

JOURNÉE D'ÉTUDE DE L'ORSPERE-SAMDARRA

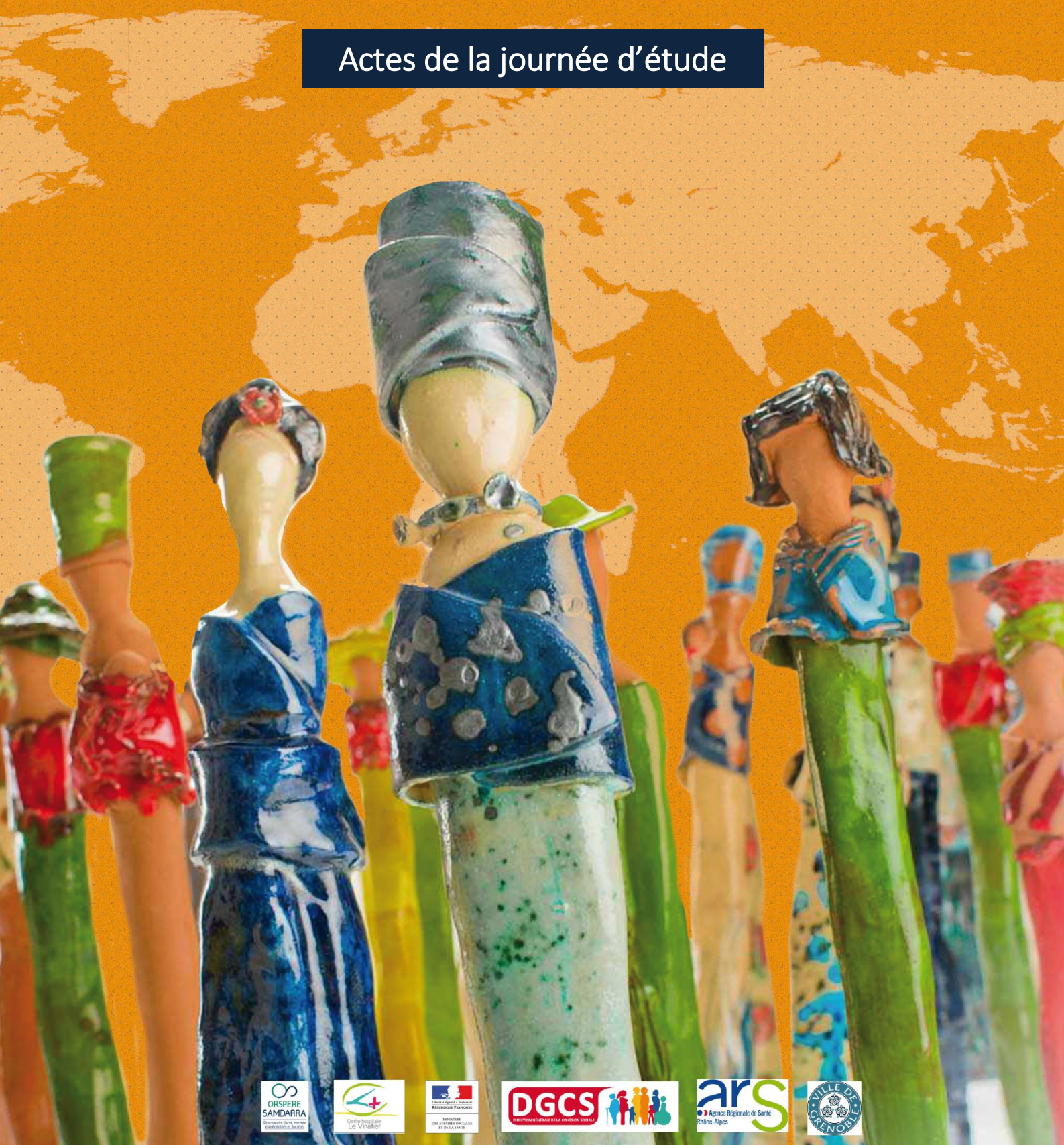
FEMMES EN EXIL

JEUDI 6 OCTOBRE 2016, GRENOBLE

SALLE DE CONFÉRENCE CANOPÉ DE GRENOBLE, 11 AVENUE GÉNÉRAL CHAMPON, 38000 - GRENOBLE

INSCRIPTION OBLIGATOIRE SUR LE SITE DE L'ORSPERE-SAMDARRA

Actes de la journée d'étude



JOURNÉE D'ÉTUDE DE L'ORSPERE-SAMDARRA

FEMMES EN EXIL

JEUUDI 6 OCTOBRE 2016, GRENOBLE

SALLE DE CONFÉRENCE CANOPÉ DE GRENOBLE, 11 AVENUE GÉNÉRAL CHAMPON, 38000 - GRENOBLE
INSCRIPTION OBLIGATOIRE SUR LE SITE DE L'ORSPERE-SAMDARRA

QUI SOMMES-NOUS ?



L'Orspere-Samdarra est une unité fonctionnelle du Centre Hospitalier Le Vinatier à Bron (Rhône, Rhône-Alpes). À la fois observatoire et pôle ressource, il traite les questions à l'interface entre la santé mentale et les problématiques sociales notamment la migration.

INSCRIPTIONS

L'inscription est gratuite mais nécessaire. Vous pouvez dès à présent vous inscrire sur le site internet de l'Orspere-Samdarra, rubrique « Ressources » :

www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

CONTACT

Tel: 04 37 91 53 90

Courriel: orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr



Artiste : Bernadette Dagens, céramiste, plasticienne.
Exposition « La longue marche des femmes »
bernadettedagens.com

Création & réalisation : Florian Bon, plasticien et graphiste
www.florianbon.com

ACCÈS

La salle de conférence Canopé se situe au 11 Avenue Général Champion, 38000, GRENOBLE.



EN TRANSPORT EN COMMUN

- Accès tramway ligne A, arrêt « Albert 1er de Belgique » ou « Chavant »
- Accès tramway ligne C, arrêt « Chavant »
- Accès bus ligne C1, arrêt « Chavant », ou lignes C4 et 13, arrêt « Driant »

EN VOITURE

- Parking extérieur (gratuit) : Boulevard Clémenceau
- Parking souterrain (payant) : Parking Chavant



ARGUMENTAIRE

Alors que de plus en plus de femmes seules, avec ou sans enfants, migrent, l'Orspere-Samdarra a souhaité organiser une journée d'étude sur les vulnérabilités, le soin et l'accompagnement spécifiques des femmes exilées. Les rapports de genre peuvent être les raisons d'un départ forcé et marquer aussi les conditions de voyage. Les femmes sont alors considérées comme plus vulnérables face à la traite et aux discriminations. Pour autant, un certain nombre de pays européens, dont la France, n'attribue qu'à la marge l'asile ou des titres de séjour sur des motifs de persécution liés au genre.

Pour cette journée d'étude nous proposons de questionner et problématiser ce à quoi sont confrontées de manière spécifique les femmes, à la fois dans la migration, l'exil mais aussi dans leurs parcours et vécus sur le territoire d'accueil. Alors que l'actuelle réforme de l'asile accorde une place nouvelle à la détection de la vulnérabilité, qu'en est-il de celle liée au genre ? En quoi les violences ciblent-elles tout particulièrement les femmes ? Et quel est l'enjeu de leur reconnaissance au statut administratif au vu de ces (risques de) persécutions ? Existe-t-il aujourd'hui des dispositifs spécifiques pour dire (et entendre) ces souffrances ?

Lors de la première table ronde, il s'agira d'interroger et de documenter les épreuves auxquelles peuvent être confrontées les femmes, dans le pays d'origine mais également dans le pays d'accueil. Comment notamment ces femmes vivent la procédure de demande d'asile ? Au cours de cette matinée, nous ne perdrons pas de vue que ce sont des capacités importantes qui sont mobilisées pour faire face aux situations rencontrées.

Dans un second temps, nous mettrons en perspective ces parcours et ces trajectoires, et leur impact sur la santé mentale de ces personnes. Nous aborderons notamment l'accueil de ces souffrances à travers l'écoute et la construction du récit. Comment accompagner et soigner des femmes dans l'élaboration de leur récit quand il y a un vécu de violence sexuelle ? Enfin lors de la troisième table ronde nous discuterons, de manière pratique, comment accompagner et soigner ces femmes. Faut-il mettre en place des dispositifs spécifiques ?

PROGRAMME

9h15 - Propos introductifs de la journée d'étude

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra
Vincent Béthel, Responsable de la Direction des soins CH Le Vinatier, Bron

Anne-Marie Durand, Directrice de la santé publique, Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes (ou son représentant)
Mondane Jactat, Adjointe au maire de Grenoble, Santé et politiques de prévention

Rached Sfar, Responsable du service asile et Hébergement, Directeur du CADA de l'Adate

9h45 - 10h45 - Première table ronde : « Violences faites aux femmes et demande d'asile »

« Spécificité et évolution des parcours migratoires des femmes »

Sarah Mekdjian, Enseignante-chercheuse, département de géographie sociale, UMR PACTE, Université Grenoble Alpes
« Persécutions des femmes, violences genrées et droit d'asile »

Jane Freedman, Professeur Université Paris 8, Chercheure au CRESPPA, UMR 7217, CNRS

« La prise en compte de la vulnérabilité liée aux femmes à l'Ofpra »

Cécile Malassigné, Référente sur les violences faites aux femmes à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, Paris

▲ Discutants :

Pierre Micheletti, Enseignant à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble, Vice-président d'Action Contre la Faim, Ancien président de Médecins du Monde

Gwen Le Goff, Directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

PAUSE: 10h45 - 11h15

11h15 - 12h15 - Deuxième table ronde : « De la détection de la vulnérabilité au statut de victime »

« Trauma, parcours d'exil et parcours de soins »

Camille Queneau, Interne en psychiatrie, Équipe Mobile Liaison Psychiatrie Précarité Pass psy de Grenoble

Nathalie Ripert, Psychologue clinicienne, Équipe Mobile Liaison Psychiatrie Précarité-Pass psy de Grenoble

« Accompagnement des victimes de persécutions liées au "genre" dans les récits de demande d'asile »

Fanny Braud, Coordinatrice de l'Observatoire de l'Asile en Isère, Association ADA (Accueil des Demandeurs d'Asile), Grenoble

« Question de la pudeur, de l'intime et du secret dans le récit »

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra

▲ Discutants :

Nicolas Chambon, Sociologue, Orspere-Samdarra
Christelle Beurré, Directrice adjointe du CADA Adoma, Villefontaine

PAUSE REPAS 12h15 - 14h

14h - 16h15 - Troisième table ronde : « Quels accompagnements spécifiques aux femmes exilées ? »

« La démarche d'accompagnement à la réparation chirurgicale du Gams Rhône-Alpes »

Albertine Pabingui, Coordinatrice du Gams

Claude Mourne Jacquot, Vice-présidente du Gams,

Groupe Femmes pour l'Abolition des Mutations Sexuelles

« Un groupe psycho corporel pour des femmes exilées en situation de prostitution »

Agnès Bonneau, Responsable de service / Travailleur sociale, Amicale du Nid Isère

Sylvie Hingray-Winckel, Psychomotricienne, Association Le Caméléon

Christine Jakubowicz, Psychologue, Association Le Caméléon

« "Re"construction d'une inscription à partir d'un groupe de parole en CADA »

François Tarrissan, Psychologue Pass Psy, Vienne

Lydia Magdeleine, Infirmière Équipe mobile précarité Elips de Vienne, Centre Hospitalier Lucien Husel, Vienne

« L'accompagnement des femmes exilées ayant été victimes de violences sexuelles en situation de conflits armés »

Elise Haquart, Psychologue, Centre de santé Essor, Lyon

Abdoulkafi Ali Ismael, Psychologue, Centre de santé Essor, Lyon

▲ Discutants :

Olivier Daviet, Psychologue, Vice-président de l'Association Le Caméléon, Grenoble

Natacha Carbonel, Chargée de mission Orspere-Samdarra, Assistante de rédaction de la revue Rhizome

16h15 - Propos d'ouverture

Sylvie Guillaume, Vice-présidente du Parlement européen

Alors que de plus en plus de femmes seules, avec ou sans enfants, migrent, l'Orspere-Samdarra a souhaité organiser une journée d'étude sur les vulnérabilités, le soin et l'accompagnement spécifiques des femmes exilées. Les rapports de genre peuvent être les raisons d'un départ forcé et marquer aussi les conditions de voyage. Les femmes sont alors considérées comme plus vulnérables face à la traite et aux discriminations. Pour autant, un certain nombre de pays européens, dont la France, n'attribue qu'à la marge l'asile ou des titres de séjour sur des motifs de persécution liés au genre.

Pour cette journée d'étude nous proposons de questionner et problématiser ce à quoi sont confrontées de manière spécifique les femmes, à la fois dans la migration, l'exil mais aussi dans leurs parcours et vécus sur le territoire d'accueil. Alors que l'actuelle réforme de l'asile accorde une place nouvelle à la détection de la vulnérabilité, qu'en est-il de celle liée au genre ? En quoi les violences ciblent-elles tout particulièrement les femmes ? Et quel est l'enjeu de leur reconnaître un statut administratif au vue de ces (risques de) persécutions ? Existe-t-il aujourd'hui des dispositifs spécifiques pour dire (et entendre) ces souffrances ?

Lors de la première table ronde, il s'agira d'interroger et de documenter les épreuves auxquelles peuvent être confrontées les femmes, dans le pays d'origine mais également dans le pays d'accueil. Comment notamment ces femmes vivent la procédure de demande d'asile ? Au cours de cette matinée, nous ne perdrons pas de vue que ce sont des capacités importantes qui sont mobilisées pour faire face aux situations rencontrées.

Dans un second temps, nous mettrons en perspective ces parcours et ces trajectoires, et leur impact sur la santé mentale de ces personnes. Nous aborderons notamment l'accueil de ces souffrances à travers l'écoute et la construction du récit. Comment accompagner et soigner des femmes dans l'élaboration de leur récit quand il y a un vécu de violence sexuelle ? Enfin lors de la troisième table ronde nous discuterons, de manière pratique, comment accompagner et soigner ces femmes. Faut-il mettre en place des dispositifs spécifiques ?

- Argumentaire4
- Sommaire5
- Propos introductifs de la journée d'étude6
- Première table ronde : « Violences faites aux femmes et demande d'asile »11
 - Discutants : Pierre Micheletti et Gwen Le Goff..... 11*
 - Spécificité et évolution des parcours migratoires des femmes, Sarah Mekdjian11*
 - Persécutions des femmes, violences genrées et droit d'asile, Jane Freedman20*
 - La prise en compte de la vulnérabilité liée aux femmes à l'Ofpra, Cécile Malassigné23*
- Deuxième table ronde : « De la détection de la vulnérabilité au statut de victime »....29
 - Discutants : Christelle Beurré et Nicolas Chambon29*
 - Trauma, parcours d'exil et parcours de soins, Camille Queneau et Nathalie Ripert29*
 - Accompagnement des victimes de persécutions liées au "genre" dans les récits de demande d'asile, Fanny Braud37*
 - Question de la pudeur, de l'intime et du secret dans le récit, Halima Zeroug-Vial..... 46*
- Troisième table ronde : « Quels accompagnements spécifiques aux femmes exilées ? »
49
 - Discutants : Olivier Daviet et Natacha Carbonel49*
 - La démarche d'accompagnement à la réparation chirurgicale du GAMS Rhône-Alpes, Albertine Pabingui et Claude Mourné Jacquot50*
 - Un groupe psycho corporel pour des femmes exilées en situation de prostitution, Agnès Bonneau et Sylvie Hingray-Winckel57*
 - "Re"construction d'une inscription à partir d'un groupe de parole en CADA, François Tarrissan..... 69*
 - L'accompagnement des femmes exilées ayant été victimes de violences sexuelles en situation de conflits armés, Elise Haquart et Marion Bérout..... 75*
- Propos d'ouverture.....82
 - Sylvie Guillaume, Vice-présidente du Parlement européen.82*

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra

Bienvenue à cette journée d'étude sur Femmes en exil et santé mentale, organisée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les questions de santé mentale et de vulnérabilité.

La thématique d'aujourd'hui s'est construite à partir de constats, de questionnements sur une vulnérabilité spécifique, celle des femmes en exil.

Nous remercions la ville de Grenoble et notamment Madame Mondane Jactat, adjointe au maire de Grenoble, d'avoir rendu possible l'accueil dans cette belle salle de conférence.

Nous remercions également nos tutelles : la Direction Générale de la Santé, la Direction de la Cohésion Sociale, ARS Auvergne Rhône-alpes, et l'hôpital le Vinatier pour leur soutien et leur confiance.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement l'artiste Bernadette Dagens qui expose quelques sculptures des 250 que constitue la longue marche des femmes, métaphore artistique d'un combat que mènent des millions de femmes dans le monde.

Je terminerai par une citation de Kamel Daoud : « *Je juge de la santé de l'humanité des peuples à leur rapport aux femmes. Là où elles sont libres et acceptées, les gens auront un rapport sain à l'imaginaire, au désir, au corps.* »

Florence Grellet, Responsable de la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche du Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron

Mondane Jactat, Adjointe au maire de Grenoble, Santé et politiques de prévention

Rached Sfar, Responsable du service asile et Hébergement, Directeur du CADA de l'Adate

Permettez-moi d'abord au nom de l'Adate de vous souhaiter la bienvenue.

L'association Adate est membre du Réseau Samdarra depuis sa création. Le sens de notre implication dans un tel réseau s'est construit autour de trois objectifs :

1. Cultiver le travail de mise en réseau en participant à créer une dynamique sur les territoires conformément aux recommandations de l'enquête de l'Orspere-Samdarra,
2. Mettre à disposition de ce réseau l'expérience et l'expertise ADATE,
3. Bénéficier en retour des ressources de ce réseau et contribuer à les valoriser.

C'est en fait plus que des objectifs, c'est une conviction : qu'aux vues des transformations et mutations que nous vivons, au niveau local comme au niveau global, le travail en réseau est la meilleure démarche pour répondre aux défis qui se présentent à nous.

Nous nous retrouvons donc aujourd'hui, grâce à l'Orspere-Samdarra, autour d'un thème qui est l'un des sujets centraux pour beaucoup d'entre nous : « femmes et Exil ».

La préparation de cette journée a débuté en septembre 2015 et s'est achevée en juillet 2016. Elle a nécessité la mise en place d'un groupe de pilotage qui s'est réuni 5 fois dans les locaux de l'Adate à Grenoble.

Je voudrais ici remercier chaleureusement tous les partenaires qui ont participé à la construction de cette journée et particulièrement les membres du groupe de pilotage que je voudrai nommer : ADA, Adate, Adoma (Villefontaine) et Inser 38, ADSEA 38, CCAS Grenoble, La Relève Isère ; Équipe mobile précarité, ELIPS du Centre Hospitalier de Vienne, EMPP-Pass PSY de Grenoble ; EMPP de Bourgoin ; association Le Caméléon, Amicale du Nid.

Ce projet a permis la création d'une dynamique partenariale locale réunissant plusieurs acteurs intervenant dans des disciplines différentes et dont le territoire d'intervention dépasse l'agglomération grenobloise.

Selon les données du Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés, les chemins de l'exil sont aujourd'hui empruntés par une majorité de femmes. Aujourd'hui, les femmes représenteraient plus de la moitié des flux migratoires de la planète (51%). Il reste vrai que, pour les frontières de l'Europe, 65% qui les franchissent sont plutôt des hommes.

Les motivations de l'exil

Une des raisons essentielles de l'exil des femmes est la protection des enfants. Derrière ce qu'on désigne comme « femmes en exil » il y a une toute autre complexité. Les femmes veulent empêcher l'excision de leurs filles par exemple. Cette raison, en elle-même fondamentale, est cumulée souvent aux violences conjugales ou à d'autres violences. Les violences sexuelles et les viols semblent les actes les plus révélés, avec de lourdes conséquences psycho-traumatiques, des maladies graves (VIH), des atteintes à la sexualité et à l'intimité, un avenir marqué par un avortement ou une naissance difficilement supportable, etc. Ces violences sont cumulées à d'autres persécutions, liées à des contextes politiques, de guerre ou à une appartenance ethnique.

