la collaboration institutionnelles contribuent à "prévenir les féminicides en priorité, en éliminant également les éventuels doublons, en minimisant le risque de revictimisation et, dans tous les cas, en garantissant une action globale, personnalisée, spécialisée, agile et immédiate".

17.3.1. Organes de coordination et de collaboration

Au niveau local, le point de départ est la considération que la **coordination globale** doit être assurée par l'organisme, le service ou le domaine responsable de l'attention à la VFF dans le cadre de la promotion et de la garantie de l'égalité entre hommes et les femmes au sein du gouvernement local.

- Ses fonctions consistent également à promouvoir les actions prévues en matière de détection, de prévention, de protection, d'accès à la justice et d'assistance intégrale, y compris la réparation.
- Dans cette optique, sa fonction serait de promouvoir la mise en œuvre et le suivi du protocole et des **protocoles sectoriels** dans les domaines nécessaires (tels que l'éducation, la santé, l'assistance sociale, la police, la justice, les avocats et les procureurs, la formation et le travail, etc.)

L'organisme local peut consister en un **conseil, une commission de coordination** ou un organisme similaire couvrant le territoire concerné (municipal, départemental, provincial, insulaire, etc.).

- La représentation doit être pluridisciplinaire et inclure des professionnels de tous les domaines impliqués dans la prévention, la protection et l'assistance aux victimes, ainsi que des organisations de la société civile et des associations impliquées dans le traitement des situations de violence faite aux femmes. Dans le cas de la VR et des CH, cela implique **d'élargir la participation à toutes les figures professionnelles** impliquées dans la prise en charge (voir point précédent).
- En fonction des caractéristiques locales, le pouvoir judiciaire peut être représenté.
- De même, un mécanisme de coordination doit être garanti avec le département de la CA correspondante en matière d'égalité et de VFF, et avec l'Unité de Coordination de lutte contre la VG de la délégation ou de la subdélégation du gouvernement sur le territoire. Par exemple, grâce à un mécanisme stable d'information sur les convocations et les comptes-rendus des réunions, ou la participation des représentants supralocaux concernés.
- Si elles ne font pas partie de l'organe de coordination municipal, il convient de prévoir une **coordination avec les associations** de femmes, les organisations du mouvement

associatif féministe et les organisations non gouvernementales qui travaillent directement en relation avec la VR et la VFH et leurs populations les plus vulnérables. L'idéal serait toutefois qu'elles participent activement à l'organe local.

- Le mode de fonctionnement de cet organe devrait prévoir la convocation de **comités de crise, ou de groupes de travail** ayant des fonctions similaires, pour les situations exceptionnelles afin d'améliorer la réponse institutionnelle.
- Il y aura toujours un comité de crise en cas de féminicides, qui devrait être coordonné ou ajouté à celui mis en place par la Communauté Autonome avec la DGVG²⁰⁶.
- Enfin, parmi les domaines et les professionnels qui participent à l'espace de coordination locale, **l'échange et la diffusion de bonnes pratiques**, de protocoles sectoriels, de guides et de cartes de ressources est une composante importante à prendre en compte au sein de la coordination. Voir les commentaires précédents sur la mise en réseau en matière de prévention.

L'action supra-locale est décisive pour promouvoir l'action transversale sur la violence, tant en termes de financement qu'en termes de consolidation du cadre institutionnel de référence.

- En ce sens, depuis la sphère locale, il est nécessaire d'adopter une **perspective de mise à jour constante** sur le développement futur des politiques publiques relatives à la VR dans le cadre du gouvernement national et des communautés autonomes. Dans chacune d'entre elles, le principe de coordination avec les organisations locales s'applique, fondamentalement par l'intermédiaire de la FEMP (et d'associations similaires dans les différents territoires autonomes).

17.3.2. Protocoles et outils analogiques

Dans l'idéal, il devrait y avoir un protocole dans chaque CA qui organise et facilite la coordination inter-institutionnelle des actions et du travail en réseau dans le domaine de la VFF²⁰⁷, qui envisage spécifiquement la VR et la VFH. En outre, ces formes de violence devraient être explicitement incluses dans d'autres protocoles, car elles sont concomitantes à d'autres

²⁰⁶ À cet égard, le Catalogue indique que "les représentants de toutes les institutions régionales et/ou locales compétentes en matière de VFF, ainsi que le Pouvoir Judiciaire et le Ministère Public du Territoire, seront encouragés à participer à ces réunions" (p. 41830).

²⁰⁷ Les protocoles régionaux sont mis à jour en fonction de la réglementation en vigueur. Leur compilation peut être consultée dans les organismes régionaux pour l'égalité de traitement compétents en matière de VFF et sur le site web de la Délégation Gouvernementale contre la violence faite aux femmes.

formes d'expression de VG. Malgré l'absence d'un cadre institutionnel plus complet, l'action locale peut être largement développée.

La politique locale d'égalité a toujours fourni des exemples pionniers et inspirants de politiques publiques pour d'autres niveaux supra-locaux²⁰⁸, y compris en ce qui concerne la violence machiste. C'est pourquoi ce *modèle* ou ensemble de lignes directrices a été proposé pour son développement au niveau local.

Il est certain que le manque de données et l'absence d'un cadre institutionnel consolidé rendent la *protocolisation* difficile, de sorte que cette proposition doit être considérée comme **un modèle ouvert à débat, à l'expérimentation et à la modification**.

Tout protocole doit se fonder sur des **principes d'action** ; ils ont été exposés en détail (voir chapitre 15) dans le chapitre consacré aux propositions d'intervention. En général, ils se réfèrent à la centralité des droits, à l'autonomie de la victime et à l'accessibilité universelle (avec les supports techniques nécessaires).

L'intervention auprès de la victime et de ses enfants doit toujours être individualisée et articulée sur la base d'un **plan de prise en charge personnalisé**²⁰⁹.

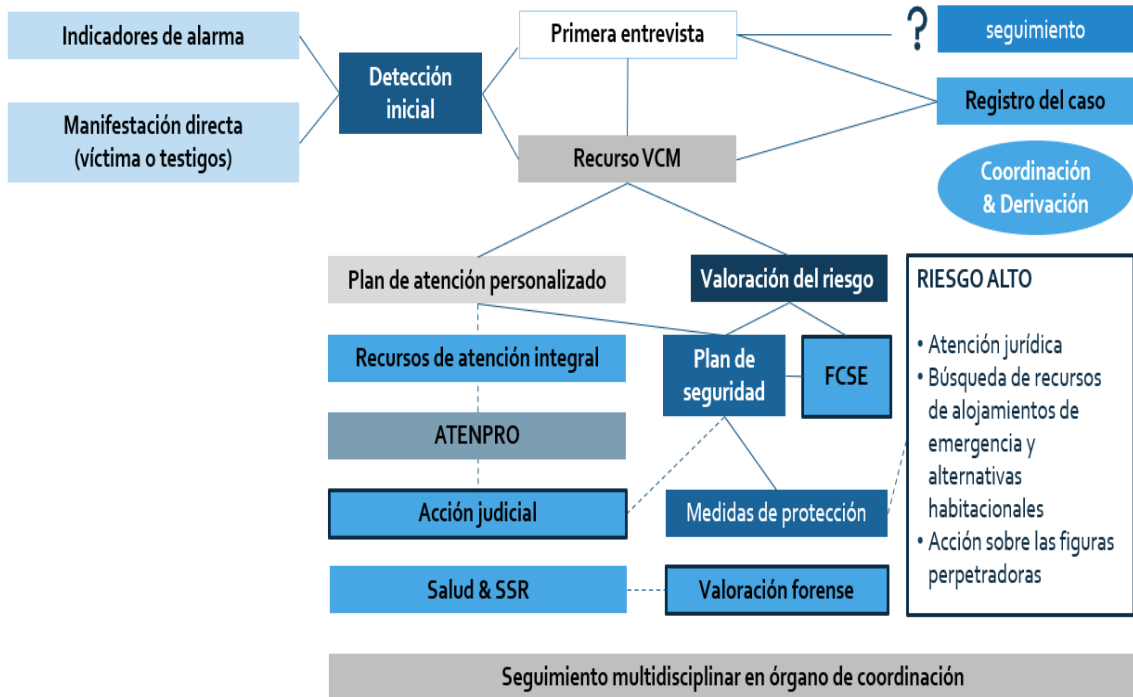
Comme expliqué tout au long du chapitre, en termes de **voies et de procédures d'intervention** dans les situations de VR et de CFH, les compétences et les responsabilités des institutions sont déterminées par les droits des victimes et la garantie des services dans le Catalogue (2022).

En ce qui concerne les propositions mentionnées tout au long de ce document, elles sont, une fois de plus, de nature expérimentale et ouvertes à la discussion. Le schéma suivant résume graphiquement un modèle d'intervention de base.

²⁰⁸ Voir par exemple l'action de la FEMP et d'autres associations de municipalités et de provinces en Espagne, qui ont proposé des modèles locaux d'action et des protocoles sur l'égalité et la violence faite aux femmes (Guilló, et al. 2022).

²⁰⁹ Il existe des lignes directrices générales et des modèles de mise en œuvre proposés par certaines communautés autonomes, voir : DVGC (2014). Proposition de directives pour une intervention globale et individualisée auprès des femmes victimes de violence sexiste, de leurs enfants et des autres personnes à leur charge. Document en ligne (accès) ; DGVG (2012 ?) Proposition commune pour l'amélioration de la coordination institutionnelle et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de prise en charge des VG. Document en ligne (accès). Direction Générale de la Femme (2017). Plan de prise en charge personnalisée des victimes de VG. Edition avec des directives de soins pour les femmes handicapées. Service familial et de l'égalité des chances- Région de Murcie. Document en ligne (accès).

Illustration 12 : Schéma d'un modèle d'action de base



IV. BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

18. Bibliographie

Abell-Selby, E. (2019). Le pouvoir face à la maternité de substitution indienne. *Somatosphère*. Retiré en avril 2023. <http://somatosphere.net/2019/power-in-the-face-of-indian-surrogacy.html/>

Albert Márquez, M. (2017). L'exploitation reproductive des femmes et le mythe de la maternité de substitution altruiste. Un regard global sur le phénomène de la maternité de substitution. *Cuadernos de Bioética*, 28(93), 177-198. Retiré en avril 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059683>

Albert, G. ; Szilvasi, M. (2017). Discrimination intersectionnelle des femmes roms stérilisées de force dans l'ancienne Tchécoslovaquie et la République tchèque. *Health Hum Rights*19(2) :23-34.