Le vécu de ces violences, parfois répétitives, s'inscrit de surcroît dans tous les espaces de l'expérience de l'exil :

- Dans le pays d'origine
- Pendant le trajet et les voyages.

Le voyage de l'exil s'avère en effet pour certaines très périlleux : leur route est souvent parsemée d'embûches et leur vulnérabilité est la porte ouverte à tous les abus.

Ces violences peuvent se poursuivre en France par des viols et des violences sexuelles : la contrainte de prostitution avec des hommes sans scrupule qui les hébergent par exemple.

La dimension traumatique peut donc s'ancrer à la fois dans la période pré-exil, puis le parcours d'exil et enfin l'arrivée en occident. Ces différentes strates traumatiques ou vulnérabilisantes rendent plus difficile le travail d'accompagnement ou l'aidant ne sait plus par quel bout prendre les choses.

L'exil, seule issue

L'exil est souvent cependant la seule issue pour ces femmes pour sauver leur vie (mais parfois sans véritable issue au bout), et est la seule possibilité de survie en tout cas pour elles pour des raisons à la fois exogènes mais aussi propres à la construction des rapports des genres dans leur environnement premier et à la difficulté de s'émanciper de ces rapports.

Dans notre champ d'intervention en tant que travailleurs sociaux ou responsables d'établissements, nous sommes confrontés à une multiplicité des situations et des vécus. Mais, au-delà du fait migratoire (je rappelle que un tiers des migrants sont aujourd'hui des migrantes en Europe), ces expériences féminines de l'exil recouvrent des dimensions à la fois vastes et articulées entre elles, telles que :

- La question de la construction socioculturelle du genre,
- La question de l'exploitation des corps,
- La question de la difficulté d'accès à l'autonomie (par le travail, etc.), Et d'autres champs d'investigation et d'actions...

L'exil, véritable salut

Cependant, ce tableau un peu noir que l'on dresse souvent de l'exil féminin et qui nous interroge sur toutes les difficultés qu'elles rencontrent ne reflète pas, à mon sens, le seul ou l'unique aspect de cette expérience. L'exilée (femme) n'est pas forcément une bannie.

Pour certaines femmes, l'exil, loin d'être synonyme de bannissement en effet, représente au contraire un véritable salut. Pour certaines d'entre-elles, l'exil est aussi une possibilité de la liberté, une opportunité existentielle pour reconstruire autrement sa vie.

L'exil n'est donc pas uniquement à associer à toute une série d'expériences négatives telles que la solitude, l'isolement, la violence, la prostitution.... Il est aussi un éventail de possibles, d'émancipation, de reconstruction et de résistance. C'est en tout cas ce qui tend et motive leurs expériences et souvent aussi leurs capacités de résilience. Il nous faut sans doute également l'entendre. Et pas seulement l'entendre peut-être, il nous faut construire un accueil qui soit à la hauteur de cette attente. Il nous faut intégrer ce mobile, ou cette énergie des femmes en exil dans nos propres motifs d'actions et d'aide.

L'expérience nous fait souvent constater que, malgré leur très grande précarité, sociale et administrative (parfois psychologique), nous constatons que ces femmes se comportent davantage en battantes qu'en victimes passives. Elles s'inscrivent souvent, avec beaucoup d'énergie, dans des démarches positives, d'insertion, de lutte pour leurs droits : droit d'asile, droit au séjour, droit à la santé, en déployant une formidable résistance.

Même si la demande d'asile est appréhendée avec beaucoup d'espoir par ces femmes, parfois aussi avec désillusion malheureusement (beaucoup connaissent bien les aléas de cette musique si l'on peut dire), mais le combat pour le statut de réfugié représente l'espoir d'une vie (c'est peut-être quelque chose que nous avons, nous, du mal aujourd'hui à apprécier), l'espoir d'une reconnaissance sociale et existentielle. C'est vital pour ces femmes et c'est ce que nous devons entendre : je pense que la reconnaissance du statut de réfugiée de ces femmes a une portée symbolique, au sens où cette reconnaissance n'est pas seulement une réponse à leur demande, mais une réponse (au sens de répondre de, au sens donc de notre responsabilité) au devenir de notre monde, désormais le même pour elles et pour nous.

Conclusion

L'accueil et l'accompagnement des femmes exilées, permettent de réinterroger notre mode d'intervention lié souvent à la « procédure » et de se rendre compte que notre cadre professionnel classique n'est pas forcément toujours compatible avec les situations de ce public qui nous oblige à travailler en partenariat avec plusieurs partenaires associatifs et institutionnels. Ce qui nous permet d'enrichir notre grille de lecture et de faire évoluer nos pratiques.

D'autres partenariats restent encore aujourd'hui à organiser. Le partenariat autour de la santé mentale notamment, qui aujourd'hui en Isère nécessite une mutualisation des synergies et la création d'un réseau qui nous permettra d'éviter l'éparpillement de cette synergie pour un meilleur soutien à la santé mentale de ces femmes et de passer des

préoccupations communes à des orientations partagées et des actions collectives. Ce n'est donc pas par manque de ressources, mais par manque de disponibilité de ces ressources d'un côté et leur dispersion de l'autre. Ce qui amène les équipes à bricoler et à faire du « hors cadre ».

Je voudrais sur ce point citer Valérie Colin et Jean-Baptiste Pommier qui ont parlé de « zone d'indétermination professionnelle » et explicitent que « dans cette zone de la pratique, on ne peut plus faire appel à des théories de la pratique du métier, on ne peut plus se référer aux catégories sociales pour les acteurs du champ social, et aux catégories nosographiques pour les acteurs du champ sanitaire, on ne peut plus exercer le métier tel qu'on l'on a appris »¹.

Je voudrais enfin conclure par deux pistes d'actions qui me semblent fondamentales :

- Améliorer l'accès des femmes au droit d'asile : pour un droit d'asile effectif et actualisé qui intègre davantage les persécutions spécifiques aux femmes dans le champ d'application de la Convention de Genève. Prendre en compte ces persécutions spécifiques dans l'instruction de la demande d'asile et dans l'accompagnement. Ce volet là ne dépend certes pas ou pas seulement des acteurs sur le terrain, mais cela les aiderait également à mieux accompagner et en toute légitimité les femmes en exil.
- Former les agents intervenant dans l'accueil et l'accompagnement des demandeurs et des demandeuses d'asile sur la question du genre. Il n'est pas certain que cette question là soit toujours prise à la hauteur de sa complexité. Non point par négligence ou indifférence des acteurs, mais par complexité de cette question.

C'est bien le sens de cette rencontre : Comment pouvons-nous nous organiser ensemble pour répondre le mieux de ces trajectoires. C'est-à-dire pour prendre le mieux possible nos propres responsabilités. Quelles stratégies collectives développer et tenir, quelles interpellations faire, etc.

¹ Orspere-Samdarra (2008). Traverser la confusion... *Rhizome*, n°30. Bulletin national santé mentale et précarité.

∞ Première table ronde : « Violences faites aux femmes et demande d'asile »

Discutants : Pierre Micheletti et Gwen Le Goff

Pierre Micheletti, Enseignant à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble, Vice-président d'Action Contre la Faim, Ancien président de Médecins du Monde.

Gwen Le Goff, Directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra.

Spécificité et évolution des parcours migratoires des femmes, Sarah Mekdjian

Sarah Mekdjian, Enseignante-chercheuse, département de géographie sociale, UMR PACTE, Université Grenoble Alpes.

Introduction

Une paradoxale (in)visibilité des femmes migrantes

Relative invisibilité des femmes migrantes dans les études sur les migrations (introduction d'études sur les femmes en sciences sociales à partir des années 1990);

Invisibilité, non-représentation relative des femmes dans les textes juridiques qui définissent le statut de «réfugié» ;

Visibilité de la figure de la femme (et de son enfant) naufragés, comme figure séculaire de la souffrance. Notamment dans les médias.

Intérêts et risques d'une approche des migrations par la catégorie des «femmes»...

Une nécessaire féminisation des études sur les migrations

Les parcours migratoires des femmes se distinguent-ils de ceux des hommes ? Les catégorisations hommes/femmes sont-elles pertinentes ?

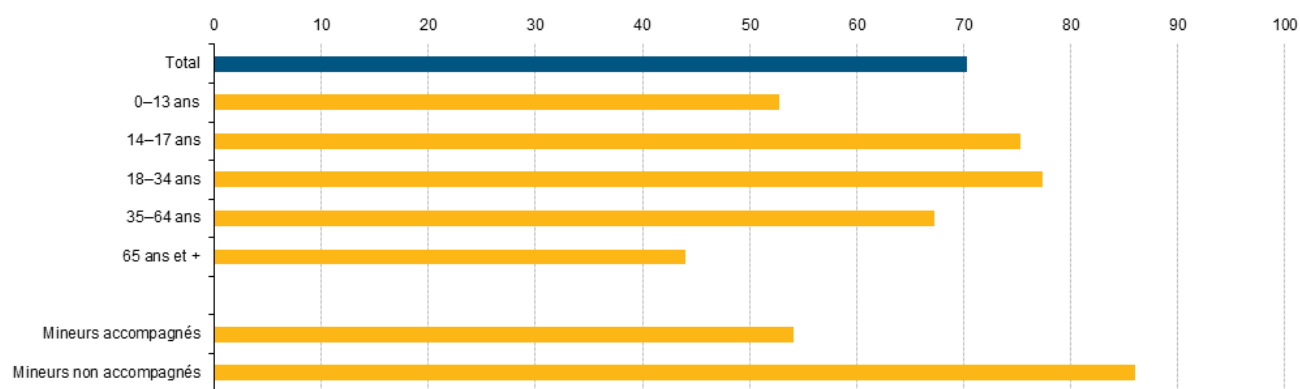
- ⇒ Les violences subies sont souvent avancées comme le principal critère discriminant entre hommes et femmes dans les approches sur les parcours.
- Risque associé à cette distinction hommes/femmes: naturalisation et essentialisation de la figure des femmes migrantes vulnérables.

Intérêts d'une approche des migrations par la catégorie du « genre »

- Le genre désigne un ensemble de normes culturelles et sociales idéales, à partir desquelles se construisent les sujets.
- Le genre est une catégorie performative, c'est-à-dire qu'il est constitué d'actes qui imitent, recherchent la conformité à un original auquel le discours se réfère, mais qui n'existe pas.
- Il s'agit de se demander ce que produit la norme idéale de la figure de la «femme migrante vulnérable», que construisent notamment les législateurs, les politiques, les associations, les médecins, les hommes, les femmes elles-mêmes... et auxquelles les femmes sont assignées à se conformer.

Quelles proportions de femmes migrantes et quels parcours?

Proportion des primo-arrivants demandeurs d'asile masculins dans l'Union Européenne en 2015 :



Source: Eurostat (codes des données en ligne: migr_asyappctza et migr_asyunaa)

À l'échelle mondiale et pour les populations réfugiées en 2015, source UNHCR :

Table 5 Demographic characteristics of refugees
| 2003-2015 (% of total population)

Year	Women	<18 years	18-59	>60 years
2003	48%	49%	46%	5%
2004	48%	50%	45%	5%
2005	48%	46%	49%	5%
2006	47%	47%	49%	4%
2007	47%	46%	49%	5%
2008	48%	44%	51%	5%
2009	47%	41%	54%	5%
2010	47%	44%	51%	5%
2011	48%	46%	49%	5%
2012	48%	46%	49%	5%
2013	49%	50%	46%	4%
2014	49%	51%	46%	3%
2015	47%	51%	46%	3%

The percentages are based on available data and exclude countries where no demographic information is available. This is in particular the case for industrialized countries.

Table 6 Accommodation of refugees | 2013-2015 (end-year)

Type of accommodation	No. of refugees			Distribution			% women			% children			% urban		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013 ^a	2014 ^b	2015 ^c
Planned/managed camp	3,274,300	3,512,500	3,390,900	34.4	29.3	25.4	50.8	50.5	51.4	56.1	55.7	57.6	7.1	7.0	1.4
Self-settled camp	345,800	487,500	518,600	3.6	4.1	3.9	53.1	52.9	53.3	59.8	56.3	57.1	1.0	0.4	7.6
Collective centre	304,300	302,000	301,900	3.2	2.5	2.3	47.6	47.8	45.0	35.1	54.4	46.8	93.9	95.3	87.1
Individual accommodation (private)	5,559,900	7,578,400	8,949,200	58.4	63.2	67.0	47.5	47.9	47.5	45.8	49.0	48.2	88.3	87.3	87.8
Reception/transit camp	33,900	111,700	197,600	0.4	0.9	1.5	50.5	51.5	51.3	59.3	51.0	54.3	2.8	15.1	10.7
Sub-total	9,518,200	11,992,100	13,358,200	100.0	100.0	100.0	48.6	49.3	49.2	49.8	50.8	52.2	56.1	61.2	60.0
Unknown	2,181,100	2,393,200	2,763,200												
Grand Total	11,699,300	14,385,300	16,121,400												

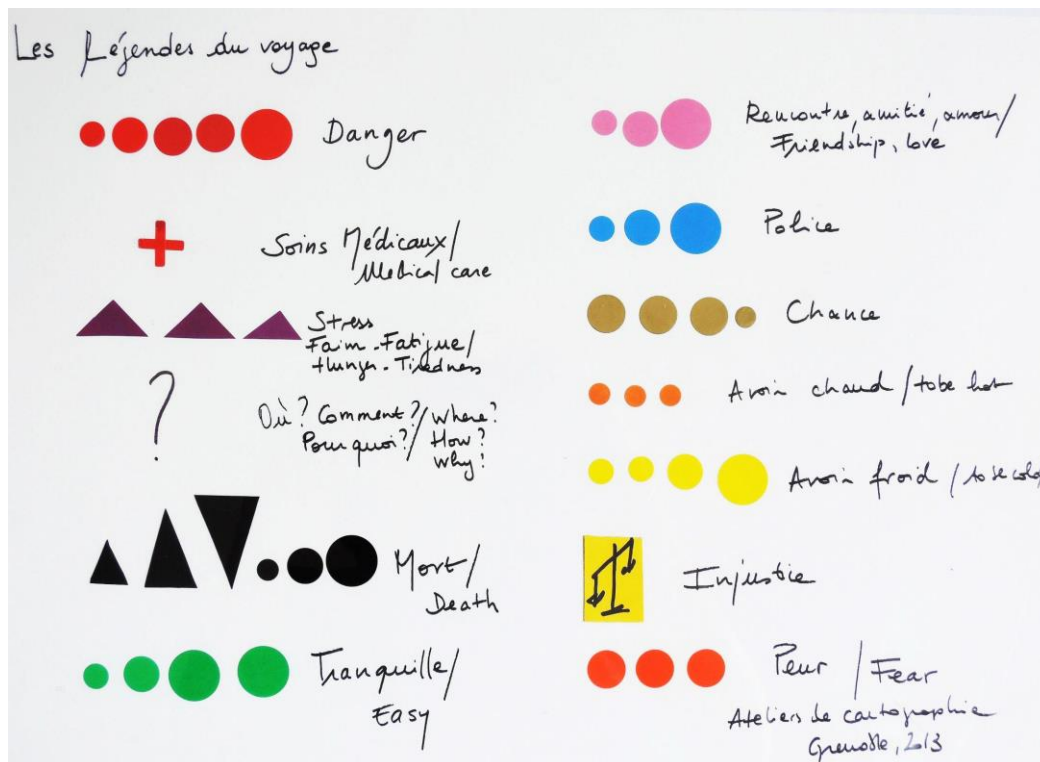
^a Percentages are based on data available for 9.0 million refugees. Calculation excludes accommodation types which are unknown.

^b Percentages are based on data available for 12.2 million refugees. Calculation excludes accommodation types which are unknown.

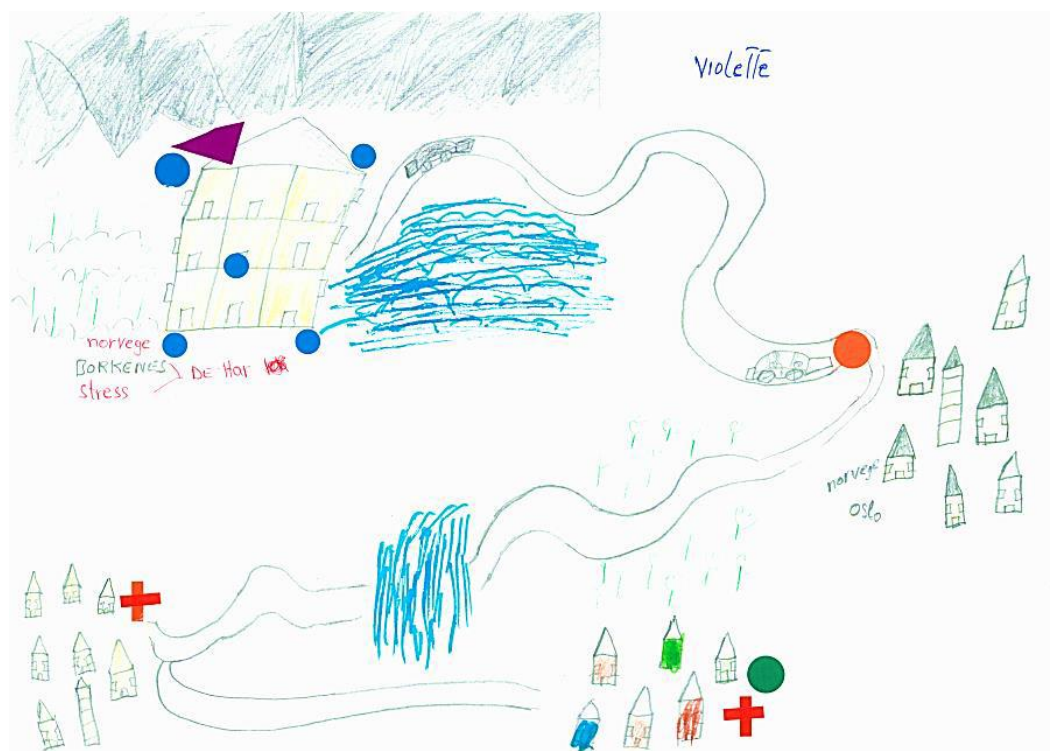
^c Percentages are based on data available for 12.3 million refugees. Calculation excludes accommodation types which are unknown.

Parcours migratoires

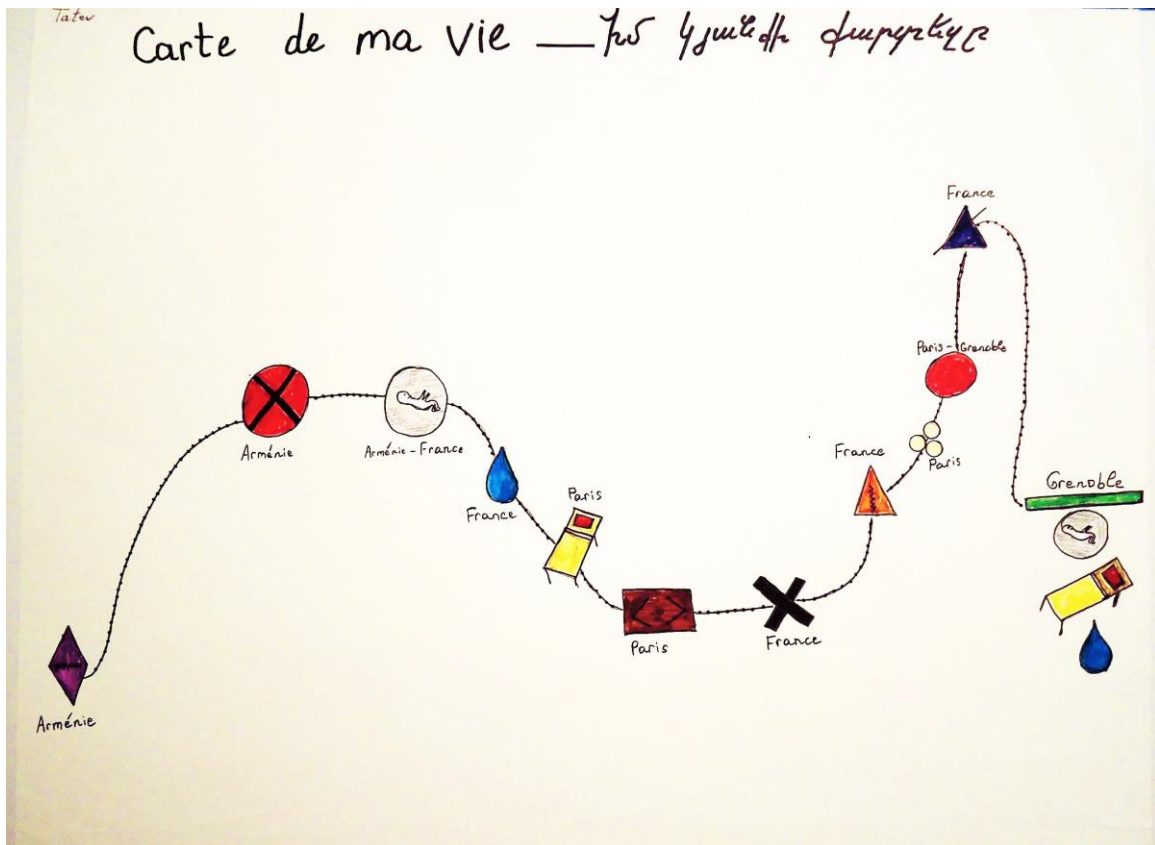
Cartographies de parcours migratoires élaborées par des personnes en situation d'exil vivant à Grenoble en 2013.



Cartographie d'un fragment de parcours par une première femme habitant Grenoble :



Cartographies de fragments de parcours par une seconde femme habitant Grenoble :



Quelles spécificités des parcours des femmes?

- Des parcours géographiques analogues à ceux des hommes; des différences qualitatives, notamment relatives à la nature des violences subies. Ces violences contribuent à des bifurcations, spatiales, sociales, temporelles, dans les parcours ;
- des parcours géographiques distincts essentiellement dans le registre des migrations de main d'œuvre. Femmes et division mondiale du travail (emplois dans le *care* et emplois réservés à une main d'œuvre féminine) ;
- une surreprésentation des femmes dans les parcours associant migrations et prostitution/travail du sexe.

La construction progressive et ambivalente des normes de protection de la « femme vulnérable »

Apparition progressive du genre et de la catégorie de « femme » dans les textes juridiques de protection

- Convention de Genève de 1951 : race, religion, nationalité, appartenance à un groupe social ou politique;
- Résolution 1765 sur les demandes d'asile fondées sur le genre, recommandation 1940-Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, 2010 ;
- Convention d'Istanbul « Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique », 2011 ; article 60;
- Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale, qui reprend l'article 17 de la Directive 2003/9/CE, *Article 21*.

Dans les textes de loi récents (notamment l'extrait de texte présenté ci-dessous) la catégorie de « personnes vulnérables » est associée à celle de « femmes » et notamment « femmes enceintes ». Ce texte, en entendant redéfinir les mesures de protection des personnes, contribue aussi à définir la catégorie de « femmes vulnérables ». Cette catégorie est à interroger dans le contexte de la protection : à quoi sert-elle ? Quels sont ces effets juridiques et sociaux ?

Extrait de la directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale, qui reprend l'article 17 de la Directive 2003/9/CE, *Article 21*

Principe général

« Dans leur droit national transposant la présente directive, les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que les mineurs, les mineurs non-accompagnés, les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres

humains, les personnes ayant des maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine ».

Apports et limites de la notion de «vulnérabilité» associée aux «femmes»

La vulnérabilité est largement essentialisée dans l'article 21. Elle apparaît comme un trait consubstantiel de la figure de « femme » ou de « femme enceinte », or :

- (1) La vulnérabilité est une caractéristique universelle, partagée par toutes et tous. Ceci ne veut pas dire qu'elle est identique et vécue de manière identique par toutes et tous. « L'exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous les individus, mais non égale » (Brodiez-Dolino A., 2016).
- (2) La vulnérabilité est relationnelle et contextuelle (Goodin, 1985). Autrement dit, la vulnérabilité ne peut être réduite seulement à une propriété individuelle, elle est fonction d'une relation. On n'est jamais vulnérable dans l'absolu ; ce sont des situations qui provoquent la vulnérabilité, on ne peut distinguer de « types de personnes vulnérables ». En l'associant à la catégorie des «femmes», ou encore des «femmes enceintes» : on fait de l'individu la cause de sa vulnérabilité; risque de déresponsabilisation des agents, des relations et des facteurs qui créent des conditions de vulnérabilité;
- (3) La vulnérabilité des personnes demandant l'asile est partagée, ce qui ne veut pas dire identique. Reconnaître la spécificité des violences faites aux femmes revient à identifier les relations qui les expliquent, y compris dans le système dit d'«accueil». Il ne s'agit pas *a priori* de définir telle personne de « vulnérable » en raison de son appartenance de genre.

Les femmes dans les textes juridiques sur l'accueil des étrangers

Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale

Article 11 : Placement en rétention de personnes vulnérables et de demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil

« Lorsque des demandeurs de sexe féminin sont placés en rétention, les États membres veillent à ce qu'ils soient hébergés séparément des demandeurs de sexe masculin, à moins que ces derniers ne soient des membres de leur famille et que toutes les personnes concernées y consentent.

Des exceptions au premier alinéa peuvent également s'appliquer à l'utilisation des espaces communs destinés aux activités récréatives ou sociales, y compris la distribution des repas ».

Résolution 1765, 2010

- 9.1. d'identifier le plus tôt possible les femmes et les filles pouvant avoir été victimes de violence fondée sur le genre et de persécution liée au genre, et de veiller au besoin à ce qu'elles déposent leur demande d'asile à titre individuel afin qu'elles restent indépendantes, dans leur demande, par rapport à leur époux ou aux membres masculins de leur famille; [identifier a priori sans prendre en compte les conditions de non-accueil] ;
- 9.8. de veiller à ce que les femmes ne rencontrent pas d'obstacles à l'accès aux procédures d'asile du fait de l'absence de solutions de garde d'enfants, de problèmes de files d'attente ou de difficultés à obtenir un rendez-vous pour le dépôt de leur demande d'asile, etc.

Ces normes d'accueil partent tous d'une essentialisation de la figure des « femmes » et ne considèrent pas *la relation* d'accueil qui accentue et produit la vulnérabilité des personnes.

Adopter une définition relationnelle et non essentialiste à la fois de la vulnérabilité et de la catégorie de « femme » permettrait d'élaborer une critique des dispositifs d'accueil, et plus largement des normes juridiques relatives aux migrations.

La « vulnérabilité des femmes » comme toute forme de vulnérabilité est relationnelle.

En guise de conclusion : une spécificité ambivalente

- La question n'est pas de reconnaître ou ne pas reconnaître la spécificité des violences faites aux femmes et vécues par les femmes migrantes ; l'enjeu est de savoir *comment* la reconnaître.
- Voici les deux thèses discutées pendant cet exposé :
 1. Les femmes se trouvent dans des situations spécifiques parce qu'elles sont des femmes (enceintes, plus fragiles...) ;
 2. Les femmes se trouvent dans des situations, des contextes spécifiques parce que les structures de domination et de non-accueil créent et exacerbent de telles situations.

C'est bien la seconde proposition que nous défendons plutôt que la première. En conséquence, nous proposons de dire que les mesures compensatoires ne devraient pas viser la compensation d'une spécificité individuelle mais la compensation d'une incapacité des structures publiques à accueillir.

En période de replis xénophobes et de limitation de l'accueil en Europe, une catégorisation selon le sexe, l'âge et l'état de santé condamne de facto ceux qui ne sont pas considérés comme relevant de ces catégories vulnérables à l'exclusion. Droit d'exclusion des non-vulnérables.

Ne pas essentialiser ces catégories mais penser les structures normatives qui les créent, pour tenter de les transformer.

Considérer la vulnérabilité dans sa dimension à la fois universelle, contextuelle et relationnelle.

Persécutions des femmes, violences genrées et droit d'asile, Jane Freedman

Jane Freedman, Professeure Université Paris 8, Chercheure au CRESPPA, UMR 7217, CNRS.

- Environ 30% des demandeurs d'asile en Europe sont des femmes ;
- Variations dans la « féminisation » des demandes d'asile selon le pays d'origine ;
- Difficultés/obstacles pour les femmes d'atteindre un pays européen pour demander l'asile.

Persécutions basées sur le genre

- Le genre peut être la cause d'une persécution ;
- Le genre peut déterminer la forme d'une persécution ;
- Les persécutions « genrées » sont fondées sur les inégalités dans les rapports sociaux de sexe/domination/inégalités de pouvoir (elles sont souvent liées à la sexualité ou capacité reproductrice des femmes.)

Types de persécutions

- Excision ;
- Mariage forcé (mariage précoce) ;
- Crimes d'honneur ;
- Attaques/morts pour cause de dot ;
- Lois discriminatoires/persécutrices ;
- Violences « reproductives » – avortement forcé, stérilisation forcée, grossesse forcée ;
- Persécutions à cause de l'orientation sexuelle ou identité de genre ;
- Violences domestiques ou conjugales ;
- Viol et violences sexuelles (viol comme stratégie de guerre) ;
- Traite/exploitation sexuelle/prostitution forcée.

Le genre dans la convention de 1951

- Il n'y a aucune mention du genre ou de sexe dans la Convention de 1951 ;
- Motifs de persécution qui apparaissent dans la Convention – race, religion, nationalité, opinion politique, appartenance à un certain groupe social ;
- Débat sur l'addition du genre comme un 6^{ème} motif de persécution ;
- Débat sur la définition d'un « groupe social » ;
- Importance de l'interprétation de la Convention. Lignes directrices de l'UNHCR, directives de l'UE.

Obstacles à la prise en compte des persécutions liées au genre

- Les persécutions liées au genre ne sont pas reconnues comme des persécutions « politiques » ;
- Division persistante entre le privé et le public ;
- Problème des acteurs non-étatiques ;
- « Normalisation » des violences de genre ;
- Persécutions de genre considérées comme moins « graves » (protection subsidiaire) ;
- Relativisme culturel ;
- Peur d'un « appel d'air ».

Difficultés pour les femmes

- Manque d'information ;
- Manque de temps pour formuler la demande ;
- Difficultés de témoignage ;
- Hommes et femmes entendus ensemble ;
- Femmes interviewées en présence de leurs enfants ;
- Officiers/interprètes d'un sexe différent ;
- Absence de « preuve » ;
- Crédibilité ;
- Malentendus « culturels ».

Le système européen d'asile

- Directives d'asile et prise en compte de genre ;
- European Asylum Support Office.

Directive « Qualification »

- Reconnait que les persécutions liées au genre devraient être traitées sous la Convention de 1951 (et non pas sous des formes de protection subsidiaires) ;
- Les acteurs non-étatiques doivent être pris en compte comme acteurs de persécution ;
- Les États membres doivent prendre en compte la situation spécifique des personnes « vulnérables » (victimes de trafic, victimes de viol ...) ;
- Mention spécifique de l'excision comme un motif de l'accord de statut de réfugié.

Directives accueil et procédure

- Les systèmes nationaux d'asile doivent mettre en place un système d'évaluation des vulnérabilités de personnes qui ont été victimes de viol ou d'autres formes de violences graves ;

- Les États doivent soumettre des informations sur les procédures mises en place pour l'accueil des personnes avec des vulnérabilités spécifiques ;
- Les officiers qui mènent les entretiens avec les demandeurs d'asile devraient être formés pour la prise en compte des vulnérabilités, et si possible devraient être du même sexe que le demandeur ;
- Les États sont obligés de prévenir des violences basées sur le genre dans les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile.

Mais malgré les progrès...

- Pouvoir discrétionnaire dans les procédures d'accord de statut de réfugié ;
- Manque de clarté sur des questions comme la définition d'un groupe social ;
- Lacunes dans la mise en œuvre des directives ;
- Utilisation de détention/procédures accélérées ;
- Difficultés dans l'accès à un pays de l'UE pour déposer une demande d'asile ;
- Nationalismes et politiques de contrôle migratoire...

La prise en compte de la vulnérabilité liée aux femmes à l'Ofpra, Cécile Malassigné

Cécile Malassigné, Référente sur les violences faites aux femmes à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, Paris.

Depuis près d'une décennie, les femmes et les jeunes filles représentent environ un tiers des personnes qui déposent une demande d'asile en France. Pour les jeunes filles, originaires avant tout d'Afrique de l'Ouest, c'est essentiellement en raison du risque d'excision qu'elles encourent en cas de retour dans leur pays d'origine. Pour les femmes, leur augmentation progressive dans la demande d'asile a correspondu à une diversification des motifs de persécution allégués devant l'Ofpra. Dans une grande majorité de cas, il est fait état de violences liées au genre : mutilations génitales féminines, mariages forcés, violences domestiques, persécutions en raison de l'orientation sexuelle ou liées à la traite des êtres humains. Les violences sexuelles subies dans les situations de conflit armé ou dans un autre contexte sont également très fréquemment évoquées.

En 2015, à l'Ofpra, les femmes ont représenté 42 % des personnes qui ont obtenu une protection internationale ; parmi elles 76 % l'ont été au titre de la Convention de Genève et 24 % se sont vu reconnaître le bénéfice d'une protection subsidiaire. Elles sont pour beaucoup d'entre elles originaires d'Afrique et du continent européen (Kosovo, Albanie, Russie) et les plus forts taux de protection concernent majoritairement les femmes originaires de Syrie, d'Irak, d'Afghanistan, de Centrafrique et des pays d'Afrique de l'ouest.

Les problématiques liées aux situations de violences dont les femmes sont victimes dans le monde ne sont pas nouvelles à l'Ofpra mais depuis les trois dernières années l'établissement a su mettre en place différents dispositifs afin de mieux appréhender leur situation de vulnérabilité, aussi bien dans le cadre de la conduite de l'entretien que dans celui de l'identification d'un besoin de protection internationale.

Réforme interne de l'Ofpra et mise en œuvre de la loi sur la réforme de l'asile : l'accent mis sur les vulnérabilités

La création de groupes de référents thématiques

Depuis septembre 2013, l'OFPRA met en œuvre une réforme interne qui a entendu anticiper l'introduction de garanties de procédures nouvelles au bénéfice des demandeurs d'asile, notamment ceux présentant une vulnérabilité particulière liée au fondement de leur besoin de protection, et préparer la transposition de la directive européenne dite « procédures » et l'entrée en vigueur de la loi relative à la réforme de l'asile, adoptée le 29 juillet 2015.

Dans le cadre de son plan d'action pour la réforme de l'OFPRA, cinq groupes de référents thématiques ont été créés sous l'égide du comité d'harmonisation, une instance nouvelle qui a pour fonction d'harmoniser la doctrine et les procédures à l'OFPRA. Ces groupes correspondent à cinq catégories de demandeurs d'asile vulnérables au sens des directives : les persécutés en raison de leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, les mineurs isolés, les victimes de tortures, les femmes victimes de violences (hors la traite des êtres humains) et les victimes de la traite des êtres humains.

Ces groupes de référents sont composés d'une vingtaine de personnes chacun, affectés dans tous les services de l'Ofpra. Ils sensibilisent à ces besoins de protection spécifiques les agents de l'Office, ainsi que les interprètes, de sorte que les personnes vulnérables en besoin de protection internationale soient identifiées et que leurs demandes soient instruites par des agents dûment formés. Ils apportent un appui à l'examen de ces demandes par des avis consultatifs et l'élaboration d'outils d'appui à l'instruction, dont la diffusion est interne à l'Office. Ils travaillent en particulier à l'élaboration de la doctrine et l'instauration de procédures internes, la diffusion de recommandations sur la conduite des entretiens avec les demandeurs d'asile présentant des vulnérabilités. Ils assurent également une veille documentaire et jurisprudentielle relative à la situation de ces demandeurs. Enfin, sous la responsabilité de la direction de l'OFPRA, ils sont au cœur d'un travail de concertation avec les partenaires institutionnels et associatifs pour leur thématique.

L'exemple des saisines pour avis consultatif du groupe de référents sur les Violences faites aux femmes

Ce groupe est régulièrement saisi sur des cas individuels afin de fournir un appui à l'instruction des demandes fondées sur les violences liées au genre.

Ces saisines portent pour beaucoup d'entre elles sur la technique d'entretien : quelles questions poser, de quelle manière, comment formuler certaines questions ? Elles reposent pour certaines sur la difficulté, à l'issue de l'entretien, d'identifier de manière précise un besoin de protection et sur la nécessité de solliciter des personnes référentes et spécifiquement formées sur cette thématique. Les référents sont aussi amenés à accompagner des officiers de protection en entretien, en particulier les plus récents, afin de les assister dans l'examen d'une demande d'asile.

Dans la pratique, les sollicitations les plus régulières portent sur les violences domestiques en Albanie, au Kosovo, en Algérie, sur les violences sexuelles en République démocratique du Congo, et sur les questions liées à l'excision.

Mise en œuvre des dispositions prévues par la loi sur la réforme de l'asile

La prise en compte renforcée par l'OFPPRA des vulnérabilités liées au fondement des demandes d'asile, en particulier celles liées aux violences faites aux femmes, est inscrite dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) depuis l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 2015 sur la réforme de l'asile. L'article L 723-3 du CESEDA prévoit ainsi que « pendant toute la durée de la procédure d'examen de la demande, l'Office peut définir des modalités particulières d'examen qu'il estime nécessaires pour l'exercice des droits d'un demandeur en raison de sa situation particulière ou de sa vulnérabilité. À cet égard, les vulnérabilités susceptibles d'influer sur la procédure d'asile peuvent viser des demandeurs du fait notamment de leur âge, de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, d'un handicap, d'une maladie grave, de troubles mentaux, ou de conséquences de tortures, de viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle. »

L'Ofpra est seul habilité à connaître des vulnérabilités liées au fond de la demande d'asile, à la différence des vulnérabilités dites « objectives » comme le handicap, la maladie, l'âge, détectées au stade de l'accueil par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui les porte à la connaissance de l'Ofpra avec l'accord du demandeur ou de la demandeuse.

Ainsi, en vertu de la loi sur la réforme de l'asile, de nouvelles garanties de procédures sont accessibles aux demandeuses d'asile.

Ces garanties comprennent la possibilité d'adapter la durée de la procédure d'instruction afin de favoriser le recueil du récit.

Il pourra s'agir de traiter en priorité certaines demandes, par exemple celles des personnes vulnérables identifiées comme ayant des besoins particuliers en matière d'accueil ou nécessitant des modalités particulières d'examen.

Il peut être fait usage de la faculté de déclassement de la procédure accélérée conférée à l'Ofpra (articles L723-2 et L723-3 du CESEDA) en raison notamment des violences graves dont la demandeuse a été victime, ou de sa minorité, qui nécessitent des garanties de procédures spéciales et ne sont pas compatibles avec l'examen d'une demande en procédure accélérée. Il peut enfin s'agir de prendre un temps d'instruction plus long lorsqu'un accompagnement social et/ou médical est par exemple nécessaire afin de favoriser la verbalisation de certaines femmes victimes de violence, notamment celles victimes de traite des êtres humains.

L'article L723-6, alinéa 5 du CESEDA prévoit la possibilité d'être entendu par un officier de protection et/ou un interprète du sexe du choix du demandeur. Dès lors, si une femme en fait la demande et si elle apparaît manifestement fondée par sa difficulté à s'exprimer sur les motifs de sa demande d'asile, l'entretien sera mené par un agent de l'Office et un interprète de sexe féminin, sous réserve des moyens humains disponibles. Cette possibilité désormais inscrite dans la loi faisait cependant partie des pratiques régulières

au sein de l'Office lorsqu'une femme en faisait la demande ou lorsque l'Office, de sa propre initiative, estimait que cela pouvait favoriser les conditions de recueil du récit, toujours en lien avec le fond de la demande d'asile.