Alcedo Rodríguez, M. A., León Aguado Díaz, A. et Arias Martínez, B. (2006). Efficacité d'un programme d'éducation sexuelle destiné aux jeunes présentant un handicap intellectuel, d'analyse et de modification des comportements, 32(142). Retiré en avril 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089344>

Al-Qahtani, S. M., Almutairi, D. S., BinAqeel, E. A., Almutairi, R. A., Al-Qahtani, R. D. et Menezes, R. G. (2022). Honor Killings in the Eastern Mediterranean Region : A Narrative Review (Les crimes d'honneur dans la région de la Méditerranée orientale : une analyse narrative). *Healthcare (Bâle, Suisse)*, 11(1), 74. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010074>

Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) (n.d.). Pratiques néfastes, en particulier le mariage forcé et les mutilations génitales féminines, dans *Sexual and Reproductive Health and Rights Information Series, Women's Human Rights* (Série d'information sur la santé et les droits sexuels et reproductifs). Retiré en juin 2023. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INF_O_Harm_Pract_WEB_SP.pdf

(UNHCR) (2023). Migrants en situation de vulnérabilité. Le HCDH et la migration. Retiré en juillet 2023 <https://www.ohchr.org/es/migration/migrants-vulnerable-situations>

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). (2019). Le mariage des enfants : la réalité pour des millions de filles et de garçons. Retiré en juin 2023,

https://eacnur.org/es/blog/matrimonio-infantil-la-realidad-de-millones-de-ninas-y-ninos-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst

HCR-UNHCR (2002). Principes directeurs sur la protection internationale : persécution fondée sur le sexe dans le contexte de l'article 1A(2) de la convention de 1951 relative au statut des réfugiés et/ou de son protocole de 1967. HCR/GIP/02/01. Retiré en mai 2023 <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1753.pdf>

Altundağ, S., Çalbayram, NÇ. (2016) Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students, *Journal of Clinical Nursing*, 25 (13-14). Retiré en mars 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104653/>

Amnesty International (2013). Stérilisation forcée des femmes roms : "Nous avons réussi en parlant". 21 mars 2013. Campagnes. Retiré en avril 2023 <https://www.amnesty.org/en/latest/campaigns/2013/03/we-have-succeeded-by-speaking-out/>

(2019). Des milliers de cas de stérilisation forcée de femmes indigènes et paysannes restent impunis. Nouvelles en ligne. Retiré en mai 2023 <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/miles-de-casos-sobre-esterilizaciones-forzadas-de-mujeres-indigenas-y-campesinas-quedarian-en-la-imp/>.

(2021). République tchèque : justice obtenue de haute lutte pour les femmes ayant survécu à une stérilisation illégale. 22 juillet 2021. Communiqué de presse. Retiré en avril 2023 <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/07/czech-republic-hard-won-justice-for-women-survivors-of-unlawful-sterilization/>

Anukriti, S., Bhalotra, S. et Tam, E.H.F. (2020). Sur la quantité et la qualité des filles : Fécondité, investissements parentaux et mortalité. Groupe de la Banque mondiale. Économie du développement. Policy Research Working Paper 9390. Retiré le 2 juin 23 <https://documents1.worldbank.org/curated/en/251111599659492315/pdf/On-the-Quantity-and-Quality-of-Girls-Fertility-Parental-Investments-and-Mortality.pdf>

Anukriti, S. ; Bussolo, Maurizio et Sinha, Nistha (2021). Son preference : Why we should care about it. Blog de la Banque mondiale, 19 octobre 2021. Retiré en avril 2023 <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/son-preference-why-we-should-care-about-it>

Aparisi Miralles, A. (2017). La gestation pour autrui et la dignité des femmes. *Cuadernos de Bioética*, 28(93), 163-176. Retiré en mai 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059682>

Assemblée Générale des Nations Unies (2018). Rapport du rapporteur spécial sur la vente et l'exploitation sexuelle des enfants, y compris la prostitution des enfants, la pornographie mettant en scène des enfants et autres matériels pornographiques mettant en scène des enfants. Retiré en avril 2023. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/007/74/PDF/G1800774.pdf?OpenElement>

Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (2010). Sélection prénatale du sexe. Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. Rapport : Doc. 12715, 16 septembre 2011. Retiré en juin 2023 <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=13158&lang=en>

Asensio, A., Nebot, L., Estruga, L., Pérez, G. et Diez, E. (2019). Contraception dans la population gitane vivant dans deux quartiers à faible revenu de Barcelone, *Gaceta Sanitaria*, 33(2). Withdrawn April 2023 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112019000200119

Asociación de Investigación y Especialización Sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) - Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2020). Femmes migrantes victimes de violence de genre en Espagne. 2e rapport. Retiré en mars 2023 https://aieti.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_2DO-.pdf

Balaguer, María Luisa (2017). *Hij@s del mercado. La gestation pour autrui dans un État social*, Madrid : Cátedra.

Bartolomé Esteban, C. ; Guilló Girard, C.I. ; de Gracia Palomera, D. ; Velasco Gisbert, M.L. ; (RED2RED). (2023). Violence économique à l'égard des femmes dans leurs relations de couple ou d'ex-partenaires. Madrid : Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (en cours de publication).

Bellón Sánchez, S. (2015). La violence obstétrique du point de vue de la critique féministe et de la biopolitique. *Dilemata*, (18), 93-111. Retiré en avril 2023 <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

Benson Gold, R. (2014). Guarding Against Coercion While Ensuring Access : A Delicate Balance, *Guttmacher Policy Review*, 17(3). Retiré en mai 2023 <https://www.guttmacher.org/gpr/2014/09/guarding-against-coercion-while-ensuring-access-delicate-balance>

Betran, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Souza, J.P. et Zhang, J. (2021). Tendances et projections des taux de césarienne : estimations mondiales et régionales. *BMJ Global Health* 6. Consulté en mai 2023 <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>

Blanc-Petitjean, P., Dupont, C., Carbonne, B., Salomé, M., Goffinet, F. et Le Ray, C. (2021). Méthodes d'induction du travail et expérience des femmes : une étude de cohorte basée sur la population avec des analyses de médiation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21(1):621. Retiré en avril 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521377/>

Braglia, C. et Nicolini, L. (2018). Considérations sur l'indice de masculinité à la naissance en Espagne. *Antropo*, 39, 25- 33. Consulté le 20 mai 2023 <http://www.didac.ehu.es/antropo/39/39-02/Braglia.pdf>.

Boldova Pasamar, M.A. (2012). Luis Greco, "honor killings in German criminal law, Manuel Giménez Abad Foundation, La neutralité de l'État et le rôle de la religion dans la sphère publique en Allemagne, held on 20 and 21 March 2012. Withdrawn June 2023, <https://www.fundacionmgimenezabad.es/es/documentacion/asesinatos-por-honor-en-el-derecho-penal-aleman>

Cáceres Lara, M. (2018). Législation comparée sur la maternité de substitution dans les Amériques. Retiré en juin 2023 https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26024/1/BCN_gestacion_subrogada.pdf

Frontières de la marche (2022). Rapport Victimas de la necrofrontera 2018-2022. Pour la mémoire et la justice. Retiré en juillet 2023 <https://caminandofronteras.org/wp-content/uploads/2023/01/Informe-Victimas-de-la-necrofrontera-2018-2022.-Por-la-memoria-y-la-justicia-ES.pdf>

Walking Frontiers (2023). Rapport de suivi du droit à la vie - Premier semestre 2023. Retiré en août 2023 <https://caminandofronteras.org/monitoreo/monitoreo-derecho-a-la-vida-primer-semestre-2023/>

Capobianchi, A., Muratore, M. G. et Villante, C. (2023). Utiliser le Big Data pour étudier la violence contre les femmes et les filles et ses défis en ligne. Consulté le 20 juin 2023 <https://unece.org/statistics/documents/2023/05/working-documents/using-big-data-study-violence-against-women-and>

Casciano, A. (2018). La gestation pour autrui dans la maternité. Phénoménologie d'une interaction humaine dépersonnalisante. *Cuadernos de Bioética*, 29(95), 39-56. Retiré en mai 2023 <https://www.redalyc.org/journal/875/87554503003/87554503003.pdf>

Castellanos-Torres E. (2023). Le discours des femmes handicapées sur l'exercice de la maternité et leur droit à fonder une famille. Observatoire national du handicap. Ministère des droits sociaux et de l'Agenda 2030.

Castellanos-Torres, E. (2020b). La violence sexuelle chez les femmes ayant une déficience intellectuelle. Fondation des femmes CERMI. Délégation gouvernementale contre la violence de genre. Ministère de l'égalité.

Castellanos-Torres, E. (2020). Le droit à la santé des femmes et des filles handicapées. Rapport sur les droits de l'homme 2019. Collection générosité n°12. Fondation des femmes CERMI, CERMI. Editorial Cinca.

Castellanos-Torres, E. (2020a). Les femmes, le handicap et la violence de genre. Fédération des Femmes Progressistes. Délégation Gouvernementale contre la violence de genre. Ministère de l'Égalité.

Castellanos-Torres, E. ; Fernández Sáez, J. ; Rubio Ramírez, M. (2022). Rapport sur la violence de genre à l'égard des femmes handicapées établi à partir de la macro-enquête 2019. Collection générosité n°16. Fondation des femmes CERMI. Editorial Cinca.

Cenarro Lagunas, A. (2018) Visibilité, révision et nouvelles perspectives : l'histoire des femmes et du genre dans la dictature de Franco, in Ortiz Heras, M. (coord.) (2018). *Que savons-nous de la dictature de Franco : études pour comprendre la dictature de Franco*. pp. 189-209.

Centre pour la bioéthique et la culture (CBC) (n.d.). Three Things You Should Know About Surrogacy (Trois choses à savoir sur la maternité de substitution). Consulté le 20 juin 2023 https://cbc-network.org/wp-content/uploads/2022/02/3_Things_You_Should_Know_About_Surrogacy-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf

Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution [CIAMS] (2020). Convention féministe internationale pour l'abolition de la maternité de substitution. Retirée en juillet 2023 <http://abolition-ms.org/es/actualites/convencion-internacional-para-la-abolicion-de-la-gestacion-por-sustitucion/>

[CIAMS] (2022). Critique féministe des principes de Vérone. Retiré en mai 2023. <http://abolition-ms.org/es/nuestras-acciones/documento-critico-sobre-los-principios-de-verona/>

Comité Économique et Social Européen [CESE] (2022). Avis du Comité économique et social européen sur la "Proposition de directive du Parlement Européen et du Conseil relative à la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique". Retiré en juin 2023. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022AE1395&from=ES>

Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres du Parlement Européen (2021). Rapport A9-0169/2021 sur la situation de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans l'UE dans le cadre de la santé des femmes 21.5.2021 - (2020/2215(INI)) (P9_TA(2021)0314). Retiré en avril 2023 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169_ES.html

Commission Européenne (2020). Troisième rapport sur les progrès accomplis dans la lutte contre la traite des êtres humains (2020), conformément à l'article 20 de la directive 2011/36/UE concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène, ainsi que la protection des victimes. Retiré en avril 2023. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DCo661&qid=1689329832587>

Commission Interaméricaine des Droits de l'Homme [CIDH] (2019). Communiqué de presse n° 010/19. La CIDH exprime sa profonde préoccupation face aux allégations de stérilisations forcées à l'encontre de femmes autochtones au Canada. Retiré en mai 2023 <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2019/010.asp>

Comité des Droits des Personnes Handicapées - CIDPH (2014). Discussion générale sur les femmes et les filles handicapées. Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes [CEDAW] (1994). Recommandation générale n° 21 : Égalité dans le mariage et les rapports familiaux. Treizième session (04/02/1994). Nations Unies. Retirée en mai 2023 <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw/general-recommendations>

Congrès des Députés (2017). Sous-commission pour un Pacte d'État sur la violence de genre. Rapport final. Retiré en juin 2023 https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/PactodeEstado_Congreso.pdf

Conseil de l'Europe (1999). Convention Européenne pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Retirée en mars 2023 <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>

(2023). Libérer de la peur, libérer de la violence. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Convention d'Istanbul. Prems 067123. Retirée en mars 2023 <https://rm.coe.int/1680464e73>

Conseil Général du Pouvoir Judiciaire (CGPJ) (2016). STS 5375/2016. Cour suprême. Chambre des affaires sociales. Retiré en mai 2023. <https://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=7895650&links=maternidad%20y%20gestacion%20subrogada%20%223818%2F2015%22&optimize=20161222&publicinterface=true>

Conseil de l'Europe (COE). (2023) Convention d'Istanbul : Crimes commis au nom de l'honneur. Retirée en juin 2023, www.coe.int/conventionviolence

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *University of Chicago Legal Forum*, 1989, pp. 139-16.

Cruz Pérez, M.P. (2004) Les femmes handicapées et leur droit à la sexualité. *Política y Cultura*, (22),147-160. ISSN : 0188-7742.

Dandona, R., Dandona, L., Kumar, G. A., Gutierrez, J. P., McPherson, S., Samuels, F., Bertozzi, S. M., & ASCI FPP Study Team (2006). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India (Démographie et caractéristiques du travail sexuel des travailleuses du sexe en Inde). *BMC international health and human rights*, 6, 5. Retiré en avril 2023 <https://doi.org/10.1186/1472-698X-6-5>

Das Gupta, M. ; Zhenghua, J. ; Bohua, L. ; Zhenming, X. ; Chung, W. ; & Hwa-Ok, B. (2003) Why is Son preference so persistent in East and South Asia ? a cross-country study of China, India and Republic of Korea, *The Journal of Development Studies*, 40:2, 153-187, DOI : 10.1080/00220380412331293807

Délégation du gouvernement contre la violence à l'égard des femmes [DGVG] (2013). Stratégie nationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (2013-2016) Madrid : Ministère de l'égalité.

[DGVG] (2019). Refonte disponible des mesures du Pacte d'État sur la violence de genre (Congrès + Sénat). Retiré en mars 2023. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf

[DGVG] (2022). Stratégie de l'État en matière de lutte contre les violences de genre (2022-2025). Retiré en mars 2023. Retiré en mars 2023. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiasEstatales/combaterViolenciaMachista/estrategia_2022_2025.htm

[DGVG] (n.d.). Femmes étrangères : Droit à la protection internationale. Informations utiles pour les femmes et leur entourage. Retiré en juillet 2023 (consulté).

Denzin, N.K. (2017). L'acte de recherche. Une introduction théorique aux méthodes sociologiques. 2e édition. New York : Routledge

Direction Générale de la Police (2023). Codes électroniques : Code sur la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Édition mise à jour le 25 juillet 2023. Ministerio del Interior-Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Retiré en août 2023. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=200¬a=1&tab=2

Direction Générale du Registre et du Notariat [DGRN] (2010). Instruction du 5 octobre 2010, de la Direction générale de l'enregistrement et du notariat, sur le régime d'enregistrement de la filiation des enfants nés par gestation pour autrui. Retiré en juin 2023. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/10/07/pdfs/BOE-A-2010-15317.pdf>

Direction Générale des Registres et du Notariat [DGRN] (2019). Instruction du 18 février 2019 de la Direction Générale des Registres et du Notariat sur l'actualisation du régime d'enregistrement de la filiation des enfants nés par gestation pour autrui. Retiré en juin 2023 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-2367

Direction Générale de la Santé. Ministère de la Santé (2022). Interruption volontaire de grossesse Données définitives pour 2021. Madrid : Ministère de la santé. Retiré en mai 2023 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2021.pdf

Le monde (2023). La maternité de substitution dans le monde : dans quels pays elle est légale et dans quels pays elle est interdite. Retirado en abril 2023. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/03/29/6423eab221efa052758b459b.html#:~:text=Canad%C3%A1%2C%20E>

stados%20Unidos%2C%20Rusia%2C,est%3%A1%20prohibida%20la%20gestaci%C3%B3n%20subrogada.

Ercan, Selen A. (2014) Same Problem, Different Solutions : The Case of 'Honour Killing' in Germany and Britain. Macmillan Publisher Limited. Retiré en mai 2023, https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137289568_10

ESPAGNE. Tribunal constitutionnel (2023). Note d'information n° 32/2023. Le TC plénier affirme que la constitution reconnaît le droit de la femme à décider librement de la poursuite de la grossesse au cours des quatorze premières semaines de gestation. Bureau du Président : Service de presse. Retiré en juin 2023 https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_032/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2032-2023.pdf

ESPAGNE. Tribunal Constitutionnel (2023). Plénière. Sentence 44/2023, du 9 mai 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4523-2010 (ECLI:ES:TC:2023:44), BOE n° 139, du 12 juin 2023, section du Tribunal constitutionnel. Retiré en juin 2023 <https://www.boe.es/boe/dias/2023/06/12/pdfs/BOE-A-2023-13955.pdf>

Europa Press (2023). Une vingtaine d'organisations sociales spécialisées dans les questions migratoires ont déposé jeudi une plainte auprès de la Commission européenne pour dénoncer "l'effondrement" du système de rendez-vous pour demander une protection internationale ou l'asile en Espagne. Retiré en juillet 2023 <https://www.europapress.es/epsocial/migracion/noticia-ong-migrantes-denuncian-comision-europea-colapso-sistema-citas-solicitar-asilo-espana-20230622134323.html>

Conseil Européen sur les réfugiés et les exilés (ECRE). (2019). ONU : Risques énormes sur les routes terrestres et maritimes - lieux de réinstallation en grand besoin. Retiré en juin 2023 <https://ecre.org/un-huge-risks-at-land-and-sea-routes-resettlement-places-in-dire-need/>

Service de Recherche Parlementaire Européen (EPRS). (2015). La lutte contre les crimes d'honneur dans l'UE. Retiré en juin 2023, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2015\)573877](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2015)573877)

Farhud D.D., Zokaei, S., Keykhaei, M. et Yeganeh M.Z. (2019). Des preuves solides du risque de carcinome ovarien chez les femmes après un traitement de FIV : un article de synthèse. Iran Journal Public Health. 48(12):2124-2132. Retiré en juin 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31993380/>

Fédération Espagnole de Planification Familiale [FPFE] (2010). Charte des droits sexuels et reproductifs. Madrid : FPFE. Retirée en juin 2023
<https://salutsexual.sidastudi.org/recursos/inmagine-imag/DD11426.pdf>

Fédération Internationale Pour la Planification Familiale [IPPF] (2010). Droits sexuels : Guide de poche de la Déclaration de l'IPPF. Londres, Royaume-Uni : IPPF. Retiré en juin 2023
https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf

Fernández-Martorel, M. (2018). Capitalismo y cuerpo : Crítica de la razón masculina. Barcelone : Cátedra

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance [UNICEF]-Argentine (2018). Abus sexuels et grossesses forcées dans l'enfance et l'adolescence : lignes directrices pour une approche interinstitutionnelle. Plan national pour la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence. Buenos Aires, Argentine : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Retiré en mars 2023
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/abusos_sexuales_y_embarazo_forzado_lineamientos_anexo.pdf

Fonds des Nations Unies pour la Population [UNFPA] (2014). Programme d'action de la Conférence Internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994 Édition du 20e anniversaire. Retirée en juin 2023
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

[UNFPA] (2018). Jeunes handicapés : étude mondiale sur la fin de la violence sexiste et la réalisation de la santé et des droits sexuels et reproductifs. New York : UNFPA. Retiré en juin 2023
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf

[UNFPA] (2018b) Femmes et jeunes gens handicapés. Lignes directrices pour la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre pour lutter contre la violence sexiste et la santé et les droits sexuels et reproductifs. New York : UNFPA. Retiré en juin 2023
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability_Guidelines_in_Spanish.pdf

[UNFPA] (2018c). Femmes et jeunes gens handicapés. Lignes directrices pour la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre pour lutter contre la violence sexiste et la santé et les droits sexuels et reproductifs.

[UNFPA] (2020). État de la population mondiale 2020. Contre ma volonté. New York : UNFPA. Retiré en mai 2023 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial2.pdf

[UNFPA] (2020b). Questions fréquemment posées sur les mutilations génitales féminines (MGF). Retiré en juin 2023, <https://www.unfpa.org/es/recursos/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilacion-genital-femenina-mgf#se-puede-condenar>

[UNFPA] (2021). État de la population mondiale 2021. Mon corps m'appartient. Revendiquer le droit à l'autonomie et à l'autodétermination. New York : UNFPA. Retiré en juin 2023 https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mi_cuerpo_me_pertenece-reclamar_el_derecho_a_la_autonomia_y_la_autodeterminacion.pdf

[UNFPA] (2022). État de la population mondiale 2022. Rendre visible l'invisible. La nécessité d'agir pour mettre fin à la crise négligée des grossesses non désirées. New York : UNFPA. Retiré en juin 2023 <https://www.unfpa.org/es/swp2022>

[UNFPA] (2022b). Sélection du sexe en fonction du genre. Retiré en mai 2023 <https://www.unfpa.org/gender-biased-sex-selection#readmore-expand>

[UNFPA] (2022c). Menstruation et droits de l'homme - Questions fréquemment posées. Retiré en avril 2023 <https://www.unfpa.org/es/menstruacion-preguntas-frecuentes>

[UNFPA] (2023). Curbing the alarming rates of maternal and newborn deaths : UNFPA and partners call for urgent action to invest in midwifery. Retiré en juin 2023 <https://esaro.unfpa.org/en/news/curbing-alarming-rates-maternal-and-newborn-deaths-unfpa-and-partners-call-urgent-action-invest>

[UNFPA] (2023b). État de la population mondiale 2023. 8 milliards de vies, des possibilités infinies. Plaidoyer pour les droits et les libertés. New York : UNFPA. Retiré en juillet 2023, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-SPANISH-230403-web.pdf>

Franco Rebollar, P. ; Guilló Girard, C.I. (2012), What happens outside the cities ? Gender violence and rurality, *European Journal of Fundamental Rights*, 19 (Issue dedicated to : Gender, inequality and violence), pp. 215-244. Retiré en mai 2023, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4055504>

Freixes Sanjuán, T. (2022). Étude sur l'impact de la proposition de directive de la Commission Européenne sur la violence à l'égard des femmes. Lobby européen des femmes en Espagne - LEM Espagne-. Retiré en mai 2023 <https://asociacionportimujer.org/estudio-sobre-el-impacto-de-la-propuesta-de-directiva-de-la-comision-europea-sobre-violencia-contra-las-mujeres/>

Fondation CERMI Women (2018) Mettre fin à la stérilisation forcée des femmes et des filles handicapées. Collection générosité n°7. Fundación CerMI Mujeres, CERMI. Forum européen des personnes handicapées. Maison d'édition Cinca

CERMI Women Foundation (2023) Droits humains des femmes et des filles handicapées : Rapport Espagne 2022. Collection générosité n°19, Fondation des femmes CERMI, CERMI. Forum européen des personnes handicapées. Editorial Cinca Cole

Bernard, S. (2012). La lutte contre les crimes d'honneur en Europe. Un manuel pour les décideurs politiques, les institutions et la société civile. Suisse : Fondation SURGIR. Retiré en mai 2023, www.surgir.ch

Filles pas mariées (2023). 10 Gender-Transformative Actions you can take now to end child marriage (10 actions de transformation du genre que vous pouvez prendre maintenant pour mettre fin au mariage des enfants). Retiré en juin 2023, <https://www.girlsnotbrides.es/articulos/10-gender-transformative-actions-you-can-take-now-to-end-child-marriage/>

Galdós Silva, S. (2013). La conférence du Caire et l'affirmation des droits sexuels et reproductifs comme base de la santé sexuelle et reproductive. Revue péruvienne de médecine expérimentale et de santé publique, 30(3). Withdrawn June 2023 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014

Gammeltoft, T.M. ; Wahlberg, A. (2014). Selective Reproductive Technologies, Annual Review of Anthropology 43 : 201-216.