La nouvelle loi prévoit également la possibilité d'être assistée par un tiers de son choix lors de l'entretien à l'OFPRA : une demandeuse peut se présenter à l'entretien accompagnée d'un avocat ou d'un représentant agréé d'une association habilitée à ce titre par le directeur général de l'Office, notamment une association de défense des droits de femmes.

La loi prévoit la possibilité, appréciée au cas par cas par l'Office, en raison de la grande vulnérabilité de certaines femmes suivies par des professionnels de santé mentale, d'être accompagnées lors de l'entretien par le professionnel de santé concerné.

Enfin, l'OFPRA porte à la connaissance du Procureur de la République les crimes ou délits dont il a connaissance, en application des dispositions de l'article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale, notamment dans les situations où des femmes sont en danger en raison de violences domestiques, faits de traite des êtres humains ou lorsqu'une excision a été pratiquée sur une jeune fille placée sous la protection de l'Office.

Le travail de l'Office pour faire évoluer ses pratiques et sa doctrine

Élaboration d'orientations relatives à la situation des femmes

Par l'intermédiaire des groupes de référents thématiques évoqués précédemment et de son comité d'harmonisation, l'Ofpra élabore des orientations pour les entretiens avec les demandeurs d'asile dits vulnérables. Concernant les femmes, l'attention s'est portée sur des thématiques faisant l'objet de questions régulières de la part des personnes en charge de l'instruction des demandes d'asile : les demandes d'asile liées aux femmes qui entendent fuir une situation de mariage forcé et celles qui reposent sur des faits de violences conjugales. Des orientations ont donc été élaborées sur ces deux thèmes. Nous suivons également de près la question des mutilations génitales féminines et disposons de documents de travail permettant d'harmoniser les décisions prises.

La traite des êtres humains, essentiellement aux fins d'exploitation sexuelle, fait également partie des thématiques sur lesquelles l'Ofpra travaille depuis plusieurs années, les demandes d'asile reposant sur ce motif étant en augmentation constante, notamment chez les nigérianes. À l'issue d'un travail de concertation avec les différents interlocuteurs travaillant en lien avec l'Ofpra, des orientations sur l'examen des demandes fondées sur la traite des êtres humains aux fins d'exploitations sexuelles ont été adoptées en 2016.

De manière générale, ces orientations ont pour finalité de mieux appréhender la conduite des entretiens sur les violences liées au genre et de sensibiliser les officiers de protection à la prise en compte de ces violences en tant que persécutions. Dans ce cadre, l'Office veille à une meilleure diffusion des principes directeurs du HCR sur les violences liées au

genre. Par ailleurs, ces notes insistent sur l'importance de créer un cadre d'entretien sécurisant venant favoriser un climat de confiance, et rappellent la confidentialité et la neutralité auxquels sont soumis l'officier de protection et l'interprète. Elles font des recommandations sur les questions à aborder en entretien et proposent des méthodes pour mieux identifier des situations de vulnérabilité, en particulier les victimes de traite. Elles précisent, enfin, des points de doctrine et de procédure.

Évolution de la doctrine

L'Office veille à adapter ses décisions à l'évolution de la situation des femmes dans les pays d'origine et aux évolutions jurisprudentielles. Les protections qu'il accorde aux femmes reposent désormais plus sur le statut de réfugié que sur la protection subsidiaire.

Depuis fin 2012, l'Office a modifié sa doctrine relative à l'excision pour venir accorder le statut de réfugié en raison de leur appartenance à un certain groupe social aux jeunes filles craignant d'être soumises à une excision dans leur pays d'origine. Les victimes de traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle, originaires de l'Etat d'Edo au Nigeria et d'Albanie sont elles aussi protégées en raison de leur appartenance à un certain groupe social.

L'Office est à l'origine de la création de groupes sociaux relatifs aux violences faites aux femmes, par exemple pour des femmes originaires du Nord Caucase dont l'attitude est regardée par la société ou les autorités comme transgressive des normes et coutumes sociales, des femmes originaires du Bangladesh qui fuient une répudiation et plus généralement, pour des femmes ayant fui un mariage forcé.

Des formations axées sur les vulnérabilités et un plus grand accès à une information sur la situation des femmes dans les pays d'origine

Au cours de leur formation initiale, les officiers de protection sont sensibilisés aux vulnérabilités : par le biais des formations qui leur sont consacrées sur la technique d'entretien et par la diffusion des documents de travail élaborés par les groupes de référents thématiques. À cette formation initiale s'ajoute une formation à l'accueil des récits de souffrance, dispensée par Forum Réfugiés - Cosi, à l'ensemble des agents de l'Office chargés de l'instruction et l'accès à un module européen de formation élaboré par EASO sur les techniques d'entretien avec les personnes vulnérables.

Les référents sur les violences faites aux femmes ont reçu quant à eux une formation organisée en collaboration avec le service formation de France Terre d'Asile sur les violences conjugales et familiales, celle-ci abordant un volet psychologique et un volet juridique. Une formation sur les violences liées au genre leur a également été dispensée au cours de l'année 2016 par France Terre d'Asile.

L'Office accorde enfin une grande importance à l'information sur les pays d'origine. Il dispose d'un service - la Division de l'information, de la documentation et des recherches (DIDR) - dédié à la production de notes, fiches de synthèse et de rapports de mission dans les pays d'origine. Ce dernier élabore de plus en plus de notes sur les violences faites aux femmes, les exemples récents portant sur le mariage forcé dans différents pays d'Afrique de l'ouest, en Inde et au Pakistan, sur la situation des mères célibataires en Algérie et sur les femmes adultères en Iran.

∞ Deuxième table ronde : « De la détection de la vulnérabilité au statut de victime »

Discutants : Christelle Beurré et Nicolas Chambon

Christelle Beurré, Directrice adjointe du CADA Adoma, Villefontaine.

Nicolas Chambon, Sociologue, Orspere-Samdarra.

Trauma, parcours d'exil et parcours de soins, Camille Queneau et Nathalie Ripert

Camille Queneau, Interne en psychiatrie, Équipe Mobile Liaison Psychiatrie Précarité Pass psy de Grenoble.

Nathalie Ripert, Psychologue clinicienne, Équipe Mobile Liaison Psychiatrie Précarité-Pass psy de Grenoble.

Présentation de l'EMLPP - PASS psy de Grenoble

Nous faisons ou avons fait partie de l'équipe de l'EMLPP – PASS psy de Grenoble, qui dépend du Centre Hospitalier Alpes Isère. L'EMLPP est une équipe mobile de psychiatrie travaillant auprès d'un public précaire.

La PASS psy, ou permanence d'accès aux soins de santé est un dispositif d'accès aux soins psychiatriques adapté aux personnes en situation de précarité. La majorité des patients consultants sur la PASS-psy sont des migrants, nombreux sont demandeurs d'asile. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré la personne dont nous allons vous parler lors de cette intervention.

Avant de vous présenter le cas clinique, notre propos abordera en introduction la question de l'exil et du traumatisme.

Trauma et migration

Un peu d'étymologie... Du latin « exsilium », *bannissement*, l'exil désigne « la situation d'une personne qui a été condamnée à vivre hors de sa patrie (expulsée) ou bien qui se voit contrainte de vivre ailleurs que là où elle est habituellement, le plus souvent pour des raisons de sécurité ». Par extension, l'exil correspondrait à tout séjour hors du lieu où la personne voudrait être. Il n'y a par conséquent pas grand-chose qui s'apparente à du

libre arbitre dans l'exil qui va souvent de pair avec un départ précipité. Le choix est donc à entendre du côté de la survie et non du choix de vie.

On peut repérer trois temps dans le parcours d'exil : il y a le temps du départ du pays d'origine, le temps de l'arrivée en terre d'accueil... entre les deux, il y a ce temps migratoire bien particulier qui se traduit par un périple souvent périlleux et douloureux.

En effet, fuir son pays, le plus souvent de façon brutale et clandestine, n'entraîne pas, nous le savons bien, la retombée ipso facto de ou des effractions traumatiques une fois le sujet arrivé en terre d'accueil, sol étranger s'il en est de par les différences géographiques, climatiques, linguistiques, culturelles, économiques, matérielles... des différences qui vont à nouveau mettre à l'épreuve les ressources psychiques déjà bien fragilisées de chaque personne exilée.

Entre le moment du départ et celui de l'arrivée, le périple de l'exil est un abîme d'angoisses qui soit interdit l'accès à toute représentation psychique (on est là du côté de la sidération), soit, à l'inverse, envahit le champ de la pensée et des émotions par la profusion d'images traumatiques (on est là du côté des reviviscences).

À leur arrivée en France, les exilés n'ont pas grand-chose dans leur bagage : quelques vêtements, un passeport quand ils en ont un, car ils voyagent souvent avec des passeports d'emprunt. Ils transportent surtout leurs histoires, leurs blessures, leurs désespoirs, leur solitude pour la plupart... des valises très lourdes en fait, tellement lourdes qu'elles les empêchent de bouger, de manger, de dormir, parfois même de pleurer... Des valises qui renferment souvent le poids des violences (physiques, psychologiques, sexuelles) subies dans le pays d'origine, les emprisonnements arbitraires, les tortures, les menaces de mort, la perte d'êtres chers ou la séparation d'avec ceux que le départ a imposé. Des valises qui renferment aussi, nous l'avons souligné plus haut, les conditions mêmes du périple. Autant d'événements vis-à-vis desquels, pour survivre, le sujet n'a eu d'autre moyen que d'en figer la douleur psychique inhérente (on parle ici de gel des affects).

Le parcours en France ne va pas contribuer à l'apaisement : rythmé par des procédures administratives complexes et inévitablement longues, teintées d'espoirs et/ou de désespoirs, de désillusions, conjugué à des conditions de vie très précaires ainsi qu'à l'absence d'occupation ne permettant pas de structurer le temps et l'espace, le quotidien de chaque demandeur d'asile paraît évoluer sur un sol instable, comme englué dans des sables mouvants, dans un no man's land. Cet environnement a pour risque de réactualiser, voire de renforcer les traumatismes antérieurs. En effet, quand il n'y a pas de projection possible dans le futur, le passé occupe alors le devant de la scène psychique.

C'est au regard de ces différents aspects que Daniel Derivois, lors d'une journée organisée par Samdarra en 2014 avait distingué deux notions : celle de migration des traumatismes et celle de traumatisme dans la migration. La première (la migration des

traumatismes) concerne les traumatismes à la fois antérieurs et à l'origine de l'exil mais qui continuent de se déplacer avec le sujet ; la seconde (le *traumatisme dans la migration*), se rapporte à l'exil en tant que processus de déracinement traumatisant qui vient exacerber les traumatismes antérieurs.

Le chemin de l'exil serait donc à repérer comme un espace-temps irreprésentable du trauma venant briser le lien entre ici et là-bas et inscrire le sujet du côté de la perte d'identité, de la mort symbolique. Un chemin qui vient faire du syndrome de stress post-traumatique une entité clinique de la plupart des personnes en situation d'exil et dont les symptômes peuvent se manifester d'emblée ou bien de façon différée. Dans ce dernier cas (lorsque les symptômes apparaissent de façon différée), c'est souvent le corps qui se fait, dans un premier temps, l'interprète de ce que le sujet vit au-dedans. En effet, celui qui a appris à expulser la douleur psychique pour survivre, va ensuite commencer par s'abandonner aux douleurs physiques.

Notre propos d'aujourd'hui n'est pas de faire toute la clinique de l'état de stress post-traumatique, mais citons l'association de symptômes que nous repérons fréquemment dans notre approche clinique des personnes en situation d'exil : les cauchemars, les insomnies, les reviviscences, le gel des affects, la sidération, les troubles mnésiques, l'hyper-vigilance, les comportements d'évitement, l'irritabilité, l'anxiété, la dépression, l'idéation suicidaire...

Citons aussi les symptômes dissociatifs de dépersonnalisation qui ont été inclus récemment dans le DSM V et qui viennent témoigner de la désorganisation psychique induite par l'expérience traumatique.

Cette journée d'étude qui nous réunit aujourd'hui s'est donnée pour objectif de cibler plus particulièrement le parcours et le vécu des femmes en situation d'exil. Si notre intervention évoque la question du trauma de et dans la migration, elle souhaiterait aussi souligner combien les femmes en exil sont particulièrement exposées au syndrome de stress post-traumatique. En effet, leur appartenance au genre féminin les expose aux violences qualifiées de sexo-spécifiques par l'OMS, avant pendant et après l'exil, multipliant par là les effractions traumatiques et faisant voler en éclat leur identité et leur dignité de femme. Elle les expose aussi à vivre des déchirures familiales comme lorsqu'il s'agit par exemple de fuir son pays en abandonnant ses enfants à un tiers ; il en résulte une violente atteinte à leur identité de mère qui provoque une sorte de désagrégation mentale pouvant aller jusqu'à la dissociation péri-traumatique, dissociation à comprendre du côté d'un mécanisme de défense et de survie pour lutter contre le débordement psychique.

Ainsi, nombre de femmes arrivent sur notre structure après avoir vécu des événements particulièrement dé-structurants. Nous vous présenterons à la suite une vignette clinique où le parcours de soin vient souligner la prise en compte des traumas d'une femme dans son parcours d'exil.

Présentation du cas clinique

Pour illustrer ce qui précède, nous avons souhaité vous parler aujourd'hui d'une personne rencontrée à la PASS. Dès l'annonce de cette journée d'étude sur les Femmes en exil, nous avons tout de suite pensé à l'histoire clinique de cette patiente. Son parcours complexe, émaillé d'évènements traumatiques multiples, d'une lutte pour l'émancipation dans son pays d'origine et d'un exil forcé en fait à notre sens une riche illustration de ce que peut être le parcours d'une femme en exil. Autour de cette patiente, c'est toute l'équipe de la PASS psy qui a été mobilisée dans l'urgence, puis dans un accompagnement au long cours.

Nous avons modifié certains détails biographiques pour préserver son anonymat.

Histoire de vie, parcours d'émancipation et parcours d'exil

Mme C. a une quarantaine d'années, elle est d'origine Guinéenne. Elle est 5^{ème} d'une fratrie de 7. Elle fait le récit de son excision, à l'âge de 6 ans, organisée par ses tantes. Elle est ensuite mariée à l'âge de 13 ans à un homme de plus de 15 ans son aîné. À cet âge elle doit arrêter sa scolarité. Elle sera ensuite mère de trois enfants. Elle décrit cette période de sa vie comme une des plus difficiles, dans un climat de violences physiques et sexuelles de la part de son mari.

À l'âge de 30 ans, elle décide de fuir son village et de démarrer un parcours d'émancipation avec l'aide d'un avocat. Elle divorce de son mari, chose qu'elle décrit comme inhabituelle dans son pays.

Elle reprend ensuite ses études et démarre une carrière dans l'armée. Elle décrit à cette période une grande fierté vis-à-vis de sa profession. Elle participe par ailleurs à une lutte contre l'excision des filles et le mariage forcé dans son entourage.

Dans l'exercice de ses fonctions, Mme C. est confrontée en 2013 à une affaire de corruption entraînant l'assassinat de plusieurs de ses collègues et des menaces de mort à son encontre. Elle doit alors fuir son pays et sa famille, ses enfants étant recueillis par sa mère.

Son exil se fait vers la France, où elle fait rapidement une demande d'asile. En 2015, Madame est déboutée de sa demande d'asile, et reçoit quelques mois plus tard une obligation de quitter le territoire français.

Elle est très isolée et n'a que rarement des nouvelles téléphoniques de sa famille, toujours en Guinée.

Tableau clinique et symptomatologie post-traumatique

Mme C. est orientée vers la PASS psychiatrique à l'automne 2015 par la psychologue travaillant dans son centre d'hébergement d'urgence.

Sur le plan du diagnostic, on peut retenir celui d'État de Stress Post-Traumatique, en lien avec l'exposition au décès de ses collègues et à des menaces de mort directes l'ayant forcé à fuir son pays. Les symptômes au premier plan sont les suivants: un syndrome de répétition (avec des reviviscences diurnes de cet événement traumatique et des cauchemars), des conduites d'évitement des stimuli associés à l'évènement traumatique (méfiance vis-à-vis de la police), une hyper vigilance, des altérations cognitives et des symptômes dépressifs.

Devant cette présentation et sa situation administrative complexe, on décide de mettre en place un suivi médical et social à la PASS. Malgré une légère amélioration dans les premières semaines de suivi, son état clinique reste fragile avec une vulnérabilité importante face aux évènements stressants. Après plusieurs mois de suivi, elle évoque pour la première fois la réception d'une OQTF², son incompréhension et sa peur vis-à-vis de la possibilité d'être expulsée de France.

Aspects dissociatifs dans la clinique du trauma

C'est après la réception de l'OQTF que nous observons d'autres symptômes chez Mme C : une désorganisation de son comportement et de son discours : elle semble parfois désorientée dans le temps et l'espace, cherche ses enfants dans nos bureaux à la PASS, ou laisse de la nourriture pour eux le soir. Dans ces instants, Madame a pu évoquer le fait d'entendre des voix, appelant son prénom, puis les voix de ses enfants, l'appelant la nuit.

Ces symptômes rentrent dans le cadre des troubles dissociatifs et peuvent faire partie du tableau clinique de l'état de stress post-traumatique. Ils peuvent être liés à une réaction de dissociation péritraumatique, qui est un état de conscience modifiée au moment de l'évènement traumatique permettant partiellement à la victime de se soustraire à l'horreur de la situation vécue.

Crise suicidaire et hospitalisation

Au mois de janvier, Mme reçoit pendant l'un de nos entretiens un appel téléphonique d'un membre de sa famille, en Guinée, apportant des nouvelles inquiétantes quant à la santé d'un de ses enfants, devant être hospitalisé en urgence.

À ce moment-là, elle est confrontée à la détresse de son enfant et le risque pour sa vie et donc indirectement à l'injonction qui lui est faite d'obtenir le droit au séjour pour

² Obligation de quitter le territoire français (OQTF).

protéger ses enfants en leur permettant de la rejoindre en France. Et en même temps elle reste consciente de l'impasse de sa demande d'asile. Cette situation impossible a été à l'origine d'une réaction de stress aigu avec une grande désorganisation et l'apparition brutale d'une pulsion autodestructrice. Nous avons alors posé une indication d'hospitalisation en urgence devant cette crise suicidaire.

Le risque suicidaire et l'impulsivité de la patiente ne lui permettant pas de se rendre seule à l'hôpital, nous l'accompagnons dans un service d'urgence et restons avec elle le temps de sa prise en charge et de son transfert.

Cet état de crise sera présent pendant les premiers jours d'hospitalisation, puis régressera après une adaptation thérapeutique et un suivi médico-infirmier très rapproché, permettant un retour au foyer une dizaine de jours plus tard.

Prise en charge

Mme C. est suivie depuis presque un an à la PASS. À la suite de l'hospitalisation, la fonction de contenance par l'équipe soignante a été au centre de la prise en charge, pour faire enveloppe face à l'effraction traumatique et au risque de désorganisation et d'effondrement psychique, notamment face aux événements stressants, semblant raviver à chaque fois la blessure psychique.

La dimension d'accueil, au cœur du projet de soins de la PASS, a pris tout son sens, renforçant les liens interhumains entre la patiente et l'équipe soignante et le sentiment de familiarité vis-à-vis du lieu de soins. Elle pourra dire des membres de l'équipe « vous êtes tous mon docteur », soulignant à sa manière sa compréhension de la fonction soignante du travail d'équipe dans son cas.

Un travail de réseau a également été fait en lien avec la structure d'hébergement pour renforcer le maillage humain autour d'elle : un pilulier est réalisé par l'infirmier du foyer et dispensé quotidiennement, des rappels voire parfois des accompagnements sont mis en place pour les rendez-vous.

Autres démarches de soins

Peu à peu, elle a pu ensuite entamer d'autres démarches de soins, notamment celle d'une prise en charge chirurgicale de reconstruction après excision.