García Medina, J. (2017). Les sujets vulnérables dans la traite des êtres humains. Les cas du Mexique et de l'Espagne, Trayectorias Humanas Transcontinentales TraHs, 1 (Populations vulnérables et droits de l'homme). Retiré en mai 2023. <https://www.scielo.br/jj/reben/a/YGzfv48vtQ48HHmnZshMTVM/?lang=es>

González, F., Guerrero, S.G., Hernández, P., Holgado, L., Ingelmo, L.A., Justo, L., Lázaro, D., López, N. ; Lucas, C.I. ; Martín, T. ; Mateos, I. ; Mateos, A. (2021). TEDH et maternité de substitution. Séminaire. Université de Salamanque. Retiré en mai 2023.

<https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/145480/Seminario%2owiki%20definitivo%20TEDH%20y%20GS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, L., Seva A.M., Hellín M.F., Roldán M.D., Paredes P., Iglesia E., Ruíz, G. et Navarro, F.J. (2022). Analyse de la situation des sages-femmes et de la nécessité de mesurer leur charge de travail. *Revista Brasileira de Enfermagem* 75(3). Retiré en mars 2023. <https://www.scielo.br/jj/reben/a/YGzfv48vtQ48HHmnZshMTVM/?lang=es>

González-Prieto, Ángel & Bru, Antonio & Nuño, Juan & González, José (2021). Apprentissage automatique pour l'évaluation des risques en matière de criminalité sexiste. Retiré en avril 2023 <https://arxiv.org/pdf/2106.11847.pdf>

Gonzalez López, N. (2017). Les utérus de substitution. Editorial LoQueNoExiste

González López, N. (2021). L'utérus de substitution : La Mala gente. Eola Ediciones.

Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO) (2020) Premier rapport d'évaluation du GREVIO sur l'Espagne. Retiré en mars 2023 <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/informesGREVIO/docs/InformeGREVIOEspana.pdf>

Guerra Palmero, M. J. (2018). Contre la marchandisation du corps des femmes. La " maternité de substitution " comme nouveau business transnational. *Dilemata*, (26), 39-51. Retiré en avril 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278543>

Guerrero-Sotelo, RN ; Hernández-Ramírez, JC ; Hernández-Arzola, LI ; Aragón-González, GR. (2019). Catégories conceptuelles de la violence obstétrique, *Advances in Science, Health and Medicine* 7(1):23-32. Retiré en mai 2023 https://www.researchgate.net/publication/338434578_Categorias_conceptuales_de_la_violencia_obstetrica

Guilló Girard, C.I. ; Nuño Gómez, L. ; Franco Rebollar, P. (2010). Frontières culturelles de la ruralité. Les points de vue des femmes rurales sur la violence. *Investigaciones multidisciplinares en género : Il Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*, [livre des actes], pp. 469-493. Retiré en juillet 2023, <https://idus.us.es/handle/11441/40298>

Guilló Girard, C. I. (2018). Le sens d'être victime et la victime comme sens : technologies d'énonciation de la violence de genre. Thèse de doctorat dirigée par Amparo Serrano Pascual (Dir. tes.), Laura Nuño Gómez (Dir. tes.). Université Complutense de Madrid. Retirée en avril 2023 <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5d1ffb2f2999521e412de35f>

Guilló Girard, C.I. ; Bartolomé Esteban, C. ; Suso Araico, A. (RED2RED). (2022). Guide de bonnes pratiques pour l'intégration de la dimension de genre au niveau local. Institut des femmes (Ministère de l'égalité). Retiré en juillet 2023 https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/Guia_de_buenas_practicas.pdf

Hernández, A. et Santiago, J.L. (2011). Ley de Maternidad Surrogada del Distrito Federal. Retirée en avril 2023 https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332011000300011

Hesketh, T. ; Lu, L., & Xing, Z. W. (2011). The consequences of son preference and sex-selective abortion in China and other Asian countries (Les conséquences de la préférence pour le fils et de l'avortement sélectif en Chine et dans d'autres pays asiatiques). *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 183(12), 1374-1377. Retiré en mars 2023 <https://doi.org/10.1503/cmaj.101368>

Hesketh, T. ; Xing, Z. W. (2006). Abnormal sex ratios in human populations : causes and consequences (Ratios sexuels anormaux dans les populations humaines : causes et conséquences). *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(36), 13271-13275. Consulté le 20 mars 2023 <https://doi.org/10.1073/pnas.0602203103>

Collins, P.H. (1990), *Black Feminist Thought : Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, Unwin Hyman, Boston.

Collins, P.H. ; Bilge. S. (2019). *Intersectionality*. Madrid : Ediciones Morata.

Holguín, D. (2020). "L'usine à bébés" : des femmes ont été violées et leurs enfants vendus au Nigeria. Vue d'ensemble. Consulté le 20 avril 2023 <https://www.vistazo.com/actualidad/internacional/fabrica-de-bebes-violaban-mujeres-y-vendian-sus-hijos-en-nigeria-MDVI213096>

Holla, J. ; Smits, J. (2018) *La vie après la violence. Une étude sur la façon dont les femmes ayant une déficience intellectuelle font face à la violence qu'elles ont subie en institution*. LFB. Inclusion Europe. Retiré en mai 2023 https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2019/02/LAV-Publication_web.pdf

Infantes Capdevila, G. (2021). Un an sans stérilisation forcée des femmes handicapées en Espagne : l'atrocité qui a été interdite 12 ans trop tard. Reportajes. .31/12/2021. Newtra.es.

Retiré en juillet 2023 <https://www.newtral.es/esterilizacion-forzosa-personas-discapacidad-espana/20211212/>

Instituto de Apoyo al Movimiento Autónomo de Mujeres Campesinas - IAMAMC. (2016). La vérité est dans nos corps. Les séquelles de l'oppression reproductive. Réseau Migration, Genre et Développement et avec le soutien de l'Agence Catalane de Coopération au Développement - ACCD.

Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) (2011) Lignes directrices : Stérilisation contraceptive féminine. Réunion du Conseil exécutif de la FIGO - juin 2011. Retiré en avril 2023 http://www.wunrn.org/news/2011/06_11/06_27/062711_female.htm

Institut National de la Statistique (2019). Enquête sur la fécondité 2018. Résultats définitifs. Direction générale des statistiques de la population. Retiré en juin 2023 <https://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=30317>

Organisation Internationale des Migrations [OIM] (2020). Manuel de formation sur l'identification et la communication avec les migrants victimes de violences sexuelles et sexistes. PROTECT - Prévenir les violences sexuelles et sexistes à l'encontre des migrants et renforcer le soutien aux victimes. Retiré en mai 2023 <https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/1.PROTECT-Identification-and-communication-Training-Manual.pdf>

[OIM] (2023). Projet Migrants disparus. Aperçu régional annuel 2022. Moyen-Orient et Afrique du Nord. Retiré en mars 2023 <https://missingmigrants.iom.int/sitreps/missing-migrants-project-annual-regional-overview-2022-mena>

Service Social International [SSI] (2021). Principes pour la protection des droits de l'enfant né d'une maternité de substitution (principes de Vérone). Retiré en avril 2023 https://www.iss-ssi.org/wp-content/uploads/2023/03/VeronaPrinciples_25February2021-1.pdf

Kefauver Silva, M. (2021). Répercussions de la violence sexuelle du partenaire intime sur la santé sexuelle des femmes. Fondation SEXPOL. Consulté le 20 avril 2023 <https://www.sexpole.net/repercusiones-de-la-violencia-sexual-en-el-ambito-de-la-pareja-sobre-la-salud-sexual-de-la-mujer/#:~:text=Las%20consecuencias%20m%C3%A1s%20habituales%20de,ginecol%C3%B3gicas%20e%20incluso%20la%20muerte.>

Kelly, L. (1988). Survivre à la violence sexuelle. Polity Press, Angleterre.

Kluchin, R.M. (2007). Locating the Voices of the Sterilized, *The Public Historian* 29(3), 131-144. Retiré en avril 2023 <https://www.jstor.org/stable/10.1525/tph.2007.29.3.131>

Koldinská, K. (2009). Institutionalizing Intersectionality. *International Feminist Journal of Politics*, 11(4), 547-563. Retiré en mars 2023 <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/14616740903237509>

Lamba, N., Jadvá, V., Kadam, K. et Golombok, S. (2018). Le bien-être psychologique et le lien prénatal des mères porteuses gestationnelles. *Human Reproduction* 33(4):646-653. Retiré en avril 2023 https://www.researchgate.net/publication/323967339_The_psychological_well-being_and_prenatal_bonding_of_gestational_surrogates

Lamm, E. (2012). La maternité de substitution. *Journal pour l'analyse du droit*. Retiré en avril 2023 <https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/download/260860/348063>

Le Monde selon les femmes (2019). Les violences sexuelles et sexistes dans un contexte migratoire. PROTECT - Prévenir les violences sexuelles et sexistes à l'encontre des migrants et renforcer le soutien aux victimes. Bruxelles : Le Monde selon les femmes - Organisation internationale pour les migrations (OIM). Retiré en mai 2023 <https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbd1666/files/documents/1.PROTECT-Sexual-Violence-Training-Handbook.pdf>

López Ramos, a. Nogales Gutiérrez, P. ; Martínez Hernández, M.D. (2018). Salir Adelante. Manuel pour la prévention de la violence basée sur le genre avec des groupes de femmes migrantes. Fondation Cepaim, Convivencia y Cohesión Social. Retiré en avril 2023 https://cendocps.carm.es/documentacion/2019_Manual_Salir_Adelante.pdf

López, M.T. ; de Montalvo, F. ; Alonso, C. ; Bellver, V. ; Cadena, F. ; de los Reyes, M. ; Fernández, P. I. ; Jouve, N. ; López, N. ; Nombela, C. ; Romero, C.M. ; et Serrano, J.M. (2018). Rapport du Comité espagnol de bioéthique sur les aspects éthiques et juridiques de la maternité de substitution. Retiré en avril 2023 http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf

López Rodríguez, S. (2017). Politiques publiques et production d'espaces de vulnérabilité. Effets du discours politique sur la violence de genre et les droits sexuels et reproductifs en Espagne. Thèse de doctorat. Universidad Autónoma de Madrid. Retirée en avril 2023

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681123/lopez_rodriguez_silvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Maita, L. (2023). Combien y a-t-il de types de handicaps ? Pluridisability. Discapnet. Consulté le 20 avril 2023 <https://www.dicapnet.es/discapacidad/que-discapacidades-existen/pluridiscapacidad>

Marrades Puig, A.I. (2017). Le débat sur la maternité de substitution en Espagne : entre désir, dignité et droits. *Revue européenne des droits fondamentaux* 30, 153-177. Retiré en avril 2023 <https://roderic.uv.es/handle/10550/65598>

Martin, A. (2023). La guerre n'a pas empêché le recours à la maternité de substitution en Ukraine. *El País*. Consulté le 20 juillet 2023 <https://cadenaser.com/nacional/2023/03/29/la-guerra-no-ha-detenido-el-uso-de-vientres-de-alquiler-en-ucrania-cadena-ser/>

Mayeda, D.T. ; Vijaykumar, R. (2016). A Review of the Literature on Honor-based Violence, *Sociology Compass*, 10(5), 353-363, DOI : 10.1111/soc4.12367.