À l'occasion de cette opération de reconstruction, elle a pu revenir sur des éléments de son histoire : l'excision, le mariage forcé à l'adolescence, la violence. Lorsqu'elle évoque l'excision, elle parle de torture et de douleurs ayant perduré toute sa vie. Elle exprime également le sentiment d'avoir, par l'excision, été privée en quelque sorte de sa féminité, et voit la reconstruction chirurgicale comme un pas vers la reconstruction de son identité de femme et nous dit quelques jours après son opération: « ça y est, je suis une femme ».

Outre la reconstruction corporelle, il semble qu'elle parvienne à reprendre un peu de pouvoir sur son histoire, peut à nouveau se raconter, s'orienter dans le temps et faire le projet de raconter son histoire dans un livre. Consciente que la réalité de sa situation reste très complexe, elle semble le vivre davantage comme une injustice à combattre que comme une situation impossible à subir, ou une condamnation à mourir.

Un point de fragilité encore douloureux nous est apparu, celui concernant son identité de mère. En effet, elle a pu exprimer à plusieurs reprises la douleur en lien avec l'éloignement de ses enfants. Elle met d'ailleurs en avant l'importance pour elle de l'identité de mère, faisant même l'injonction aux soignants d'avoir eux-mêmes des enfants, concluant son argumentation par la phrase « c'est la plus belle chose de la vie ». La culpabilité d'avoir dû fuir et de ne pas avoir pu emmener avec elle ses enfants alimente une peur constante pour leur vie et leur avenir à l'origine d'une douleur morale intense.

À ce jour, le suivi continue à la PASS. L'orientation vers une structure de droit commun reste difficile compte tenu de la précarité sociale et administrative et de sa fragilité psychique.

Conclusion

Nous vous avons raconté aujourd'hui l'histoire de cette patiente, mais son histoire peut sans doute en évoquer bien d'autres.

Outre la symptomatologie post-traumatique classique que l'on peut repérer chez nombre de nos patients migrants, cette illustration clinique témoigne selon nous d'une vulnérabilité particulière chez les femmes en exil en lien avec l'atteinte de l'identité féminine par les violences sexo-spécifiques auxquelles elles sont exposées et en lien également avec le traumatisme de la séparation d'une mère de ses enfants pouvant blesser le psychisme jusqu'à la dissociation. Dans ce contexte spécifique, le travail de soins tel que notre équipe de la PASS psy se le représente métaphoriquement consisterait à recouvrir l'appareil psychique effracté d'une couverture de survie pluridisciplinaire permettant une amélioration progressive sur le plan de la symptomatologie post-traumatique et la reconstitution d'une enveloppe psychique protectrice qui autoriserait alors le sujet à reprendre la main sur son existence.

Bibliographie

Articles

Aidan, P. (2006, octobre). Femmes, soins et parcours d'exil. *Revue Asylon(s), Les persécutions spécifiques aux femmes*, (1).

Dequesne, T. (2008, septembre). *Vécu traumatique, migratoire et résilient des réfugiés khmers de France après le génocide Khmer rouge : quand la culture crie en silence*. Colloque « Terrains d'Asile, corps, espaces, politiques », Paris.

Derderian Maeder, C. et Goguikian Ratcliff, B. (2011). Traumatisme psychique chez des femmes en exil : un dispositif groupal. *L'Autre, Cliniques, Culture et Société*. 12, 3, pp. 327-340.

Goguikian Ratcliff, B. (2012). Repenser les liens entre migration, exil et traumatisme. *Revue en ligne revue-exil.com*, (1). <http://revue-exil.com/repenser-les-liens-entre-migration-exil-et-traumatisme/>

Lingiah, H. (2005). Du traumatisme de la migration au traumatisme de l'intégration : réflexions à propos d'un travail de recherche. *Perspectives Psy*, 44(1), p. 31-37. <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-1-page-31.htm>

Moussaoui, J. (2005). Viols de femmes, violences de l'exil. *L'Autre*, 6(3), p. 399-410. <http://www.cairn.info/revue-l-autre-2005-3-page-399.htm>

Saglio-Yatzimirsky, M.-C. (2015). Le trauma dans la traversée de la migration des demandeurs d'asile tamouls du Sri-Lanka. *Migrations Sociétés*. <https://hal-inalco.archives-ouvertes.fr/hal-01279243/document>

Manuels de classification des maladies

American Psychiatric Association. (2013). Traumatic and Stress – related disorders. Dans American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

OMS. (2008). Troubles mentaux et troubles du comportement. Catégorie F43 : Réaction à un facteur de stress important, et trouble de l'adaptation. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/V>

Accompagnement des victimes de persécutions liées au "genre" dans les récits de demande d'asile, Fanny Braud

Fanny Braud, Coordinatrice de l'Observatoire de l'Asile en Isère, Association ADA (Accueil des Demandeurs d'Asile), Grenoble

Présentation de l'ADA

L'ADA a été créé il y a trente ans sous l'impulsion de trois membres d'Amnesty International. L'association est animée par une équipe d'une soixantaine de bénévoles et de deux salariés et s'est donné pour missions d'accompagner les demandeurs d'asile et de défendre le droit d'asile. Dans le cadre de cette deuxième mission, l'ADA a créé en 2012 un observatoire de l'asile en Isère chargé de documenter la demande d'asile et d'élaborer des documents de synthèse.

L'intervention d'aujourd'hui se base sur notre expérience d'accompagnement des demandeurs d'asile dans le cadre du travail sur les récits de vie appuyant les demandes de protection auprès des instances en charge de leur instruction.

Le choix de l'étude de cas des femmes nigérianes victimes de traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle

Il y a plusieurs formes de persécutions genrées pouvant être prises en compte dans la demande d'asile. Mon intervention porte tout particulièrement sur une population et une demande de protection essentiellement exprimée par des femmes originaires du Nigeria et en particulier celle des victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Cette persécution représente un enjeu grandissant en matière de droit d'asile et d'organisation locale de l'accompagnement. Elle comporte des spécificités qui questionnent l'ensemble des pratiques de mise en récit, mais également l'existence même d'une procédure de reconnaissance de protection et la nature de cette dernière.

En 2016, nous assistons à un doublement de la demande d'asile des personnes ressortissantes du Nigeria par rapport à 2015 (en ne tenant compte que des 9 premiers mois de 2016). Depuis plusieurs mois, sur différents territoires de la région (Isère, Savoie, Rhône...) nous constatons : un rajeunissement chez les jeunes femmes Nigérianes contactées dans la rue ou s'adressant aux services (amorcé depuis juillet/août 2015). On y compte, sans aucun doute, sur la présence de jeunes filles mineures, toujours déclarées ou déclarantes, majeures. Depuis les derniers mois, nous assistons à une augmentation dans l'absolu de l'arrivée de jeunes femmes Nigérianes, ayant transité par l'Italie comme

le laissait entendre un récent rapport de l'OIM³ (Organisation Internationale de la Migration).

En France, les victimes ayant déposé plainte ou témoigné dans le cadre d'une procédure pénale contre une personne susceptible d'avoir commis des infractions de traite peuvent bénéficier d'une carte de séjour temporaire, ouvrant droit à l'exercice d'une activité professionnelle (article L316-1 du Code d'Entrée et de Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile). Dans la pratique, peu de titres sont délivrés.

La demande d'asile est donc souvent une solution pour les victimes qui peuvent demander une protection au titre de la Convention de Genève ou la protection subsidiaire dans l'hypothèse où elles seraient menacées en cas de retour dans leur pays. Les personnes concernées font souvent une démarche parallèle auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) pour obtenir une protection qui n'est pas soumise à la condition de dépôt de plainte. Les craintes de représailles pour ces femmes où leur famille peuvent encourager ce choix.

En règle générale, les victimes de la traite se voient, au mieux, reconnaître le bénéfice de la protection subsidiaire, les instances de détermination françaises estimant certes qu'elles sont menacées de traitements inhumains et dégradants en cas de retour dans leur pays d'origine sans pouvoir bénéficier de la protection des autorités de leur pays, mais que la traite, l'esclavage, la prostitution, le fait d'être victime de réseaux « *n'a pas pour origine l'un des motifs retenus par la Convention de Genève* ». Et ce, alors même que les principes directeurs du Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies préconisent un traitement différent de cette question. La position du HCR étant que le statut de réfugié au titre de la Convention peut sous certaines conditions être reconnu aux victimes de la traite. Il est important de souligner que c'est sans présenter d'arguments et se bornant à déclarer que « *ces circonstances n'entrent pas dans le champ de la Convention de Genève* » que les autorités françaises justifient de la non application de la Convention.

La situation a quelque peu changé suite à la décision du 24 mars 2015 relative à une victime de traite à des fins d'exploitation sexuelle, qui a défini un « groupe social » permettant de faire entrer les victimes dans la catégorie juridique d'un des critères de la Convention de Genève.

³ L'OIM (Organisation Internationale pour les Migrations) présente aux points de débarquement en Italie et qui fournit une aide juridique aux migrants arrivant par la mer, contrôle les conditions d'accueil des centres et soutient les autorités dans l'identification des groupes vulnérables a indiqué dans un récent rapport que « L'une de nos principales activités est de fournir des informations et une protection aux victimes de traite. Nous avons enregistré une forte hausse du nombre de femmes arrivées du Nigéria en 2015 et en 2016. » D'après les données recueillies par le Ministère de l'intérieur, 5 633 femmes nigérianes sont arrivées en Italie par la mer en 2015. Pendant la même période en 2014, elles étaient 1 454. Pendant les deux premiers mois de 2016, elles étaient 395, soit 346 de plus que l'année dernière pendant la même période. <https://www.iom.int/fr/news/quelque-160-547-migrants-sont-arrives-en-europe-en-2016-488-ont-peri-dans-la-mediteranee>

Il convient de revenir à titre liminaire sur cette décision afin de mieux comprendre ce dont on parle. Après avoir rappelé la Convention de Genève et les articles 9 et 10 de la directive 2011/95/UE, la CNDA considère d'une part que « *la traite des êtres humains, qui est condamnée, dans ses diverses modalités, notamment par la Convention contre la criminalité transnationale organisée et les protocoles s'y rapportant en particulier celui contre la traite des personnes, signés par la France dès leur ouverture à la signature le 12 décembre 2000 à Palerme et ratifiés le 29 octobre 2002 et pénalement réprimée en France par la loi n° 2013-7 11 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France* » constitue une persécution au sens de la convention et de l'article 9 de la directive.

Il restait la question de l'existence d'un groupe social. La Cour considère que « *par leur soumission à un système de traite des êtres humains marquée à leur entrée dans un réseau de proxénétisme par une cérémonie rituelle traditionnelle qui en imprime au demeurant les traces dans leur chair, des années d'exploitation dont elles ont été victimes en Europe, puis des démarches qu'elles engagent en vue de s'extraire du réseau et des menaces dont elles sont dès lors l'objet pour ce motif, les femmes qui ont été soumises à un réseau de trafic d'êtres humains et qui tentent d'échapper à l'emprise de celui-ci doivent être considérées comme partageant une histoire commune* ».

Là aussi la formulation est importante car le groupe n'est pas l'ensemble des victimes mais celles qui ont connu une cérémonie rituelle et qui ont engagé des démarches de sortie (dénonciation, extraction, ...).

Dernier élément, le lien entre la persécution et l'appartenance à un groupe social : il s'agit d'une accumulation de mesures discriminatoires comme le prévoit l'article 9. Pour la CNDA « *les mesures répressives engagées par le temple Ayelala au sein duquel elle a prêté le serment de rembourser une somme d'argent exorbitante et en augmentation constante, mesures qui vont de l'assignation pour elle ou sa famille devant les autorités coutumières à des menaces contre son intégrité physique; que la population de la localité d'origine de l'intéressée porte un regard réprobateur sur les personnes identifiées comme appartenant au dit groupe social, entraînant pour la requérante des difficultés certaines à se réintégrer au sein de la société, trouver un emploi, se marier et entretenir des relations sociales normales, qu'elle est en outre susceptible d'être l'objet d'insultes, de discriminations ou de menaces; que l'intéressée, qui a rappelé à l'audience que sa famille avait déménagé pour ne plus être inquiétée par les membres du réseau, a par ailleurs indiqué que si elle demeure en contact téléphonique ponctuel avec sa mère, sa famille, en particulier sa fratrie, ne souhaite pas la revoir et la réintégrer dans le cercle familial du fait de son passé, que les acteurs des réseaux de proxénétisme exercent également de graves représailles à l'encontre des jeunes femmes qui, comme la requérante, dénoncent le serment qu'elles ont prêté et ne remboursent pas les sommes qu'ils exigent; que ces*

graves représailles peuvent prendre la forme d'assassinats ou d'un retour à l'exploitation sexuelle. »

Il s'agit donc d'un groupe circonscrit à l'Etat d'Edo qui a fait l'objet de rituels qui peuvent prétendre, si les faits sont établis, à la reconnaissance de la qualité de réfugié. Or une partie des victimes ne subissent pas ce rituel.

L'Ofpra a pris acte de la décision et va l'appliquer strictement notamment en insistant sur la distance que doit prendre la personne vis à vis du réseau (par une procédure de dénonciation, par une sortie complète de la prostitution). Il faudra également et classiquement que les personnes soient jugées crédibles dans leur récit, ce qui n'est pas toujours évident notamment en raison des craintes des femmes pour leurs proches restés au pays qui pourraient les inciter à dissimuler une partie des faits.

Depuis cette décision, des personnes victimes de traite à des fins d'exploitation sexuelle ont pu bénéficier du statut de réfugié, l'occasion donc de pointer les enjeux de la mise en récit et de l'accompagnement des femmes victimes de traite des êtres humains.

Les enjeux de la mise en récit

Le récit existe dans un cadre imposé par les autorités et les textes juridiques. Mais au cœur de ce processus réside l'absolue nécessité pour le requérant de convaincre diverses instances de la réalité de ses craintes, par l'élaboration d'un récit qu'il soit écrit ou oral.

S'interroger sur l'accompagnement des victimes de persécutions liées au « genre » nécessite non seulement de comprendre les enjeux liés à la base légale sur laquelle se fonde l'octroi de protection (Jane Freedman⁴ nous a présenté les catégories jurisprudentielles plus tôt) mais également sur la mise en récit des faits de persécution. En effet, si le terme "persécution liée au genre" revêt un caractère juridique et est défini dans les textes, ce sont le récit écrit et les déclarations orales qui permettent de le caractériser et de le qualifier au regard du droit. Les faits de persécution doivent être exposés afin de pouvoir les qualifier juridiquement et déterminer si la demande d'asile relève de la protection.

Ainsi, la mise en récit ne peut se cantonner au moment de l'entretien à l'Ofpra, même si, comme nous venons de le voir avec Cécile Malassigné⁵, l'Ofpra adopte progressivement des techniques d'entretien laissant l'espace pour faire émerger certaines problématiques. Un travail est nécessaire, en amont comme, souvent, en aval de l'instruction par l'Ofpra. C'est en cela que l'accueil des demandeurs d'asile n'est pas tant une affaire de juriste mais est aussi et surtout une question d'accompagnement.

⁴ Freedman, J. (2016, octobre). *Persécutions des femmes, violences genrées et droit d'asile*. Orspere-Samdarra, Actes de la journée d'étude Femmes en exil, Grenoble.

⁵ Malassigné, C. (2016, octobre). *La prise en compte de la vulnérabilité liée aux femmes à l'Ofpra*. Orspere-Samdarra, Actes de la journée d'étude Femmes en exil, Grenoble.

L'entretien autour du récit révèle aussi bien les faits permettant de qualifier la personne accompagnée comme « victime de traite » que tout ce qui relève de « non-dits ». La personne peut, par exemple, exposer sa situation de traite en Libye mais ne pas parler de sa situation en France (ou beaucoup moins en détail). La personne peut dire que cette situation de prostitution n'entre pas dans le cadre d'un réseau mais est une question de survie. Alors que son récit peut au contraire nous révéler des indices qui vont dans le sens d'un réseau de traite des êtres humains. Par ailleurs, la personne peut montrer des indices de craintes à l'égard des personnes qui l'ont fait passer d'un endroit à un autre et celles qui l'ont mise en prostitution. Ces indices peuvent être, par exemple, le fait que la personne n'ait pas été en mesure de nous dire les lieux et les villes qu'elle a traversés et le nom des personnes qui l'ont aidée à passer d'un pays à l'autre. La personne est souvent maintenue dans une situation d'isolement, dans une situation où elle ne peut que dépendre de compatriotes impliqués dans le réseau à des degrés divers. Elle est souvent désinformée par le réseau sur ses possibilités de droits, la maintenant dans une situation de dépendance, de soumission, d'emprise. Elle ne comprend pas ce que sont les différentes instances vers lesquelles elle peut être adressée, ni ce qu'impliquent précisément les démarches administratives engagées. Elle souffre, en outre, souvent de traumatismes liés à ses conditions d'exil.

Ce travail autour du récit se fait généralement en lien avec les services spécialisés en Isère comme l'association Amicale du Nid ou le service l'Appart' de l'association Althéa. Les dimensions psychologiques et sociales sont des leviers importants. Il faut éviter les deux écueils de la toute-puissance (croire savoir ce qui est bon pour elle) et de l'impuissance (croire qu'on ne peut rien apporter). Il faut aussi se méfier de notre propre méfiance. Être attentifs au regard que l'on porte, à n'être ni dans le jugement, ni dans la condescendance. Ça ne veut pas dire être dupe, mais entendre au-delà de la première parole, observer ce qui se passe, l'observer elle et l'ensemble du système dans lequel elle s'inscrit, se mettre à sa place. Tout en se détachant des mots dits, en gardant le recul, en s'alimentant de lectures. À ce titre, la documentation des associations spécialisées telles que l'Amicale du Nid et le service l'Appart' est essentielle.

Les difficultés liées à l'accompagnement de ce public spécifique

L'identification

Un des enjeux de la demande d'asile liée à la traite des êtres humains est notamment l'identification en tant que « victime de traite ». Dans la pratique, l'identification des victimes de traite n'est considérée en France que dans la mesure où les autorités françaises auraient connaissance de la situation de la personne et que cette dernière aurait, en plus, verbalisé sa situation de victime d'un réseau auprès d'elles.

Malgré les diverses dispositions qui prévoient l'identification, la mise à l'abri et l'accompagnement global des victimes de traite des êtres humains⁶, les autorités françaises et notamment les préfetures mais aussi les centres d'hébergement ou encore les acteurs de santé, n'ont pas suffisamment de moyens ni de formation à l'identification des personnes vulnérables, en général, et à la détection des traumatismes, en particulier, dès le premier stade de la procédure d'asile.

Il apparaît que l'identification n'est pas évidente puisque les victimes sont très rarement à même de présenter leur situation aux instances ; elles méconnaissent leurs droits ou ne les font pas valoir par crainte ou contrainte, ce qui les amène souvent à présenter un discours stéréotypé. En effet, de nombreuses victimes de réseaux de proxénétisme et de traite des êtres humains sont mal informées voire désinformées de leurs droits.

Le droit européen a récemment imposé aux États membres une prise en compte des vulnérabilités des demandeurs d'asile afin que les conditions d'accueil et la procédure soient adaptées à ces vulnérabilités. Les victimes de la traite des êtres humains ont ainsi été définies comme porteuses de vulnérabilités nécessitant une prise en compte spécifique de leurs besoins en termes d'hébergement et de conditions d'instruction. Cependant, il apparaît que les dispositifs instaurés dans le cadre de la réforme de l'asile de 2015 ne permettent pas d'identifier toutes les vulnérabilités et notamment les violences sexuelles, le stress post-traumatique et l'emprise dont sont victimes les personnes exploitées sexuellement dans le cadre d'un réseau de proxénétisme ou de traite des êtres humains. Ainsi, dès le début de la procédure d'asile, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) doit « *procéder, dans un délai raisonnable et après un entretien personnel avec le demandeur d'asile, à une évaluation de la vulnérabilité de ce dernier* ». Un questionnaire a été établi pour que cette évaluation puisse se faire, cependant, il apparaît que seules les vulnérabilités dites « objectives », c'est-à-dire celles visibles dès le premier entretien, sont prises en compte. De nombreuses personnes victimes de réseaux de proxénétisme ou de traite des êtres humains se voient refuser l'accès aux conditions matérielles d'accueil car elles n'ont pas déposé leur demande d'asile dans les 120 jours par exemple (bien souvent par désinformation de leurs droits). Or, nous savons comme ces conditions d'accueil peuvent être un levier pour qu'elles puissent s'extraire progressivement de leur situation d'exploitation, se dégager du discours donné à entendre par le réseau et expliquer leur situation aux associations voire aux autorités françaises.

⁶ Au sens de l'article 4-a de la Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains du 16 mai 2005 et de l'article 3-a du Protocole de Palerme additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, la traite des êtres humains désigne : le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation.

Le temps

Il est difficile d'établir un climat de confiance, de faire comprendre à la personne en face de nous qu'elle peut nous dire le réel motif de sa demande d'asile quand les proxénètes disent aux victimes de ne pas faire confiance aux accompagnateurs. En effet, le système de contraintes et de silences dans lequel s'inscrivent les personnes victimes de traite, le conditionnement à raconter diverses versions de l'histoire, les conséquences psychologiques des violences subies doivent être pris en compte dans l'accompagnement de ce public spécifique pour lequel il ne suffit pas toujours de créer des conditions d'écoute attentive.

Lorsque la relation de confiance est suffisamment solide et sécurisante pour ne pas mettre la personne à mal, il faut parfois montrer ce que l'on sait, et oser interroger les zones d'ombres, pour permettre à la victime de retravailler son histoire et de lui donner un sens.

En outre, leur parcours de migration, l'éventuel usage de faux papiers, la peur liée à l'irrégularité de séjour et la honte liée à la situation de prostitution a nécessairement amené les personnes à présenter différentes versions de leur histoire et de leur identité, et parfois il est possible que certaines s'y perdent elles-mêmes. C'est pourquoi, les victimes de réseau de proxénétisme et de traite des êtres humains ont besoin d'un temps certain pour se poser, se dégager des discours des réseaux et faire confiance pour ensuite pouvoir évoquer leur situation d'exploitation. Actuellement, les délais de procédure asile ne sont pas adaptés à ces situations et, bien souvent, les personnes victimes de réseaux de proxénétisme ou de traite des êtres humains, ne peuvent expliquer leur situation que dans le cadre d'une demande de réexamen. En outre, si les personnes victimes de ces réseaux peuvent se voir délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », c'est à la condition qu'elles déposent plainte ou témoignent dans le cadre d'une enquête, contre les réseaux qui les exploitent. Or, ces personnes ont besoin de temps pour déconstruire les discours donnés à entendre par les réseaux et faire confiance aux associations puis aux services de police et de gendarmerie.

Au regard de la jurisprudence actuelle de la CNDA, une forme de distanciation du réseau doit être exprimée et établie pour pouvoir accéder à la protection internationale comme nous l'avons vu. Une instruction est menée pour savoir si une telle démarche de distanciation par rapport au réseau a été entreprise et à quel degré. Là encore, le concept de distanciation est assez vague, une démonstration peut être l'éloignement géographique du lieu de prostitution, le dépôt d'une plainte... C'est peut-être l'élément le plus compliqué dans l'accompagnement. Par ailleurs, dans de nombreuses situations, les victimes ne voient pas l'intérêt de témoigner contre les trafiquants, étant donné que ce témoignage les oblige à risquer leur vie et celle de leurs familles.

La mise à l'abri

La spécificité de l'ADA est d'accompagner des personnes qui ne sont pas hébergées en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA). Nous accompagnons des personnes sans hébergement ou hébergées dans des dispositifs d'urgence de demandeurs d'asile ou de droit commun. Parfois, nous ne voyons les personnes qu'au moment de la rédaction de ses récits et sans lien avec des structures d'accompagnement spécifique comme l'Appart' et l'Amicale du nid, nous ne pourrions pas permettre une liberté de parole nécessaire à la mise en confiance et la mise en mots des violences.

L'hébergement est souvent un enjeu dans l'accompagnement de ce public spécifique. Pour s'extraire du réseau, la personne aura besoin d'accéder à un hébergement sécurisé afin de ne plus être sous la pression notamment financière. Cet accès à l'hébergement peut permettre de se distancier et de s'engager plus concrètement sur la recherche de solutions complémentaires pour s'extraire totalement de sa situation. Bien souvent, l'hébergement des victimes est lui-même organisé par le réseau. S'en extraire, accepter une place en CADA ou dans un autre hébergement peut permettre d'éloigner le danger.

Outre le manque de temps, les moyens actuels ne permettent pas de mettre à l'abri de manière effective ces victimes, et notamment si elles acceptent de déposer plainte ou de témoigner. Le dispositif Ac.Sé, qui propose un hébergement pour les personnes victimes de traite des êtres humains, ne dispose que d'une quarantaine de places au niveau national. Ce dispositif est donc insuffisant au regard du nombre de victimes présentes sur le territoire. De plus, estimer que ces personnes ont besoin de temps suppose que les acteurs qui accompagnent ces personnes aient la possibilité de leur consacrer du temps. Des moyens humains supplémentaires sont donc nécessaires.

Conclusion

Pour donner les meilleures chances aux personnes d'être protégées et de sortir notamment du système d'emprise du réseau dans le cas de traite à des fins d'exploitation sexuelle, il convient de jongler dans l'accompagnement entre les approches de droit, anthropologiques et psychologiques. Je ne crois pas que quelqu'un ait une recette miracle. C'est un accompagnement qui est long et ne peut se faire sans l'appui des associations spécialisées dans l'accompagnement de ce public spécifique.

L'obtention du statut de réfugié n'est néanmoins pas la solution miracle, les difficultés d'insertion ensuite peuvent risquer de permettre à ces jeunes femmes d'être re-captées par les réseaux. Il est donc fondamental de mettre en place des dispositifs spécifiques allant de l'identification à la prise en charge et à l'insertion. Certaines associations font des expérimentations mais pour l'instant, on en est encore au stade du bricolage.

Dans d'autres États européens, notamment l'Italie, il existe un vrai programme de lutte contre la traite. En France, l'asile devient la seule voie de régularisation car la demande

de titre de séjour pour dénonciation d'acteur de la traite au titre de l'article L. 316-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) relève de nombreuses difficultés. Ce dispositif impose qu'il y ait des suites au dépôt de plainte et le procureur ne se saisit pas toujours des plaintes, faute d'éléments ou du fait de l'ancienneté des faits. Là encore, aucun dispositif d'insertion n'est mis en place. La traite devrait entrer dans le champ du droit commun et non de l'asile.

S'interroger sur cette catégorie spécifique de protection permet donc d'interroger le cadre légal et notamment de s'interroger sur le sens de l'asile. Ce n'est pas toujours évident de faire comprendre le concept de craintes au Nigéria aux victimes car dans le cas de la traite, les craintes sont en partie en France car l'exploitation est en France. Les victimes potentielles sont en général très demandeuses d'information sur la loi, le cadre de l'asile, les possibilités de protection, le travail de la police sur des affaires de traite. Il faut ensuite réussir à passer du général à l'individuel. Il est parfois plus facile pour la personne de parler de choses générales que des choses personnelles qu'elle a vécu.

S'interroger sur la traite des êtres humains interroge également la notion de protection à laquelle, on aspire en tant qu'accompagnateur pour la personne accompagnée. L'obtention du statut de réfugié est-elle une fin en soi ? Le travail ne débute-t-il pas à compter de l'obtention du statut ? Il interroge également la qualité de la procédure et la qualité de l'accompagnement. Enfin, il révèle l'artificialité de la définition juridique de groupe social et de la catégorie de « vulnérable ».

Par ailleurs, en l'absence de structures sociales professionnelles, de suivis psychologiques et juridiques personnalisés, et en l'absence d'investissement des autorités préfectorales, policières et judiciaires sur la question de la traite des êtres humains, les critères donnant aux victimes de traite accès à une protection sont illusoire en ce qu'ils postulent que la personne soumise à des faits de traite est un sujet à même d'exprimer des choix rationnels en procédant à un bilan avantages/inconvénients des conséquences pour elle de sa coopération avec les autorités policières ou administratives.

On peut espérer que les limites incontestables de la politique menée depuis plus de dix ans dans ce domaine vont permettre que la recherche d'une plus grande efficacité incite les pouvoirs publics à aller plus loin dans les dispositifs proposés.

Question de la pudeur, de l'intime et du secret dans le récit, Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra

La question du récit illustre de façon paradigmatique l'exposition de l'intimité à laquelle sont soumis les sujets «demandeurs d'asile». Je débiterai mon propos par contextualiser les conditions (contraintes), du cadre du récit administratif puis j'essaierai d'aborder l'articulation entre ce récit administratif et le récit clinique. Enfin, je tenterai de mesurer les conséquences de cette «extimité» sur le sujet et dans la relation thérapeutique.

Le récit, cette injonction à devoir se raconter, à faire état de ses persécutions constitue la pièce maîtresse pour la demande d'asile. Le récit est une pièce à conviction, co-construit, co-élaboré avec un tiers, « formaté » dans le but de convaincre diverses instances de la réalité des craintes de persécutions. Cette injonction à parler, à se raconter doit respecter certaines règles de discours, emprunte des constructions langagières, une rhétorique particulière, et exige une grande précision des faits et de la chronologie. Les tiers aidants s'évertuent à rendre ce récit cohérent, crédible, et cela en réalité en miroir des décisions de l'Ofpra ; où les propos sont qualifiés de non convaincants, relevant des incohérences...

Cette injonction à se dévoiler, à dévoiler l'intime, se réalise dans une temporalité contrainte, marquée par l'urgence.

Se raconter, se répéter, lors de l'élaboration du récit c'est aussi s'offrir en permanence au jugement d'autrui.

Or depuis quelques décennies, on assiste à la restriction des demandes d'asile et à un glissement de la figure du réfugié héroïque vers une figure de réfugié menteur, «faux réfugié», usurpateur. Ce qui est de plus en plus évalué, interrogé dans le récit, c'est sa véracité, et les demandeurs d'asile sont sous le sceau du soupçon. On assigne alors le demandeur d'asile soit dans une position de victime ou celle de menteur, ce qui est une vision disqualifiante de la parole des demandeurs d'asile mais aussi particulièrement réductrice, quid d'un passé, par exemple, de militant ?

Dans le récit, quels moments biographiques, quels événements de vie valent statut, méritant d'être cités dans une logique de construction d'un « bon récit », mais au risque de déposséder le sujet de son histoire. Qu'est-ce qui disparaît derrière le voile du récit ?

Récit avec le risque de figer, d'enfermer dans un idéal de vérité alors que se raconter est un processus de reconstruction.

Par ailleurs, Dominique Belkis et Spyros Franguiadakis, sociologues, s'appuient sur les réflexions d'Hannah Arendt concernant la condition des apatrides et des exilés qui soulignent qu'ils sont privés de droits nationaux civiques, juridiques et auxquels il ne reste plus que leur appartenance à l'humanité « à l'état pur ». Hannah Arendt défend alors le

refus de cette « abstraite nudité de l'être humain ». Selon elle, la valeur de la vie tient aussi à son inscription sur la scène politique « être privé de droit, c'est être privé d'une place dans le monde ».

Cette nudité-là rentre en écho, en résonance avec la mise à nu qu'implique le récit.

L'élaboration du récit circonscrite dans une logique administrative, ne tient pas forcément compte de la vulnérabilité identitaire.

Vulnérabilité en lien avec la fragilité du lien à son appartenance politique et communautaire, vulnérabilité en lien avec les traumatismes mais aussi en lien avec la suspicion permanente. Ce qui m'a toujours frappé c'est la non prise en compte de la vulnérabilité psychique qui est souvent présente dans ces situations.

Le récit peut dans certain cas participer à la reconstruction identitaire par la narration, mais tout en étant inscrit dans un document figé. Une patiente irakienne chiite que j'ai suivie à l'hôpital avait pour habitude lorsqu'elle rencontrait un nouvel interlocuteur (soignant, travailleur social, juriste) de brandir son récit pour l'Ofpra, comme une carte d'identité et comme préalable à toute relation.

Pour elle, il semblait que se raconter c'était aussi tenter de se reconstruire. Récit construit avec des « je », de 5 pages, qui débutait par sa présentation de « nationalité arabe » comme si elle s'auto excluait de son pays. Ce récit véritable autobiographie débutait à l'enfance « depuis l'enfance j'ai vécu dans l'inquiétude, la tristesse et la peur ».

C'est un récit très précis sur son parcours de vie, et sur les actes décrits avec exactitude dont elle a été victime. Dans ce cas, on est dans une reconstruction identitaire au sens de l'identité narrative de Paul Ricoeur. Tout en se dévoilant, en s'exposant, en prenant le risque d'être considérée comme impudique.

D'autres fois, le récit est au contraire brut, non relié, avec des incohérences et des mensonges qui peuvent être une manière de ne pas affronter la honte ou le discrédit dans sa communauté comme par exemple lors de viols.

Une patiente Tchétchène du Daghestan cachait à l'Ofpra que son mari était russe et qu'il l'avait violentée. Elle cachait cela avec force et avait été dans l'incapacité de le dévoiler lors de son audition car un interprète compatriote tchétchène homme était présent. J'avais demandé que l'audit à la CNDA soit reporté malheureusement en vain et lorsqu'elle a pu dire à la CNDA que son mari était russe, on lui a renvoyé que son récit était incohérent.

La visée du récit administratif est d'être convaincante, ce qui est très éloigné de la relation thérapeutique où il n'y a de vérité que la vérité du sujet, la véracité du discours n'est pas notre préoccupation.

La relation thérapeutique s'inscrit dans une temporalité particulière qui est celle du temps nécessaire à la construction d'une relation de confiance et où il n'y a pas d'injonction à se dévoiler.

Par ailleurs, nous savons que les traumatismes peuvent désorganiser la pensée, brouiller la mémoire. On peut assister à des alternances d'hypermnésie (on se rappellera avec acuité d'une couleur, d'une odeur) et d'amnésie, qui perturbe le recueil chronologique.

De plus, au cœur des troubles post-traumatiques, pas toujours liés à la demande d'asile d'ailleurs (mais ici aggravés par la suspicion sociale et politique), la question de la crédibilité est prégnante.

« Va-t-on me croire ? » se demandent les patients qui ont été attaqués dans leur intimité. Et quelques fois c'est le sujet lui-même qui doute sur ce qu'il a vécu.

Dans ces situations de dévoilement de l'intimité où la violence est à tous « les étages », les soignants peuvent-êtré débordés par ces vécus. La charge émotionnelle est forte, et la question de l'injustice, de l'arbitraire peut nous faire sortir de notre neutralité. Le désespoir n'est jamais loin.

J'ai reçu récemment une patiente syrienne, qui ne pouvait s'exprimer que par des cris désespérés, m'expliquant qu'elle ne pouvait accepter l'idée que des hommes « fassent ça à des hommes, que des musulmans fassent ça à des musulmans ». La mise à nu du récit est concomitante au dévoilement brutal de la barbarie humaine, de la violence interhumaine qu'on tente de dénier.

Parfois, l'enjeu est d'accompagner cliniquement la mise en récit administratif, tout en acceptant les silences, les incohérences.

Claire Mestre rappelle que cet accompagnement peut constituer un processus thérapeutique avec la création possible d'un espace pour nommer l'indicible.

Le cadre clinique est supposé venir actualiser le passé, le mettre en discussion et lui porter du sens. Le cadre clinique, privé, peut tenter de retrouver ce qui « m'appartient », de restaurer les frontières de l'intimité. D'une intimité blessée. Le cadre clinique permet de se placer sur une autre scène lorsque le sujet est débouté et que le récit est considéré comme non crédible.

Une patiente déboutée de son récit m'interrogea « alors tout ça n'est pas arrivé ? ». Il s'agit également de travailler avec les remaniements identitaires qui peuvent éclore lors de cette épreuve narrative qu'est le récit.

Pour finir, il me semble qu'il y a un enjeu ontologique à la réappropriation d'une histoire, histoire d'une vie en dehors de considérations administratives, sur lesquelles le patient comme le clinicien n'ont que peu de prise. À la performativité du récit administratif devrait se substituer la performativité thérapeutique, permettant les conditions d'une narration de soi dans un contexte où l'intimité est dévoilée, l'identité est attaquée et où le suivi psychique est en péril.

∞ Troisième table ronde : « Quels accompagnements spécifiques aux femmes exilées ? »

Discutants : Olivier Daviet et Natacha Carbonel

Olivier Daviet, Psychologue, Vice-président de l'Association Le Caméléon, Grenoble.

« Du corps et du trop » pourrait être un titre pour cette séquence d'interventions. Il y a beaucoup à dire et une certaine urgence à le dire, à partager ainsi du difficilement partageable. Les corps sont largement convoqués dans tous les exposés, qu'ils soient le lieu de la persécution et/ou celui de la tentative de se reconnecter à soi-même. Des corps passés au crible de la technicité médicale, pour dire autrement l'horreur (et pour se mettre au service de la reconstruction), des corps investis par des systèmes de sens collectifs, des corps tableaux où se dessine la souffrance psychique, des corps devenus étrangers à son propre psychisme et des corps qu'on tente de réapproprier.

Et le trop c'est évidemment celui du trauma, qui tend à nous laisser au bord du chemin de la pensée, qui fait s'arrêter le flux des représentations, qui nous fascine et nous fait en même temps nous demander parfois ce qu'on fait là...

Ces pratiques passionnantes et malmenantes, qu'on souhaiterait toujours ancrées dans la bienveillance à l'égard des personnes venues d'ailleurs et que l'on rencontre ici, prennent place dans un contexte commun, celui de la Région. Une intensité de l'actualité, des soubresauts politiques, des questionnements philosophiques... qui ne peuvent que s'inviter dans nos pratiques.

Natacha Carbonel, Chargée de mission Orspere-Samdarra, assistante de rédaction de la revue Rhizome.

La démarche d'accompagnement à la réparation chirurgicale du GAMS Rhône-Alpes, Albertine Pabingui et Claude Mourné Jacquot

Albertine Pabingui, Coordinatrice du GAMS

Claude Mourné Jacquot, Vice-présidente du GAMS

La fédération Nationale G.A.M.S. (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) est une association laïque et apolitique déclarée à but non lucratif relevant de la loi de 1901, créée en 1982 par des femmes africaines résidant en France et des femmes françaises. Aujourd'hui, elle est administrée par des femmes et des hommes, venus de tous les horizons. Le siège social est situé à Paris. Le GAMS compte sur de nombreuses délégations et «associations-relais» en région.

Objectifs:

La lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes, aux adolescentes et aux fillettes, et la promotion de la santé maternelle et infantile en direction des populations immigrées et issues des immigrations :

- en contribuant à l'éradication des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés et/ou précoces d'adolescentes, les tabous nutritionnels, les grossesses rapprochées, la répudiation, le lévirat/sororat, etc.
- en rappelant les pratiques positives telles que le portage des enfants ; le massage des nourrissons, etc.

Actions du GAMS Rhône-Alpes–2015

Prévention

- 11 actions collectives types soirées « *projection-débat* », « *conférence* » ;
- 7 actions de formation auprès des professionnels et des étudiants ;
- 30 permanences réalisées.

Médiation

- 28 femmes ont été vues par la gynécologue-sexologue, 14 ont consulté la psychologue, dont 4 la sage-femme, 23 la médiatrice culturelle, et 8 le chirurgien. 3 femmes ont suivi le parcours complet.
- 3 demi-journées de formation auprès des équipes hospitalières ;

- Temps de rencontre avec les Réseaux de périnatalité, des associations, et des structures sociales ;
- Des réunions téléphoniques et entretiens professionnels après la consultation des bénéficiaires ;
- «*Groupe de parole* » de femmes, en projet ou en cours de réparation pour mieux les accompagner. Cette initiative a engendré un accompagnement par les pairs.

Dans notre centre de documentation sur les pratiques traditionnelles néfastes nous disposons de 5000 articles sur les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (mutilations sexuelles féminines, mariages forcés et/ou précoces, polygamie, violences faites aux femmes), des ouvrages, etc.