Mayeda, D. ; Vijaykumar, R. ; Chesney-Lind, M. (2018). Constructions of Honor-Based Violence. *Gender, Context and Orientalism*, in Carrington, K. (ed. lit.) ; Hogg, R. (ed. lit.) ; Scott, J. (ed. lit.), Sozzo, M. (ed. lit.). *The Palgrave Handbook of Criminology and the Global South* ; pp. 947-967.

Médecins du monde (2012). Prostitution et santé. Unité d'enseignement n° 5 de l'Institut des sciences de l'éducation de l'Université des Îles Baléares. Retiré en mai 2023 https://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/ud_05-prostitucic3b3n-y-salud.pdf

Mertus, J. ; Heller, S. (1992). Norplant meets the new eugenicists : the impermissibility of coerced contraception, *St Louis Univ Public Law Rev* ; 11(2):359-83. Retiré en mars 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11652703/>

Ministère de l'Égalité - Fédération Espagnole des Municipalités et des Provinces (DGVG- FEMP) (2023). Protocole d'action pour le service téléphonique d'attention et de protection des victimes de la violence à l'égard des femmes. Service ATENPRO. En attente de publication.

Ministère de l'Inclusion, de la Sécurité Sociale et des Migrations [MISSM] (2023). Système d'accueil de la protection internationale et temporaire. Retiré en juillet 2023 <https://inclusion.seg-social.es/web/migraciones/sistema-de-acogida>

Ministère de la Santé (2021). Statistiques. Direction Générale de la Santé Publique. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Retiré en juin 2023 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm#publicacion>

Ministère de la Santé et de la Consommation (2005). Monographie : Complications de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. Instituto Información Sanitaria. 23. retiré en juin 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n23_05.pdf

Ministère de la Santé, de la Consommation et de la Protection Sociale (2019). Stratégie de santé sexuelle (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS) Plan opérationnel 2019-2020. Retiré en avril 2023 https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf

Ministère de la Santé, de la Politique Sociale et de l'Égalité (2011). Stratégie nationale pour la santé sexuelle et reproductive. Retirée en avril 2023 <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministère de l'Intérieur [MI] (2023). Aperçu trimestriel des données cumulées sur la protection internationale au 31 décembre 2022. Sous-secrétariat à l'intérieur, direction générale de la politique intérieure. Retiré en juillet 2023 <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica/>

[MI] (n.d.). Protection internationale. Bureau de l'asile et des réfugiés. Citizen Services. Retiré en juin 2023 <https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestion/es/oficina-de-asilo-y-refugio/proteccion-internacional/>

Mora, L. (2007). Mondialisation, migrations internationales et division sexuelle du travail. Un regard sur le genre et les droits reproductifs, in Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2007). Santiago, Chili : Nations Unies (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, CEPALC).

Moreno Hernández, A. ; Pérez de la Merced, H. (2022). Recherche sur la situation des femmes ayant des déficiences intellectuelles et développementales par rapport à leurs droits sexuels et reproductifs (Résumé). Madrid : Plena Inclusión España. Retiré en juillet 2023 <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/investigacion-sobre-la-situacion-de->

las-mujeres-con-discapacidad-intelectual-y-del-desarrollo-en-relacion-con-sus-derechos-sexuales-y-reproductivos/

Murray, M. ; Shaw, K. ; Siegel, R. (eds.) (2019). *Histoires de droits reproductifs et de justice*. Foundation Press.

Muruaga López de Guereñu, S. (2023). *Prostitution et santé*, dans *La violencia sexual de género*, Asociación de Mujeres para la Salud. Retiré en juillet 2023 <https://www.mujeresparalasalud.org/prostitucion-y-salud/>

Nations Unies [ONU] (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Retirée en avril 2023 https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf

[ONU] (2000). *Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants*. Retiré en avril 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

[ONU] (2022). *L'Espagne est responsable des violences obstétricales, selon le Comité des droits de la femme de l'ONU*. Retirée en avril 2023 <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>

National Guideline Alliance (2021). *The benefits and risks of planned caesarean birth : Caesarean birth : Evidence review A*. Londres : National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 192. Retiré en avril 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

Naz Ali Kousar, R. (2023). *Une approche du mariage forcé et arrangé. Pakistani migrant women as a case study*. TFG. Université de Barcelone. Retiré en août 2023, <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/47429?locale=es>

Noblet, B. (2021). *Virilité nationale : Modèles et valeurs masculines dans les manuels d'histoire (1931-1982)*. Saragosse : Presses de l'Université de Saragosse.

Nuño Gómez, L. (2016). *Une nouvelle clause dans le contrat sexuel : la maternité de substitution*. *Isegoría*, (55), 683-700. Consulté le 20 avril 2023 <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/961/959>

Nuño Gómez, L. (2020). *Maternités S.A. L'entreprise des mères porteuses*. Catarata

Observatoire de l'Immigration Permanente [OPI] (2023). *Les personnes dans le dispositif d'accueil de la protection internationale et temporaire. Série trimestrielle du 30 juin au 31 mars*

2023. Données au 31/03/2023. Retiré en juin 2023 https://inclusion.seg-social.es/en/web/opi/estadisticas/productos_servicios/infografias

[OPI] (2023b). Personnes dans le système d'accueil de la protection internationale et temporaire. Séries trimestrielles du 30 juin au 31 mars 2023. Note d'analyse. Retiré en août 2023 https://inclusion.seg-social.es/documents/2178369/2280852/Nota_Sistema_Acogida.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) (2012). Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap. Conseil des droits de l'homme, 20e session, points 2 et 3 de l'ordre du jour. Retirée en mai 2023 <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>

[OHCHR] (2018). Rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées. Retiré en mai 2023 <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-disability>

[OHCHR] (2019). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences. Approche fondée sur les droits de l'homme de la maltraitance et de la violence à l'égard des femmes dans les services de santé reproductive, en particulier les soins liés à l'accouchement et la violence obstétricale. Retiré en juin 2023 <https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>

[OHCHR] (2020). Violence contre les femmes et les filles handicapées. Déclaration de Nada Al-Nashif Haut Commissaire adjoint des Nations Unies aux droits de l'homme. Conseil des droits de l'homme 47e session Discussion annuelle d'une journée sur les droits fondamentaux des femmes. Retiré en mars 2023 <https://www.ohchr.org/en/statements/2021/07/panel-1-violence-against-women-and-girls-disabilities>

[OHCHR] (2023). Santé et droits sexuels et reproductifs. Le HCDH et les droits humains des femmes et l'égalité des sexes. Retiré en juin 2023 <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) - Groupe mondial sur la migration (GMG) (2018b). Principes et directives, étayés par des orientations pratiques, sur la protection des droits de l'homme des migrants en situation de vulnérabilité. Genève-Suisse : Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme. Retiré en juin 2023 <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf>

HCDH, ONU Femmes, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS (2014). Éliminer la stérilisation forcée, coercitive et autrement involontaire : une déclaration interinstitutions. Retirée en avril 2023

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf

HCDH, UNFPA, UNICEF, ONU Femmes et OMS (2011). Prévenir la sélection du sexe en fonction du genre : une déclaration interinstitutions. Genève : Organisation mondiale de la santé. Retiré en avril 2023 https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing_gender-biased_sex_selection.pdf

Olza, I. (2018). Les aspects médicaux de la maternité de substitution du point de vue de la santé mentale, holistique et féministe. *International Journal of Applied Ethics*. 28:1-12. Retiré en mai 2023 <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000243/600>

Open Society Foundations (2011) *Against Her Will : Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide (Contre sa volonté : stérilisation forcée et contrainte des femmes dans le monde)*. Fiche d'information. Retiré en avril 2023 <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide>

Nations Unies [ONU] (1989). Convention relative aux droits de l'enfant. Retirée en mai 2023 https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf

[ONU] (2000). Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants. Retiré en mai 2023 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-1858>

[ONU] (2006). Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Rapport du Secrétaire général, 6 juillet 2006, A/61/122/Add.1. Retiré en mars 2023 <https://www.refworld.org.es/docid/484e7a992.html>

[ONU] (2009). Fiche d'information sur les personnes handicapées. Retiré en avril 2023 <https://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/pwdfs.pdf>

[ONU] (n.d.). Conférences sur la population et le développement. Retirée en avril 2023 <https://www.un.org/es/conferences/population>

Organisation Internationale des Migrations [OIM] (2020). Guide sur la violence sexuelle et sexiste dans le contexte de la migration en Espagne. Retiré en avril 2023

<https://spain.iom.int/sites/g/files/tmzbd1141/files/documents/guia-violencia-sexual-y-genero-migraciones-espana.pdf>

[OIM] (2023). Communiqué mondial du 13 juin 2023. Selon les données de l'OIM de 2022, les décès sur les routes migratoires dans la région MENA sont les plus élevés depuis 2017. Retiré en avril 2023 <https://www.iom.int/es/news/segun-datos-de-la-oim-de-2022-las-muertes-en-las-rutas-migratorias-de-la-region-de-mena-son-las-mas-altas-desde-2017>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2010). Glossaire de la terminologie des technologies de procréation assistée (PPA). Retiré en avril 2023 https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf

[OMS] (2014). Prévenir et éliminer le manque de respect et les mauvais traitements pendant l'accouchement dans les établissements de santé. Retiré en mars 2023 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

[OMS] (2016). Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour une expérience positive de la grossesse. Retirado abril 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

[OMS] (2021). Avortement. Notes descriptives. Retiré en avril 2023 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

[OMS] (2022). Directives sur les soins liés à l'avortement. Genève : OMS. Retiré en avril 2023 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362897>

Pande, A. (2014). Wombs in Labor. La maternité de substitution commerciale transnationale en Inde. Columbia University Press.