Siège social : 51 avenue Gambetta, 75020 PARIS

- Tel 01.43.48.10.87./06.74.16.77.38. Fax 01.43.48.00.73.
- Courriel : directrice@federationGAMS.org
- GAMS Haute-Normandie 06.30.36.42.42
06.70.83.31.73
- GAMS Champagne-Ardenne 06.32.22.79.99
06.73.43.96.33
- GAMS Nord-Pas-de-Calais/RIFEN 06.87.71.67.64
06.15.93.28.73
- GAMS Rhône-Alpes 06.59.51.05.05 / 04 72 61 13 11
- GAMSRhonAlpes@gmail.com

Mutilation Sexuelle Féminine (MSF)

- Elle consiste en l'ablation partielle ou totale des organes sexuels externes de la femme.
- Généralement pratiquée sur des fillettes dès la naissance jusqu'à l'adolescence, si ce n'est à l'âge adulte.
- Dangereuse, voire mortelle, source de douleurs et de maux indicibles : cette pratique viole les droits humains fondamentaux des fillettes, des jeunes filles et des femmes.
- Pratiquée surtout dans certaines communautés d'Afrique sub-saharienne, du Moyen-Orient, d'Asie, d'Amérique Andine mais aussi au sein des communautés d'immigrés à travers le monde..
- Actuellement interdite dans la plupart des pays européens et condamnée par un grand nombre de gouvernements africains.

- Et de nombreuses communautés à travers le monde ont abandonné, ou sont en train d'abandonner, ces pratiques.

Différents types de mutilations sexuelles :

4 types :

- TYPE I- Excision du prépuce clitoridien sans celle du gland du clitoris.
- TYPE II- Excision du clitoris avec celle partielle ou totale des petites lèvres (80 % des mutilations).
- TYPE III- Infibulation avec fermeture quasi-complète de l'orifice vulvaire avec ou sans excision (15 % des mutilations).
- TYPE IV- Autres procédés de mutilation.

Conséquences médicales

Types de complications :

En fonction du type et de la gravité des MSF, il peut y avoir des...

- Complications immédiates ;
- Complications à long terme ;
- Complications psychologiques ;
- Complications sur la sexualité.
-

Complications immédiates

Elles sont nombreuses et graves :

- Décès par hémorragie ;
- La douleur suraiguë: choc neurogénique ;
- L'hémorragie: collapsus ;
- Les plaies supplémentaires du périnée ;
- La rétention aiguë d'urines ;
- Les infections aiguës :
 - Locales : abcès, phlegmon, adénite suppurée ;
 - Généralisées : gangrène gazeuse, septicémie, tétanos ;

+ Transmission V.I.H

Complications à long terme :

Complications médicales :

- Les cicatrices chéloïdes, kystes épidermoïdes ;
- Les algies pelviennes chroniques, névrome du nerf dorsal du clitoris ;
- Complications gynécologiques: dysménorrhée, hémato-colpos, Risque de stérilité, Infections génitales ;
- Complications urinaires : incontinence, rétention d'urines chroniques, cystites, pyélonéphrites, insuffisance rénale ;
- Les fistules : vésico-vaginales, recto-vaginales.

Complications obstétricales :

Elles sont variables en fonction du type de mutilation...

- Excision :
 - Augmentation des déchirures périnéales ;
 - Obstacle à la progression fœtale ;
- Infibulation :
 - Pénétration difficile, voire impossible ;
 - Obstacle à la surveillance pendant l'accouchement :
 - ▀ Obstacle à la progression fœtale : césarienne, hypoxie fœtale
 - ▀ Rétention prolongée du fœtus dans la filière génitale : fistules = incontinence = répudiation

Complications sexuelles et psychologiques

- L'épreuve de la mutilation = anxiété, dépression... ;
- L'angoisse des rapports sexuels ;
- L'angoisse de l'accouchement ;
- Troubles de la sexualité = dyspareunie, frigidité... ;
- Et... le sentiment d'être différente.

Données socioculturelles⁷

En 2015, dans le Monde...

200 millions de femmes et fillettes subissent des mutilations génitales ;

30 millions de fillettes et adolescentes encourent le risque d'en être victimes dans les dix prochaines années

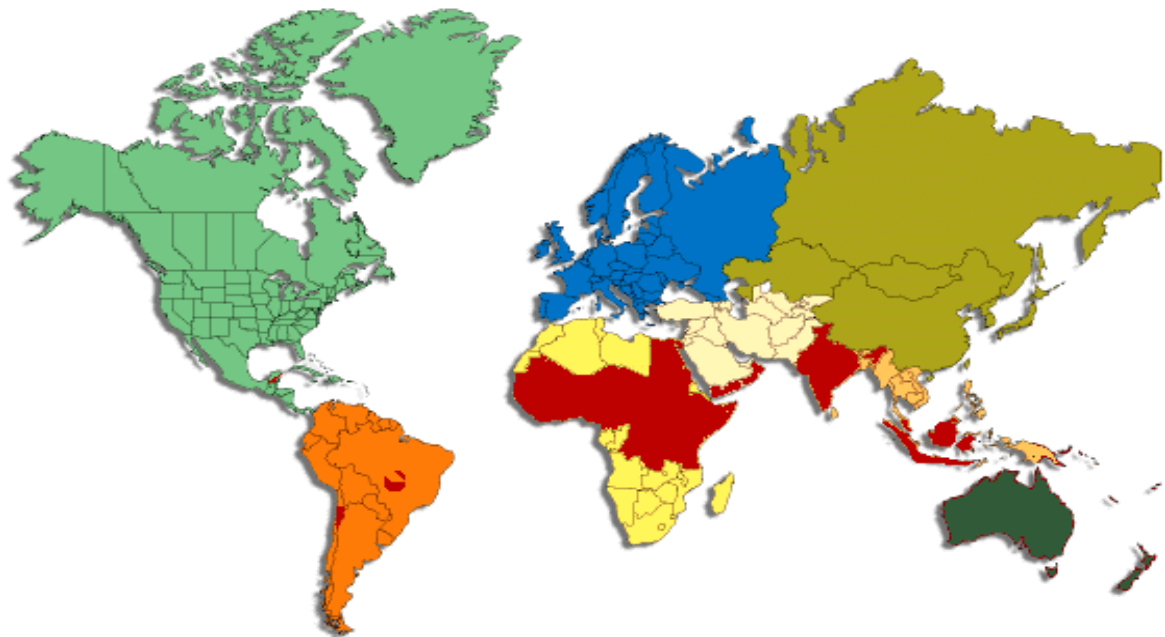
⁷ Source :UNICEF; Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

En 2015, en France...

53 000 femmes excisées.

Où ?

- Afrique Sub-saharienne et du Nord-est ;
- Asie : Indonésie, Malaisie, Inde ;
- Péninsule arabique : Yémen, Oman, Syrie, Emirats, Arabie saoudite ;
- Amérique du Sud : Pérou, Brésil ;
- Europe occidentale, Océanie et Amérique du Nord à cause des mouvements migratoires.



Répartition géographique des MSF

...En Afrique

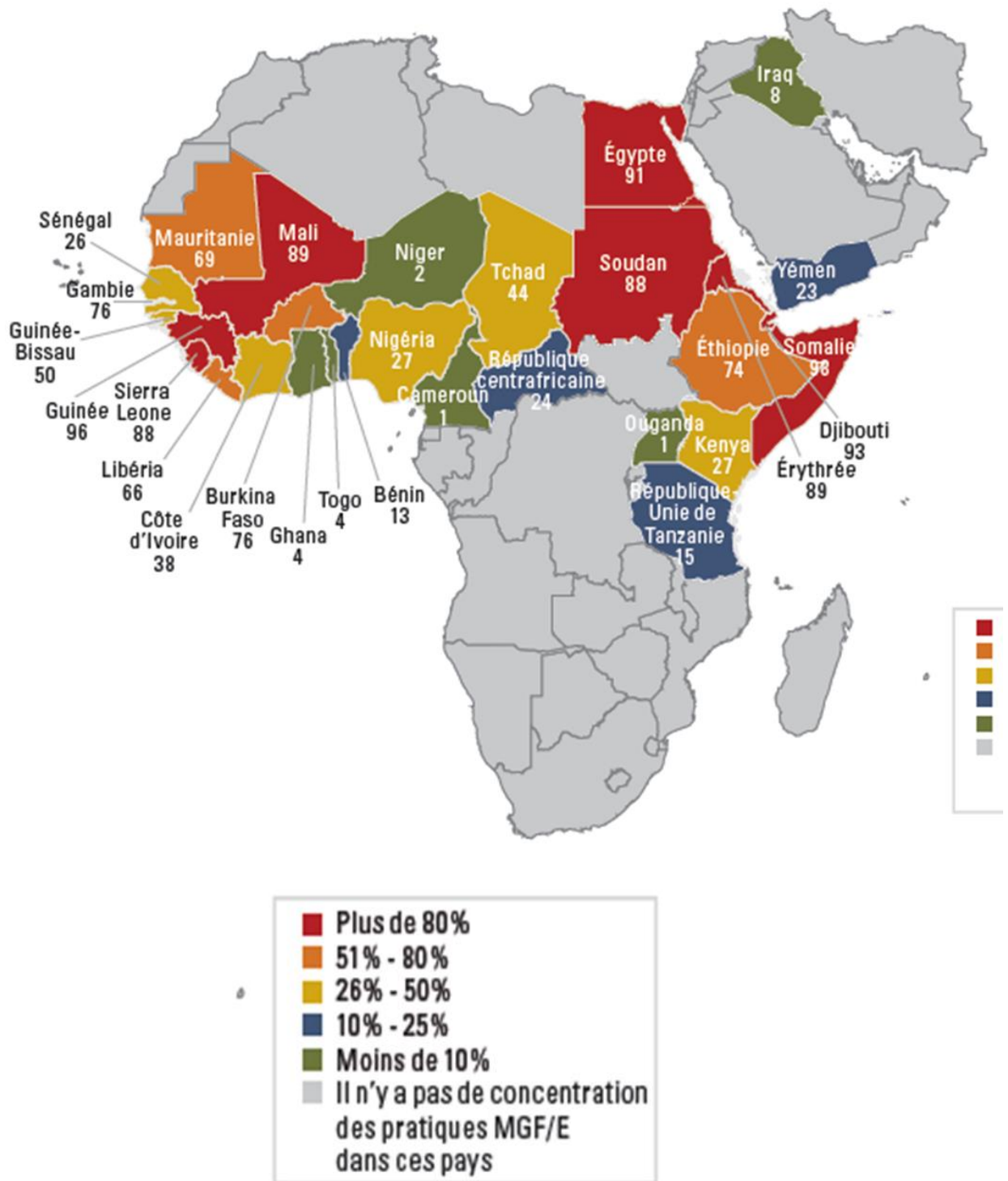
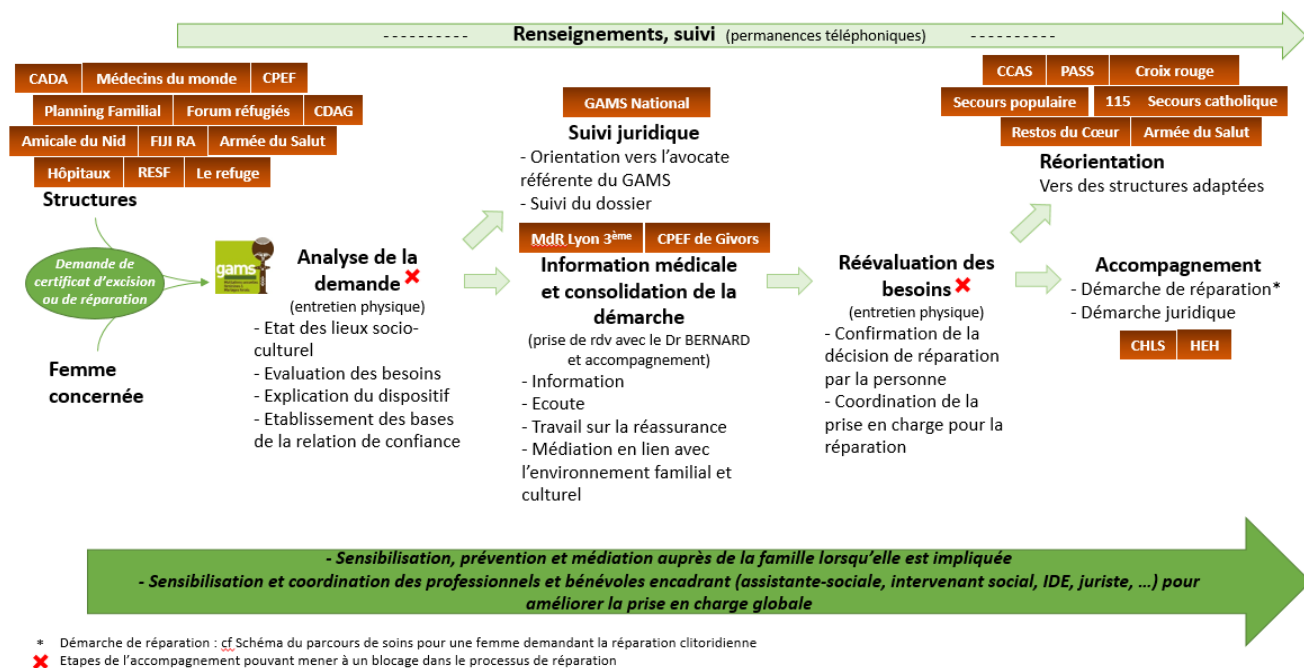


Schéma de l'accompagnement personnalisé par la médiatrice du GAMS



Actions envisageables

1. Former les professionnels du secteur social et associatif
 2. Eduquer les femmes et encourager le dialogue
 - Via les professionnels du secteur social et des associations : PMI, écoles, CMS
 - Rôle des femmes relais, adultes-relais
- ⇒ Créer des centres pluridisciplinaires à disposition des professionnels, des associations et pour la prise en charge chirurgicale.
- ⇒ Collaborer étroitement avec les associations et les médias.

Un groupe psycho corporel pour des femmes exilées en situation de prostitution, Agnès Bonneau et Sylvie Hingray-Winckel

Agnès Bonneau, Responsable de service, Travailleuse sociale, Amicale du Nid Isère

Pour vous parler de pourquoi et comment, en lien avec Le Caméléon, nous avons travaillé à construire des réponses de soutien thérapeutique auprès des femmes étrangères concernées par la prostitution, il serait nécessaire de vous apporter des éléments de contexte sur l'évolution du phénomène prostitutionnel et sur les conséquences physiques et psychiques de la prostitution, que nous résumons ci-dessous.

Depuis vingt ans, le phénomène prostitutionnel a fortement évolué. Le nombre de personnes en situation de prostitution visible a augmenté considérablement, ce sont très majoritairement des femmes étrangères. Pour l'Isère ce sont 97% d'étrangères. En 2010, la prostitution de nuit à Grenoble comptait 35 personnes de différentes origines, qui comprenaient 4 françaises et 2 hommes, dont un français. En 2015, le chiffre avait augmenté à 145 personnes, soit 2 françaises et 3 hommes.

Depuis les années 90, la migration des femmes a pris de l'ampleur. Les causes sont notamment le regroupement familial, mais aussi la recherche d'une certaine émancipation.

Les femmes qui vont être prostituées en Europe sont majoritairement candidates au départ. Certaines savent qu'elles vont être prostituées pour payer leur « voyage » mais les conditions réelles ne leur sont pas données. Elles peuvent également être trompées sur les modalités du travail qu'elles pourront avoir. L'exploitation sexuelle des femmes, la traite, a pris appui sur le développement migratoire, sur les rapports d'inégalités de sexe, de genre. La prostitution est un business, un trafic classé à quasi égalité avec le trafic des armes et de la drogue. Exploiter un humain, une fille, une femme c'est avoir une marchandise inépuisable, remplaçable, malléable etc., et c'est un moindre risque encouru pour les trafiquants.

Les exploitant-e-s sont des femmes et des hommes, le plus souvent de même origine. Les migrants-exploitant-e-s sont l'un des premiers maillons de la chaîne de violence, de coercition à l'encontre des femmes.

La prostitution est un sujet qui génère toujours des débats. Concernant la prostitution des femmes étrangères, elles sont d'abord considérées comme étrangères avant d'être regardées comme victimes de prostitution. Enfin, la prostitution est toujours regardée

pour son impact sanitaire et malheureusement qu'à travers un aspect hygiéniste (transmissions IST/VIH/addiction). Cela s'adresse uniquement aux personnes prostituées et jamais aux clients. La réduction des risques est toujours mise en avant en matière de santé pour les personnes prostituées.

Pour conduire un travail de santé publique constructif et valide, pour aider au mieux les personnes prostituées, il nous semble nécessaire de prendre en compte la prostitution comme un système qui inclut la personne prostituée, le client de la prostitution, le proxénète, le regard de la société et le cadre légal/juridique. À défaut de ce positionnement, la responsabilité vient incomber uniquement à la personne prostituée. Cela peut favoriser une certaine légitimation et banalisation de la prostitution et invisibiliser les causes des violences et des comportements inadmissibles émanant des autres acteurs ; de connaître les répercussions et les conséquences sanitaires de la prostitution sur les personnes. Il a été démontré que la prostitution est un continuum de violences, une violence en soi. Les violences et leurs conséquences sont la première cause de mortalité et de morbidité chez les personnes en situation de prostitution. Ces conséquences ne font l'objet que de trop peu de prise en charge. Enfin il est nécessaire aussi d'intégrer le cadre législatif territorial qui va forcément structurer et conduire la manière dont les intervenant-e-s vont pouvoir prendre en charge les personnes en situation de prostitution.

Nous observons des facteurs fragilisants qui déclenchent le processus d'entrée dans la prostitution identiques pour les personnes françaises et étrangères. Ce qui se rajoute ce sont les modes opératoires des trafiquant-e-s en fonction des pays d'origine et de destination.

La prostitution est un milieu où la violence est omniprésente, la possibilité de repères structurants est improbable, où les repères peuvent être enfermants. Cette violence peut être exercée physiquement ou psychologiquement par les proxénètes, les réseaux, les clients, des personnes prostituées entre elles, la violence sociale. La répétition, la fréquence et la diversité de ces formes de violence provoquent des traumatismes et laissent des marques sur le plan physique, psychologique et sexuel. Face aux violences subies, la banalisation constitue pour les personnes prostituées un mécanisme de protection, elles opèrent une dissociation entre leur corps prostitué et leur psychisme. Les personnes prostituées ont en général des difficultés à verbaliser et à évaluer leurs problèmes de santé. Elles peuvent être dans le déni, la dévalorisation du corps et de son image. Elles entretiennent très souvent un rapport très particulier avec leur corps : désinvestissement par assujettissement, décorporalisation, dissociation, résistance à la douleur... Ce désintéressement du corps entraîne l'aggravation de symptômes, de maladies, d'états dépressifs ; favorise des pathologies, des conduites addictives (alcool et/ou stupéfiants et médicaments), aux risques de contamination (IST/VIH,...) Ces troubles entraînent des douleurs diffuses, ou localisées (souvent abdominales ou génitales), ne pouvant pas être

expliquées au niveau physiologique, de nombreuses phobies, un retrait affectif, des troubles du sommeil, une fatigue chronique, des troubles de l'attention et de la concentration très préjudiciables pour mener à bien une vie personnelle, sociale et professionnelle. Elles sont très souvent dans une ambivalence de discours, de plaintes, de conduites. Elles ont beaucoup de difficultés à préciser leurs choix, leurs sentiments, leurs ressentis. Le comportement reste hésitant, paradoxal, bizarre et incompréhensible.