Pardo Miranda, M. (2023). La adopción ilegal y la gestación surrogada como finalidades del delito de trata de seres humanos. Anales de Derecho (Vol. 40, pp. 66-90). Retiré en avril 2023 <https://revistas.um.es/analesderecho/article/view/538701/337121>

Parlement Européen (2017). Rapport annuel sur les droits de l'homme et la démocratie dans le monde (2014) et politique de l'UE en la matière. Retiré en avril 2023 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015IP0470&from=FI>

(2021). Résolution du Parlement Européen du 24 juin 2021 sur la situation de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans l'Union européenne dans le contexte de la santé des femmes (2020/2215(INI)). Retirée en avril 2023 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html

Patel, P. (2017) La stérilisation forcée des femmes en tant que discrimination. *Public Health Rev* 38(15). doi : 10.1186/s40985-017-0060-9. Retiré en mars 2023 <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-017-0060-9>

Peláez Narváez, A. (Dir.) Martínez Ríos, B. ; Leonhardt Gallego, M. (2009). *Maternité et handicap*. CERMI. Editorial Cinca.

Pérez-Corral, O. ; & Danet-Danet, A. (2022). Analyse sexuée de l'enquête 2018 sur la fécondité en Espagne. *Gaceta Sanitaria*, 36(3), 221-231. Retiré en mai 2023 <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.005>

Pinedo, R. (2008). *Caractéristiques psychosociales, qualité de vie et besoins des prostituées* (thèse de doctorat). Université de Salamanque, Faculté de psychologie. Salamanca. Salamanca, Espagne. Retiré en avril 2023 https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22536/DPEE_Caracteristicas%20psicosociales%20localidad%20de%20vida.pdf

Piña Serpentequi, C.C. (2019). *Implications juridiques de la gestation pour autrui : proposition de réglementation sur la gestation pour autrui altruiste*. Thèse. Université nationale Pedro Ruíz Gallo. Retirée en avril 2023 <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3282>

Professionnels pour l'éthique (2015). *La maternité de substitution. La gestation pour autrui. Une nouvelle forme d'exploitation des femmes et de traite des êtres humains*. Bioeticacs.org. Retiré en avril 2023 https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/vientreAlquiler/v_aquiler_web.pdf

Público (2023). Plus de la moitié des familles espagnoles qui ont recours aux services d'une mère porteuse le font aux États-Unis, comme Ana Obregón. Retiré en juillet 2023 <https://www.publico.es/mujer/mitad-familias-espanolas-acuden-vientres-alquiler-eeuu-ana-obregon.html>

Ranea Triviño, B. (2018). Présentation de la monographie " Prostitution : entre anciens privilèges masculins et nouveaux imaginaires néolibéraux ". *ATLÁNTICAS*. Revue

internationale d'études féministes, 3, 1-12. Retiré en avril 2023
https://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2018.3.1.3540/g3540_pdf

RED2RED. (2020) Étude approfondie sur l'utilisation des techniques associées au Big Data dans la lutte contre les violences faites aux femmes. DGVG. Non publié

Réseau sur les mariages forcés en Espagne (2023). Je n'accepte pas. Étude et visibilité des mariages forcés en Espagne. Retiré en août 2023,
<https://noacepto.es/identificacion/#1563180717712-39c211ef-a976>

Regalado Torres, M.D. (2017). Effets, conséquences et réglementation de la maternité de substitution. FEMERIS : Revue multidisciplinaire d'études de genre, 2(2), 10-34. Retiré en avril 2023

https://www.researchgate.net/profile/Maria_Desiree_Regalado_Torres/publication/318823557_Efectos_consecuencias_y_regulacion_de_la_maternidad_subrogada_Effects_consequences_and_regulation_of_surrogated_maternity/links/5d3f30304585153e592cec40/Efectos-consecuencias-y-regulacion-de-la-maternidad-subrogada-Effects-consequences-and-regulation-of-surrogated-maternity.pdf

Ríos Marín, A.M. (2014). Migration, genre et santé. Les inégalités sociales de santé et leurs effets sur la santé bio-psycho-sociale des femmes dans les contextes de prostitution. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 6. Consulté le 20 mai 2023
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100002

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J.M., Martínez-Galiano, J.M. et Gómez-Salgado, J. (2021). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience (Perceptions des femmes concernant l'expérience traumatisante de l'accouchement et les facteurs liés à l'expérience de l'accouchement). International Journal of Environmental Research and Public Health. 16(9):1654. Retiré en mai 2023.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6539242/pdf/ijerph-16-01654.pdf>

Roy, M. (2010). A case note follow-up of women with intellectual disability referred for sterilization. Journal of Intellectual Disabilities, 14(1), 43-52. Retiré en mai 2023
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630926/>

Ruffa, B. ; & Chejter, S. (2010). Violence de genre et santé sexuelle et reproductive. CECYM - Centro de Encuentros Cultura y Mujer). Retiré en juin 2023

<https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1332.pdf>

Salazar Benítez, O. (2018). *La gestation pour autrui : une réflexion juridico-constitutionnelle sur le conflit entre désirs et droits*. Madrid : Dykinson.

María Nieves Saldaña Díaz, M.N. (2016). Normes internationales en matière de droits de l'homme adoptées par le Conseil de l'Europe pour combattre et prévenir la violence à l'égard des femmes : les crimes dits "d'honneur", *Aequalitas : Revue juridique sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes*, 41, 6-19. Retiré en juin 2023, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=314770>

Santos-Fraile, S. (2020). The Sikh Gender Construction and Use of Agency in Spain : Negotiations and Identity (Re)Constructions in the Diaspora, *Religions*, 11 (179) ; doi:10.3390/rel11040179 Retiré en juillet 2023.

Sassen, S. (2003). *Putes insolentes. Contre-géographies de la mondialisation : genre et citoyenneté dans les circuits transfrontaliers*. Traficantes de sueños.

Sen, P. (2005). Crimes of honour' : value and meaning, in Welchman, L (ed.) ; Hossain, S. (ed.) (2005). *Honour' : Crimes, Paradigms, and Violence Against Women*. Londres : Zed Books. Pp . 42-63.

Sendra-Federación de Planificación Familiar Estatal FPFE (n.d.). *Charte des droits sexuels et reproductifs*. Retirée en mars 2023 <https://sedra-fpfe.org/wp-content/uploads/2018/11/CARTA-DERECOS-SEXUALES-FPFE-compressed.pdf>

Serra, M. L. (2016). *Femmes handicapées et situations d'oppression. La déconstruction féministe : déstabiliser les hiérarchies des domaines de pouvoir*. Thèse de doctorat. Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé De Las Casas" Universidad Carlos III Madrid. Retirée en mars 2023 <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/24455>

Serrano Ruíz-Calderón, J.M. (2017). Manipulation du langage, maternité et altruisme. *Cuadernos de Bioética*, 28(2), 219-228. Retiré en avril 2023 <https://www.redalyc.org/pdf/875/87551223006.pdf>

Serrato Calero, M. Mercedes, Díaz Jiménez, Rosa. M. et Corona Aguilar, Antonia (2018). La violence contre les femmes handicapées en Espagne : la lutte inlassable pour être visible. *Revue latino-américaine sur le handicap, la société et les droits de l'homme*, 2(2), 132-145. Retiré en mai 2023 <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/116>

Serrato Calero, Mercedes, Yerga Míguez, María Dolores et Corona Aguilar Antonia (2021). La esterilización forzada en mujeres con discapacidad : un abordaje paradigmático. VIIIe Congrès du Réseau espagnol de politique sociale (REPS). REPS 2021 Bilbao Prendre soin de la vie, garantir l'inclusion, vivre ensemble dans la diversité : consensus et défis. Actes du congrès. Retiré en juin 2023 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8378959>

Shah, P., Norlin, C., Logsdon, V., & Samson-Fang, L. (2005) : "Gynecological care for adolescents with disability : Physician comfort, perceived barriers, and potential solutions". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(2), 101-104. Retiré en avril 2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15897106/>

Sparrow, R. (2011). Un eugénisme pas si nouveau. Harris et Savulescu sur l'amélioration humaine. *The Hastings Center report*, 41(1), 32-42. Retiré en mars 2023 <https://doi.org/10.1002/j.1552-146x.2011.tb00098.x>

Stejskalová, M. ; Szilvasi, M. (2016). Coercive and Cruel : Sterilisation and its Consequences for Romani Women in the Czech Republic (1966-2016) Budapest : European Roma Rights Centre ERRC ; pp. 12-16. Retiré en mars 2023 <http://www.errc.org/reports-and-submissions/coercive-and-cruel-sterilisation-and-its-consequences-for-romani-women-in-the-czech-republic-1966-2016>

Stenger, M. ; Jones, L.C. (2019). Honor Killings, *The Encyclopedia of Women and Crime*. Consulté le 20 juin 2023, <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewaco281>

Stern A. M. (2005). Sterilized in the name of public health : race, immigration, and reproductive control in modern California. *American journal of public health*, 95(7), 1128-1138. Retiré en mars 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449330/>

Szygendowska, M. (2021). Surrogacy as a form of commodification of the female body (La maternité de substitution en tant que forme de marchandisation du corps féminin). *Revista De Derecho*, 34(1), 89-109. Consulté le 20 avril 2023 <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v34n1/0718-0950-revider-34-01-89.pdf>

Taebi, M., Masoudi, N. et Ahmadi, S.M. (2020). The Experiences of Surrogate Mothers : A Qualitative Study (Les expériences des mères porteuses : une étude qualitative). *Nursing and Midwifery Studies* 9 : 51-59. Withdrawn June 2023 https://nmsjournal.kaums.ac.ir/article_129861_460eab469bc4cb2db5b7cfc2027726d.pdf

Tan, S.H. (2020). Surrogacy and Human Flourishing (maternité de substitution et épanouissement humain). *Journal of Legal Philosophy* 45 : 49-79. Retiré le 2 avril 23 https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3735834

Trejo Pulido, A. (2017). Les mères dans la <<surrogacy>>. *Stop Vientres de Alquiler*. Retiré le 2023 avril <https://stopvientresdealquiler.wordpress.com/las-madres/>

Trejo Pulido, A. (2021). Au nom du père : Exploitation des femmes à des fins de reproduction et vente de nouveau-nés. *Stop Surrogacy*. Retiré le 2 avril 23 <https://www.enferalicante.org/Documentos/2021/En%20el%20nombre%20del%20padre%20EXPLOTACION%20DE%20MUJERES%20CON%20FINES%20REPRODUCTIVOS%20Y%20VENTA%20DE%20BEBES%20RECIEN%20NACIDOS.pdf>

Tully, K.P., Stuebe, A.M. et Verbiest, S.B. (2017). Le quatrième trimestre : une période de transition critique avec des besoins de santé maternelle non satisfaits. *American Journal Obstetrics Gynecology* 217(1):37-41. Retiré le 2023 avril [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30498-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30498-2/fulltext)

Udell, J.A., Lu, H. et Redelmeier, D.A. (2017). Échec de la thérapie de fertilité et événements cardiovasculaires indésirables ultérieurs. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 189 (10). Retiré en avril 2023 <https://www.cmaj.ca/content/189/10/E391.long>

Union des Associations Familiales [UNAF] (2022). L'UNAF dénonce la violation des droits sexuels et reproductifs subie par les femmes migrantes et demande leur accès avec la campagne "You matter". *Actualités*. Retiré en avril 2023 <https://unaf.org/unaf-denuncia-la-vulneracion-de-derechos-sexuales-y-reproductivos-que-sufren-las-mujeres-migrantes-y-reivindica-su-acceso-con-la-campana-tu-importas/>

Cités et Gouvernements Locaux Unis [CGLU] (2021). Déclaration Mondiale sur les femmes dans les gouvernements locaux (2021). à la 65e session de la Commission des Nations Unies sur le statut des femmes (CSW65) du collectif organisé des gouvernements locaux et régionaux, réunis dans la Global Taskforce. Retiré en mars 2023 https://www.uclg.org/sites/default/files/declaracion_conjunta_csw65.pdf

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). (2021). *Vers la fin du mariage des enfants : tendances mondiales et profils de progrès*. New York : UNICEF. Retiré en juin 2023, <https://data.unicef.org/resources/towards-ending-child-marriage/>

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime [UNDOC] (2020). Liens entre la traite des personnes et le mariage. Vienne : UNDOC. Retiré en avril 2023 <https://www.unodc.org/documents/human->

[trafficking/2020/UNODC_Interlinkages_Trafficking_in_Persons_and_Marriage.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2020/UNODC_Interlinkages_Trafficking_in_Persons_and_Marriage.pdf)

ONU Femmes (2023). Catastrophes, crises et violence à l'égard des femmes : preuves issues de l'analyse des Big Data, leçons tirées de Kiribati, Samoa, Îles Salomon et Tonga. Retiré en avril 2023 <https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2023/06/evidence-from-big-data-analysis>

Université Nationale d'Enseignement à Distance [UNED] (2023). Commissioning humans. Conférence. Retirée en mai 2023 <https://extension.uned.es/actividad/30947>

Vázquez Regueiro, M. ; Silva Castro, M. (2018). La violence sexuelle à l'encontre des filles et des femmes handicapées. Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia ACADAR. Retiré en juillet 2023 <https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb378a8e08001797f3ececdo3b4>

Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M. et Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20-23 years after IVF treatment : a Swedish cross-sectional study (Santé mentale des femmes 20 à 23 ans après un traitement de FIV : une étude transversale suédoise). *BMJ Journals* 5. Retiré en avril 2023 <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e009426>

Volscho, T.W. (2010). Sterilization Racism and Pan-Ethnic Disparities of the Past Decade : The Continued Encroachment on Reproductive Rights (Racisme de la stérilisation et disparités pan-ethniques de la dernière décennie : l'empiètement continu sur les droits reproductifs). *Revue Wicazo Sa*, 25(1), 17-31. Retiré en avril 2023 <https://muse.jhu.edu/article/380293>

Welchman, L (ed.) ; Hossain , S. (ed.). (2005). Honour' : Crimes, Paradigms, and Violence Against Women. Londres : Zed Books.

Organisation Mondiale de la Santé, Bureau des droits de l'homme des Nations Unies, ONU Femmes (2018). Éliminer les tests de virginité - Une déclaration interinstitutions. Genève : OMS. Retiré en juillet 2023 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.15>

Xue, Jia & Macropol, Kathy & Jia, Yanxia & Zhu, Tingshao & Gelles, Richard (2019). Exploiter les big data pour la justice sociale : une exploration des conversations liées à la violence contre les femmes sur Twitter. *Comportement humain et technologies émergentes* 1(3):269-279. Retiré en juillet 2023 https://www.researchgate.net/profile/Jia-Xue/publication/334715728_Harnessing_big_data_for_social_justice_An_exploration_of_viole

nce_against_women-
related_conversations_on_Twitter/links/5ec8292f299bf1c09ad59cc1/Harnessing-big-data-
for-social-justice-An-exploration-of-violence-against-women-related-conversations-on-
Twitter.pdf

Yupanqui Concha, A. & Ferrer Pérez, V. A. (2019). Analyse de la production scientifique mondiale sur la stérilisation forcée des femmes handicapées entre 1997 et 2016. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 381-388. Retiré en avril 2023 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.008>

Zegarra Vásquez, S.A. (2022). Réglementation de la maternité de substitution altruiste et protection des droits reproductifs des femmes infertiles. Thèse. Université César Vallejo. Retirée en avril 2023 https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94809/Zegarra_VSA-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Annexe 1. Autorités locales participant à l'enquête

L'enquête a reçu à la fois des réponses anonymes et aux contraire l'identification de certaines organisations. Au total, 229 organisations locales ont été identifiées et que nous remercions toutes pour leur participation :

Conseil de la Ville d'Édimbourg, Écosse, Royaume-Uni

Conseil Région Occitanie Pyrénées Méditerranée, France (Council of the Mediterranean Region of the Pyrenees of Occitania, France)

Groupe de Services Sociaux de la zone de base d'Artajona (Artajona, Larraga, Berbinzana et Miranda De Arga).

Conseil Municipal d'Almoines

Mairie d'Alcalà de Xivert-Alcossebre

Conseil Municipal de Carcaixent

Conseil Municipal de Cornellà De Llobregat

Conseil Municipal de Foios

Mairie de Llorenç del Penedes

Mairie de Mutxamel

Conseil Municipal de Paiporta

Conseil Municipal de Sant Boi de Llobregat

Conseil Municipal de Sant Just Desvern

Conseil Municipal de Sot de Chera

Conseil Municipal de Tàrraga

Conseil Municipal de Vallirana

Mairie de Viladecans

Conseil Municipal de Vilanova De Segrià

Conseil municipal de Vilobí d'Onyar

Mairie de Poble Nou de Benitatxell

Conseil Municipal d'Oliva

Conseil Municipal de Yecora

Conseil Municipal d'Ablitas

Mairie d'Adeje

Mairie d'Alaior

Mairie d'Alcalá de Henares

Conseil Municipal d'Alcantarilla

Conseil Municipal d'Alcobendas

Conseil Municipal d'Alcoy

Conseil Municipal d'Alcublas

Mairie d'Aldeire

Conseil Municipal d'Alfondeguilla

Mairie d'Alhaurin de la Torre

Mairie d'Alhendin

Conseil Municipal d'Alicante

Conseil Municipal d'Aller

Conseil Municipal d'Allo

Conseil Municipal d'Almedinilla

Conseil Municipal d'Almensilla

Conseil Municipal d'Almeria

Conseil Municipal d'Almodóvar del Rio

Conseil Municipal d'Alzira

Conseil Municipal d'Amescoa Baja

Conseil Municipal d'Andosilla

Conseil Municipal d'Andújar

Conseil Municipal d'Ansoain

Mairie d'Antequera

Conseils Municipaux d'Arantz, de Bera, d'Etxalar, d'Igantzi et de Lesaka

Conseil Municipal d'Aras de los Olmos

Conseil Municipal d'Ares

Conseil Municipal d'Arrecife

Conseil Municipal d'Arriate	Conseil Municipal de Cubo de Tierra del Vino
Conseil Municipal d'Aspe	Conseil Municipal de Dos Hermanas
Conseil Municipal de Barcelone	Conseil Municipal de El Castillo de las Guardas
Conseil Municipal de Baztan	Conseil Municipal d'El Real de la Jara
Mairie de Beas de Segura	Conseil Municipal d'El Sauzal
Conseil Municipal de Becerreá	Conseil Municipal d'Enguera
Mairie de Benasque	Conseil Municipal d'Escalona
Conseil Municipal de Benetússer	Mairie de Firgas
Conseil Municipal de Berriozar	Conseil Municipal de Fuenlabrada
Conseil Municipal de Betanzos	Conseil Municipal de Fuente del Arco
Conseil Municipal de Betera	Conseil Municipal de Gandía
Conseil Municipal de Bétera	Conseil Municipal de Gijón
Conseil Municipal de Burjassot	Conseil Municipal de Gotarrendura
Conseil Municipal de Burlada	Mairie de Guarroman
Conseil Municipal de Cáceres	Conseil Municipal d'Hermisende
Conseil Municipal de Cacin	Conseil Municipal d'Ingenio
Conseil Municipal de Calatayud	Conseil Municipal d'Iniesta
Conseil Municipal de Calzada de Calatrava	Conseil Municipal de Junciana
Conseil Municipal de Camas	Conseil Municipal de La Algaba
Conseil Municipal de Cangas	Conseil Municipal de Larva
Mairie de Carboneras	Conseil Municipal de las Palmas de Gran Canaria
Conseil Municipal de Carthagène	Conseil Municipal de Las Torres de Cotillas
Conseil Municipal de Cartaya	Conseil Municipal de Lena
Mairie de Casares de Hurdes	Conseil Municipal de Los Arcos
Conseil Municipal de Castelló de la Plana	Conseil Municipal de Lupión
Conseil Municipal de Castilleja del Campo	Conseil Municipal de Malaga
Mairies de Cendea de Olza, Belascoain, Bidaurreta, Etxauri et Valle de Ollo	Conseil Municipal de Malpartida de Cáceres
Conseil Municipal de Cenes de la Vega	Conseil Municipal de Mandayona
Conseil Municipal de Cerdanyola del Vallès	Conseil Municipal de Manises
Conseil Municipal de Ceuta	Conseil Municipal de Marchena
Conseil Municipal de Chantada	Mairie de Marratxí
Conseil Municipal de Cieza	Conseil Municipal de Moguer
Mairie de Cordoue	
Conseil Municipal de Corella	

Conseil Municipal de Monforte de Lemos	Conseil Municipal de Santa Maria del Camí
Conseil Municipal de Monóvar	Conseil Municipal de Santa Susanna
Conseil Municipal de Montanejos	Conseil Municipal de Sardón de Duero
Conseil Municipal de Moral de Calatrava	Conseil Municipal de Sax
Conseil Municipal de Noreña	Conseil Municipal de Segorbe
Conseil Municipal de Numancia de la Sagra	Conseil Municipal de Serradilla
Conseil Municipal de Carballiño	Conseil Municipal de Siero
Conseil Municipal d'Órgiva.	Conseil Municipal de Soto del Real
Conseil Municipal d'Orkoien	Conseil Municipal de Tafalla
Conseil Municipal de Paiporta	Conseil Municipal de Tíjola
Conseil Municipal de Peñaranda de Bracmonete	Conseil Municipal de Torrecillas de la Tiesa
Conseil Municipal de Peñarroya- Pueblonuevo	Mairie de Torrevieja
Conseil Municipal de Peñíscola	Conseil Municipal de Totana
Conseil Municipal de Pezuela de Las Torres	Conseil Municipal d'Úbeda
Conseil Municipal de Pinos Genil	Conseil Municipal d'Utrera
Mairie de Pollença	Conseil Municipal de Valladolid
Conseil Municipal de Puebla de Cazalla	Conseil Municipal de Vilalba
Conseil Municipal de Puente de Genave	Conseil Municipal de Villanueva de Gallego
Conseil Municipal de Puertomingalvo	Conseil Municipal de Villar del Arzobispo
Conseil Municipal de Pulianas	Conseil Municipal de Villava
Conseil Municipal de Quart De Poblet	Conseil Municipal de Villaviciosa De Odón
Conseil Municipal de Quintanilla Del Olmo	Conseil Municipal de Zamora
Conseil Municipal de Ribaforada	Conseil Municipal de Zumarraga
Conseil Municipal de Roda de Berà	Conseil Municipal de Valle de Aranguren
Conseil Municipal de Sa Pobla	Conseil Municipal de la vallée de l'Yerri
Conseil Municipal de San Esteban del Valle	Mairie de Peal de Becerro
Conseil Municipal de San Fernando	Centre régional d'information des femmes à Arquillos-Castellar-Chiclana de Segura- Montizon-Navas de San Juan et Sorihuela del Guadalimar
Conseil Municipal de San Fernando de Henares	Centre des femmes Conseil Municipal de Calera y Chozas
Conseil Municipal de San Isidro	Centre des femmes Conseil Municipal de Huércal-Overa
Conseil Municipal de San Sebastián de los Reyes	Centre des femmes Consell Insular de Menorca (Conseil Insulaire de Minorque)
Mairie de Sant Antoni de Portmany	
Conseil Municipal de Sant Joan Despí	

CIM Coirós	Communauté de las Vegas (Ciempozuelos, Chinchón, Morata de Tajuña, Titulcia y Villaconejos)
CIM Concello de Xinzo de Limia	Association des municipalités de la région d'Ordes
CIM de Palas de Rei	Association des Municipalités de Sibérie
Conseil de Bergondo	Association des Services Sociaux d'Auñamendi (vallée d'Aezkoa, vallée d'Erro, Auritz-Burguete, Orreaga-Roncesvalles, Luzaide-Valcarlos)
Conseil de Brión	Communautés des Services Sociaux de Basse Zone Noáin (Beriaín, Biurrún - Olcoz, Cendea de Galar, Ibargoiti, Monreal, Noáin, Tiebas - Muruarte de Reta, Unzué)
Conseil de Burela	Fédération des Services Sociaux THAM
Conseil de Coles	Communauté La Serranía
Conseil de Fene	Communauté La Vega (Algorfa, Jacarilla, Redován, San Miguel de Salinas)
Conseil de Guitiriz	Communauté Montes de Cijara
Conseil municipal de Laxe	Communauté Santa Agueda
Conseil de la Macédoine	Communauté des services sociaux de base de Valdizarbe
Conseil de Miño	Communauté de communes de Terra de Celanova
Conseil de Moaña	Communauté Valdizarbe
Concello de Mos	Communauté de Carraixet
Conseil de Tordoia	Association des municipalités de la Vall d'Albaida
Conseil de Tui	Communauté Pla de Mallorca
Conseil de Vilalba	Ordiziako Udala
Conseil Municipal de Xermade	Patronat Services sociaux de Arona
Conseil de Lalín	Services sociaux (PRAS) Fuente El Fresno Olalla, El Casar de Escalona et Otero.
Conseil Régional du Baix Penedès	Services sociaux de Berriozar, Berrioplano, Ansoain, Juslapeña et Iza
Consell de Mallorca	Services sociaux de Daganzo de Arriba
Bande de Gorbeialdea	
Conseil Provincial de Grenade	
Députation de Palencia	
Conseil Provincial de Séville	
Conseil Provincial de Valladolid	
Legazpiko Udala	
Leitza, Goizueta, Areso et Aranoko Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea	
Fédération Bajo Segura de Servicios Sociales (Conseil Municipal de San Isidro, Conseil Municipal de San Fulgencio)	
Communauté de La Hoya de Buñol-Chiva	

Annexe 2. Organisations et experts ayant participé à l'enquête

Lors des enquêtes de terrain, les organisations et les experts identifiés dans les questionnaires spécifiques étaient les suivants (nous les remercions tous pour leur précieuse participation) :

Accem	Centre de santé de la région de la Sierra de Albarracín
Association des personnes sourdes de Saragosse et d'Aragon	CERMI Andalousie
Ángeles Blanco - Déléguée aux droits de l'homme et coordinatrice du plaidoyer de la Confédération ASPACE.	CER-Migracions, Université autonome de Barcelone
AFEMAGRA Association pour la santé mentale Granada Northeast	Commission des femmes et de l'égalité du CERMI de la région de Murcie
Association APSA	Commission espagnole d'aide aux réfugiés (CEAR)
Association des maladies neuromusculaires de Castille-La Manche (ASEM CLM)	Confédération ASPACE
Association des parents et des personnes atteintes de maladie mentale de la Costa del Sol (AFESOL)	Confédération des organisations de personnes handicapées physiques et organiques CODISA PREDIF Andalousie
Association Moratalaz des parents et des personnes atteintes de maladie mentale (AFAEMO)	Confédération Nationale des Sourds (CNSE)
Association des femmes handicapées XARXA	Confédération Plena Inclusion Espagne
THEMIS Association des femmes juristes	Conseil Régional du Vallès Oriental
Association des femmes d'Opañel	Fédération des associations de femmes handicapées en Andalousie (FAMDISA)
Association des personnes souffrant de lésions de la moelle épinière et d'autres handicaps physiques (ASPAYM Madrid)	Fédération des sourds de Valence - Espai Dona (FESORD CV)
Asociación Liber (ancienne association espagnole des fondations tutélaires)	Fédération de santé mentale de Castille-La Manche
Centre de prise en charge intégrale des femmes victimes de violences sexuelles de la Communauté de Madrid (CIMASCAM) (Fondation Aspacia).	Fondation ASPACIA
	Fondation Cerme pour les femmes
	Fondation de solidarité Amaranta
	Fondation Márgenes et Vínculos
	Fondation Save the Children
	Fondation Secretariado Gitano
	Hôpital universitaire clinique Lozano Blesa

Hôpital universitaire clinique Virgen de la Arrixaca

Hôpital de Laredo

Institut des femmes d'Estrémadure

Julia Mohino Andrés Plena Inclusión CyL

Laura Parra Sánchez (CERMI RM)

Lucía Ciudad Real Marlasca - AFAEMO

Maritxu Mayoral (directrice du centre d'accueil des réfugiés de Getafe)

Médecins du monde

Montserrat Vázquez Lolo - Fédération de la santé mentale de Castille-La Manche

Núria González López (avocate et experte en droits de l'homme)

ONG de sauvetage

Plena Inclusión Castilla y León

Plena Inclusion Extremadura

Plena Inclusión La Rioja

Réseau de droit constitutionnel féministe

La santé à travers les cultures (SEC)

Service de santé de la Principauté des Asturies (SESPA)

Stop à la maternité de substitution

Unité de soins de santé sexuelle et reproductive (ASSIR) de l'Institut Català de la Salut (ICS) Camp de Tarragona (Gerència Territorial)

Université Complutense de Madrid (chercheur anonyme)

Universidad Pablo de Olavide (chercheur anonyme)

Universitat de València (chercheur anonyme)

Wassu Gambia Kafo (WGK)

Annexe 3. Entretiens : liste des expériences et des informateurs

Nous remercions tous les experts, les services locaux et les organisations pour leur participation à l'étude. La liste des informateurs et des expériences analysées est la suivante :

NO N.	Expérience/ entité	Informateur	Réf.
E1	SAVIEX : Service de soutien aux femmes et aux filles handicapées victimes de violence à caractère sexiste en Estrémadure (Cermi Extremadura)	Laura Ramos, Psychologue et chef de service	E1P1
E2	Centre de réhabilitation psychosociale de San Fernando de Henares (CRPS). Réseau de soins sociaux pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave et durable dans la Communauté de Madrid.	Margarita Rullas Trincado, Directrice Nadia Berodia Sánchez, psychologue	E2P1 E2P2
E3	Projet Building Sexualities. Conseil Municipal de Los Realejos (Santa Cruz de Tenerife) et Association Nationale Sexualité et Handicap.	Natalia Rubio Arribas, psychologue, sexologue et directrice - présidente	E3P1
E4	Service Alba pour les soins et le soutien aux femmes sourdes. Domaine politique de la Confédération Nationale des Sourds (CNSE) en matière d'égalité entre les hommes et les femmes.	Alba Prado Mendoza, coordinatrice de la politique d'égalité entre les hommes et les femmes et responsable du service ALBA. Cristina López Arellano, Technicienne	E4P1 E4P2
E5	Canal de soutien socio-juridique pour les femmes atteintes de paralysie cérébrale qui sont victimes de violence sexiste. Confédération ASPACE	Ángeles Blanco, avocate, déléguée aux droits de l'homme et coordinatrice du plaidoyer	E5P1
E6	Observatoire des Femmes de Plena Inclusion Madrid	Clara Moratalla, sexologue et psychologue Asociación AMI3 Madrid. Psychologue (soins DI/TDI)	E6P1 E6P2

NO N.	Expérience/ entité	Informateur	Réf.
E7	Unités d'assistance spécialisées pour les femmes handicapées victimes de VG. Confédération des organisations de personnes souffrant de handicaps physiques et organiques d'Andalousie (CODISA PREDIF Andalousie)	Nieves Galán, psychologue et coordinatrice de l'unité	E7P1
E8	GPA : Défendre les défenseurs des droits des femmes	Nuria González López, avocate experte en droits de l'homme	E8
E9	GPA : Grossesse, accouchement et soins postnatals	Helena López Paredes, sage-femme experte en santé sexuelle et reproductive. Consultante de l'ONU	E9
E10	PakMir Association des femmes pakistanaïses	Blonde Naz Ali Kousar. Porte-parole	E10
E11	Centre de crise PAPATYA (Allemagne) pour les crimes d'honneur.	Technicien chargé du service	E11
E12	Diasporas ayant d'importantes pratiques "d'honneur" en Espagne	Sandra Santos Fraile, anthropologue. Université Complutense de Madrid. Institut de recherche féministe	E12
E13	Organisation des droits des femmes iraniennes et kurdes (IKWRO) (Royaume-Uni). Conseils aux victimes de crimes d'honneur	Diana Nammi, directrice exécutive	E13
E14	Délégation du Gouvernement Contre la Violence de Genre (DGVG)	Macarena Gámir Linares, directrice générale adjointe pour la coordination inter-institutionnelle sur la violence de genre	E14P1
		Belén Gallo, médecin légiste et avocate. Membre consultatif	E14P2
E15	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR Espagne)	Eva Menéndez Sebastián, Senior Protection Associate	E15
E16	Croix-Rouge espagnole (CRS)	Chef du service ATENPRO	E16P1
		Responsable du programme pour les femmes	E16P2

NO N.	Expérience/entité	Informateur	Réf.
E17	Direction Générale des politiques d'égalité et de lutte contre la violence à l'égard des femmes de la municipalité de Madrid	Marta Oliva de la Torre, Chef de l'unité de prise en charge de la violence entre partenaires intimes/ex-partenaires	E17P1
		M ^a Carmen García, directrice des points municipaux I et II de l'Observatoire régional de la VFF. (PMORVG).	E17P2
		Yolanda Vega, directrice adjointe du Service pour les femmes victimes de violence de genre (SAVG 24 Horas)	E17P3
		Laura Membiela Ontoria, Coordinatrice du Centre d'urgence pour les femmes victimes de VG.	E17P4