De par leurs parcours migratoires, leurs situations précaires en France, la prostitution, et pour beaucoup l'exploitation, la traite les femmes vivent une souffrance psychologique qu'elles intègrent, et qui transparait régulièrement sous forme de troubles psychosomatiques pouvant aller parfois jusqu'à une décompensation psychique. Les personnes ont vécu ou vivent de situations d'emprise où toute affirmation de soi en acte ou en parole est réprimée ou interdite. Elles ont été ou sont considéré-es par un autre comme un objet, une marchandise (ce qui est le cas pour toutes personnes prostituées). Les personnes vivent ainsi des expériences dénuées de sens, incompréhensibles et impossibles à communiquer. Ces situations d'une violence particulière engendrent des effractions psychiques contre lesquelles les personnes victimes vont mobiliser inconsciemment des systèmes de protection internes (déli, refoulement, isolation, clivage ...) et externes : la relation à l'autre sera modifiée (évitement, soumission, agressivité...). La perception de la réalité peut être affectée (perte de repères temporels et spatiaux, confusion de lieux, de temps, de personnes, etc...).

Ces violences incompréhensibles, impensables, entraînent une effraction et une sidération du psychisme. Elles paralysent et entraînent une dissociation. Elles « construisent » une mémoire traumatique. Face à un stress ou à une situation, la mémoire traumatique est « réveillée ». Les personnes activent leurs systèmes de protection qui sont comme une sauvegarde pour échapper à un risque vital. Elles se sentent constamment en insécurité et dans l'autoprotection. Elles deviennent hypervigilantes et mettent en place des conduites de contrôle et d'évitement de tout leur environnement, de tout ce qui peut rappeler les violences même inconscientes, comme un stress, des émotions, des douleurs, des situations imprévues ou inconnues... mais aussi un contexte, une odeur, une voix... Ces situations très anxiogènes sont vécues dans un contexte d'isolement réel et imaginaire :

- Le secret imposé par la situation vécue leur interdit d'être en contact avec leurs proches ou leur entourage. Cette pression est parfois exercée par le réseau sous une forme d'emprise spirituelle qui renforce parfois les troubles psychiques.
- La méconnaissance de la langue, du lieu et des codes du pays.
- La confusion, ou la perte, de repères concrets et symboliques.

Les troubles indiqués peuvent qualifier un Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT, ou en anglais Post Traumatic Stress Disorder, PTSD).

Les personnes prostituées sont en général dans une difficulté d'inscription dans le soin. Leur seuil de tolérance à la douleur est élevé car le corps est anesthésié, la violence et la souffrance sont intégrées, banalisées. Elles demandent encore moins des soutiens thérapeutiques. Pour certaines cela signifierait qu'elles sont « folles » ou totalement inadaptées. Pour les femmes africaines, qui croient en la sorcellerie, cela signifierait qu'elles ont rompu leur promesse : le pacte passé lors de la cérémonie « juju » (qui fait référence à l'ensorcellement ou à magie noire), qui a été pratiqué sur elles à la demande de leur exploitant proxénète et qu'elles doivent en « payer le prix ».

La question de l'accès aux soins psychologiques ou psychiatriques pour les personnes en situation de prostitution est réellement problématique. Cela s'explique notamment à cause d'une certaine crainte que peuvent avoir certaines femmes à l'égard des institutions médicales qui connaissent peu le milieu prostitutionnel, mais aussi par leur méconnaissance des dispositifs, due à leur isolement relationnel. Il existe un besoin mal formulé en termes de demande, ainsi que des possibilités et des réponses inadaptées. Pour les personnes étrangères, cet accès aux soins est d'autant plus complexe. La PASS précarité psychiatrique répond en partie à ces besoins, ainsi que quelques rares médecins psychiatres en libéral anglophones et, de moins en moins, le service de victimologie. Compte tenu des obstacles à l'accès aux soins psychiques, nous avons cherché comment répondre aux besoins de soins des personnes. Comment traiter la non-demande ? Comment permettre l'accès aux soins aux femmes étrangères et exploitées, prostituées, dont certaines sont non francophones et avec des droits minorés ? Il nous paraissait nécessaire que les soignant-e-s aient des connaissances sur la migration, qu'ils-elles soient en mesure de travailler avec des interprètes, qu'ils-elles puissent proposer une certaine adaptabilité face à une patientèle dans l'ambivalence et enfin qu'ils-elles soient sensibilisé-e-s aux conséquences de la prostitution.

Le Caméléon a accepté le challenge, proposant des suivis psychologiques en individuel, avec possibilité d'interprétariat. La facilité de prise de rendez-vous sans conditions de paiement, de droit, dans un délai court sont des points essentiels. Mais l'inscription dans un suivi individuel, ne serait-ce qu'à moyen terme, est toujours difficile pour les personnes. Nous constatons que les personnes ont une difficulté à aller et à s'inscrire dans le soin, qu'il soit physique ou psychique. L'un des problèmes est un vécu d'instrumentalisation du corps que l'on ne fait que réparer quand rien ne va plus (absence de ressenti corporel). Nous avons mis en réflexion la possibilité de groupe de soutien dont la forme restait à définir, ne pas être dans un rapport duel soignant/patient et pouvoir se retrouver avec des « pairs » semblait être un levier intéressant. Le groupe à médiation corporelle est né de cette idée de travailler sur le réinvestissement du corps, se reconnecter avec des sensations corporelles sans se raconter. Pour l'équipe d'AdN, il

était nécessaire de bien s'approprier les modalités de cette proposition de soin afin de pouvoir la proposer aux personnes. En effet, c'est l'équipe et plus particulièrement l'infirmière qui est en contact avec les personnes, qui est en mesure d'évaluer et de repérer leurs difficultés. Elle échange également avec elles sur les possibilités de soins. C'est un travail de confiance qui s'opère avec les personnes.

Dans le groupe, les femmes y retrouvent d'autres personnes qu'elles ont croisées dans le service ou sur les trottoirs. Cette rencontre vient déjà leur signifier qu'elles ne sont pas seules à être en difficulté, à souffrir des conséquences de la prostitution. L'un des points essentiels est que nous veillons dans nos orientations à éviter des confrontations entre femmes qui sont potentiellement en conflit. Les femmes qui se sont inscrites dans ce groupe ont toutes pu faire part de bénéfices qu'elles en ont tiré ne serait-ce qu'en disant « ça fait du bien ». Cette offre de soin est pertinente et nécessitera des ajustements, des réadaptations. C'est ce travail de perpétuelle recherche, de propositions d'étayage et de réajustement que nous tâchons de faire. Par exemple, le CLSM a organisé une rencontre entre plusieurs services concourant aux soins psychiques. Cette rencontre nous a permis de rencontrer de potentiel-le soignant-e intéressé-e par la construction d'une réponse d'aide. Nous explorons d'autres alternatives avec le réseau grenoblois récent « Stop aux violences sexuelles ». L'offre de soin aux victimes de trauma est essentielle. Les personnes qui ne sont pas inscrites dans le soin gardent de profondes séquelles. Pour mener ce travail vers le soin il faut être en capacité d'identifier une victime.

Sylvie Hingray-Winckel, Psychomotricienne, membre de l'association Le Caméléon

L'association grenobloise Le Caméléon a été fondée il y a 4 ans, par trois psychologues et une psychomotricienne, dans le but de concevoir, promouvoir et proposer des dispositifs d'écoute, d'expression, de soutien aux personnes en situation d'exil et ce, à travers des entretiens individuels, avec interprète si besoin et des groupes à médiation.

C'est dans ce contexte que l'Amicale du Nid a fait appel à nous, d'abord pour des suivis individuels. Puis nous avons ensemble, l'an passé, co-imaginé un groupe à médiation corporelle, à partir de la nécessité de prendre en compte le corps, dans sa réalité physique et ses liens avec le psychisme, les plaintes somatiques récurrentes, vécus de stress post traumatiques, violences.

Nous avons convergé vers la nécessité de trouver comment offrir des modalités d'étayage – sur le corps, sur le groupe – visant à soutenir la restauration narcissique et les capacités de lien intrapsychique de femmes dont la vie psychique était souvent organisée par les clivages : corps-psyché, vie privée et activité prostitutionnelle.

Ainsi est née la proposition d'un groupe psycho-corporel, avec les objectifs suivants :

- permettre à chacune des participantes de renouer avec ses sensations corporelles, de ré-investir son corps, au-delà des souffrances liées aux histoires singulières (migration, prostitution, violence) ;
- contribuer à des réaménagements de la sphère psycho-corporelle, dans ses dimensions somatiques, imaginaires et symboliques.

Il s'agissait de permettre l'écoute des douleurs somatiques, de favoriser une parole sur les éprouvés corporels, dans un climat de partage, de confiance, sans jugement.

Ce groupe a débuté en mai 2015.

Notre collaboration avec l'Amicale du Nid s'est définie ainsi : l'infirmière qui connaissait bien les femmes, s'est chargée de repérer pour elles l'intérêt à venir dans ce groupe et à leur en faire la proposition (*par exemple, plaintes somatiques récurrentes mais aussi impossibilité ou refus de bénéficier d'une aide psychologique*). Nous étaients transmis quelques éléments de cette indication, sans que nous ayons besoin de connaître l'âge, l'origine, le statut, l'histoire d'exil ou de prostitution.

Nous étions d'accord sur le fait d'ouvrir ce groupe à des femmes autres que celles suivies par l'Amicale du Nid. Ainsi une jeune femme, adressée par un des psychologues du Caméléon, qui la rencontrait dans le cadre d'un partenariat avec une autre association, a participé aux 6 premières séances (tout en continuant les entretiens psychologiques.)

Le cadre du groupe : une durée d'une heure, à un rythme bi-mensuel, dans un espace mis à disposition par la Maison des Habitants du quartier Chorier-Berriat, à Grenoble : lieu social, inscrit dans la cité.

Le contenu du groupe : il s'est construit au fur et à mesure des séances selon un déroulement fixé ainsi : accueil, temps d'éveil corporel avec exploration de ses appuis puis mise en relation inter personnelle à travers le mouvement, avec ou sans objets supports, ensuite temps de retour au calme, et rituel de fin. Un temps de parole bref, clôt la séance. La musique nous accompagne tout le long de la rencontre, à valeur d'enveloppe sonore et contenant. Je montre et fais en même temps que les participantes, et guide davantage l'une ou l'autre si besoin. Je reste cependant attentive à adapter ce dispositif en fonction des besoins qui se disent ou selon les douleurs ou souhaits exprimés.

Les premières séances, l'infirmière qui accompagne ces femmes jusqu'à la Maison des Habitants, reste et participe. Peu de temps après, pendant son congé maternité, je suis seule. À partir de janvier 2016, je demande à Christine Jakubowicz, psychologue, de co-animer avec moi. Son engagement –corporel et psychique –à mes côtés, est un étayage à ma disponibilité et sa formation de psychologue groupaliste est une ressource d'analyse précieuse.

L'intérêt et les effets de ce groupe

Les effets psycho-corporels

Un des premiers effets se concrétise à travers le nom trouvé à ce groupe, à l'issue de la première séance. Alors que je demande aux 5 participantes comment nous pourrions nommer ce groupe, l'une d'elle répond « Zero stress », immédiatement approuvée par les autres. Toutes expriment alors le bien être ressenti. Les plaintes somatiques signalées au début de la séance ont disparu. Un effet presque magique, mais qui s'explique par leur investissement rapide de la situation, et groupale et corporelle.

J'accorde beaucoup d'importance à la question de leurs appuis. Nous voyons bien souvent ces femmes arriver dans l'espace de la salle en cherchant un endroit où s'appuyer, en se collant, raidies, à un mur, un radiateur, dans l'impossibilité de se tenir seules, de se tenir dans l'espace de la salle. Je fais le lien avec leurs histoires, que je ne connais pourtant pas, mais qui se racontent dans cette mise en forme du corps en tension, cette impossibilité d'habiter l'espace ; en effet comment garder pied dans un univers inconnu, sans statut et qui plus est, aux prises avec les violences faites au corps ? J'instaure des situations corporelles où ces femmes peuvent trouver l'occasion d'être soutenues, d'elles-mêmes, d'un objet ou de l'autre pour réveiller leur axialité, celle qui permet de s'ériger, tenir debout, aller dans le monde. Par exemple, je leur propose régulièrement, notamment quand de nouvelles venues arrivent, de s'auto-masser avec un ballon souple situé entre leur propre dos et le mur. Elles trouvent là, à la fois une occasion de se déposer, de laisser aller leur poids via cet objet rond et souple, et celle de se masser, de se reconnecter à leurs sensations, avec un objet malléable qui s'adapte à leurs besoins. Elles demanderont l'an passé, à la dernière séance avant l'été, comment se procurer un ballon qu'elles emmèneront chacune chez elles et utilisent depuis.

Au fur et à mesure des propositions corporelles, elles gagnent en mobilité, fluidité et peuvent investir l'espace alentour à partir de leur propre corps qui s'anime. Elles se redressent, les ceintures scapulaires verrouillées s'assouplissent. Les visages tendus, voire inquiets au départ se transforment.

Elles tissent des liens entre les séances, établissant une continuité temporelle mais aussi une continuité de sensations, qui peuvent persister, se relier, s'intégrer. Nouvelles sensations qui viennent en place des multiples défenses sensorielles à type de tensions, carapaces, douleurs qui font écran, barrages dans leurs corps. Par exemple, pour présenter le groupe à une nouvelle venue, l'une des participantes a montré un auto-massage du visage fait quelques semaines auparavant, expliquant le faire chez elle.

Les effets de la dynamique groupale

La participation à ce groupe constitue un engagement dans un processus car le groupe vise à permettre à chacune d'accéder, à son rythme, à la possibilité de remobiliser des affects trop douloureux, souvent évacués, d'une part en accueillant la parole rapportée

aux sensations et éprouvés, d'autre part par l'instauration d'un climat d'échanges bienveillants et un étayage mutuel des participantes.

Les contacts réciproques deviennent possibles : s'offrir un massage, s'appuyer contre le dos d'une autre, trouver un équilibre à deux, s'accorder dans un mouvement dansé fluide ou rythmé avec ou sans objet médiateur. La parole, les sourires circulent. Les vécus corporels sont partagés.

Conclusion

Cette collaboration associative montre tout son intérêt, à travers le souci que nous avons de part et d'autre, de veiller à permettre l'accueil des souffrances, douleurs, histoires singulières, qui se disent dans, à travers le corps, et trouvent, là, à se transformer. Notre tâche est de veiller à instaurer et préserver un cadre fiable et stable, pour que la dynamique groupale porte ses effets et que chacune puisse y évoluer de manière singulière, malgré le groupe inconstant dans son nombre et sa composition, malgré la discontinuité psychique et corporelle des participantes.

À nous, ensemble de porter et de penser ce groupe et chaque personne qui y participe, dans sa singularité, et au plus juste de ses besoins.

La collaboration entre l'Amicale du Nid et Le Caméléon à cet égard reste un élément indispensable :

- pour penser les indications et pour évaluer l'impact sur les participantes, le partage des informations, l'inscription du dispositif dans le parcours des personnes, ses effets ;
- pour s'assurer de la sécurité et continuité du groupe en préparant l'arrivée de nouvelle(s) venue(s).

Vignette clinique

Sylvie Hingray-Winckel, Psychomotricienne, membre de l'association Le Caméléon

Christine Jakubowicz, Psychologue, membre de l'association Le Caméléon

Il s'agit de décrire le processus d'une des jeunes femmes, Demy, que nous avons accompagnée sur 16 mois, soit 10 séances entre mai et décembre 2015 et 16 séances de janvier à septembre 2016.

Au travers de cet exemple nous préciserons certains aspects du dispositif et de son évolution. Nous terminerons sur les questions que soulève pour nous ce groupe.

Sylvie Hingray-Winckel : Lors de la première séance, Demy, jeune femme plutôt souriante, arrive et s'appuie d'emblée contre le radiateur. Elle exprime, en réponse à ma demande, avoir mal « dans le bas du dos et avoir mal à la tête ».

Je propose un « réveil du pied » en roulant le pied sur différents matériels, ce qui suscite des réactions de cette partie du corps qui concentre la notion d'appui et qu'on peut relier à celle d'enracinement.

Demy ne dit rien à ce moment-là mais quand il s'agit de rouler un ballon-paille entre son propre dos et le mur, elle fait une vraie découverte, qui se traduit par une mise en mouvement rapide, aisée, et des essais à se retourner contre ce ballon ; elle sourit, son visage rayonne ; elle échange alors avec les autres. Elle se laisse aller de manière plus souple au mouvement.

À la fin de la séance, alors que je rappelle que ce groupe n'a pas de nom et demande des idées de leur part, Demy propose « Zéro Stress », qui reçoit l'aval de tout le groupe. Lors de cette séance inaugurale, je perçois la réserve de Demy et aussi son besoin conséquent d'appuis ; durant plusieurs mois, elle recherche d'emblée cet élément en arrière-plan, fiable et solide. Le ballon souple et malléable lui offre lui, outre la possibilité de se masser seule, d'aller à la découverte de nouvelles sensations, qui s'inscrivent dans l'ici et le maintenant du corps, et la dynamisent. Elle dit à la fin de la séance « je n'ai plus mal au dos, ni plus mal à la tête ». Les douleurs ont été évacuées par le plaisir découvert dans cet auto-contact.

Toutes souhaiteront pouvoir disposer pour l'été d'un tel ballon à utiliser chez elles. Chacune en achètera un.

Leur investissement, leur installation dans ce dispositif, où les regards et la parole s'échangent librement, sans crainte de jugement, l'expression visible de leurs besoins d'appuis externes pour (re)trouver leur axialité et leurs appuis propres, confirment la pertinence de poursuivre l'expérience.

Nous décidons, après ce constat positif de continuer ce groupe qui reprend dès septembre 2015 à la même fréquence. Aline, l'infirmière participe jusqu'au début du mois d'octobre, puis est en congé maternité. Sylvie Hingray-Winckel anime alors seule

pour trois mois ce groupe.

Sylvie Hingray-Winckel : Première séance après l'été. Elles sont 3. Je repropose le réveil du pied sur un support connu mais Demy spontanément met le ballon-paille dégonflé sous le pied et se masse ; elle n'exprime alors aucune douleur. Puis en passant le ballon sur son visage, sa tête, son bassin, ses jambes, elle ressent comme un vertige. Si la posture verticale peut l'avoir mise à mal, on peut aussi faire l'hypothèse que la réorganisation des tensions permise par cette proposition l'a faite vaciller dans ses appuis habituels, organisés plutôt par une tension musculaire.

Nous nous installons toutes au sol pour un temps d'accordage postural à deux : dos à dos, un ballon entre les dos. Demy découvre qu'elle peut laisser aller sa tête en arrière ; et de fait relâche ses épaules d'ordinaire bloquées.

Ce sont d'importants changements que de se percevoir autrement que caparaçonnée dans ses tensions protectrices.

Le contenu du groupe se construit au fur et à mesure des séances selon un déroulement fixé : accueil, temps d'éveil corporel, puis exploration de ses appuis, seule et en relation, avec ou sans objets supports, mise en relation et expressivité dans le mouvement, puis temps de retour au calme et rituel de fin pour se dire au revoir, clôturer la séance. La musique nous accompagne tout le long, à valeur d'enveloppe sonore et de contenance. L'animatrice est cependant attentive à adapter ce dispositif en fonction des besoins qui se disent à propos de douleurs ou de souhaits. Les effets psycho-corporels sont notables : relâchement, disparition des plaintes somatiques exprimées en début de séance, détente des visages et des démarches.

En ce qui concerne la dynamique groupale : les relations s'installent grâce aux échanges autour des ressentis, ou par des temps de contacts/touchers avec ou sans objet médiateur. La contenance opère par la prévenance et la bienveillance réciproques.

Dans ce but, la psychomotricienne qui a poursuivi seule jusqu'en décembre évoque avec l'Amicale du Nid la nécessité de penser un dispositif en co-animation avec une psychologue du Caméléon afin de mieux assurer l'objectif de contenance groupale, avec l'idée d'une possible élaboration verbale au-delà des éprouvés corporels. C'est ainsi que Christine Jakubowicz rejoint le groupe à partir de janvier 2016. Un dispositif est imaginé autour d'un jeu d'images pour aller plus loin dans ce que peuvent dire les participantes autour de leur vécu mais ne pourra pas être mis en place, au vu de la fluctuation du groupe et des besoins perçus.

Christine Jakubowicz : Nous savons l'importance des changements dans tout groupe. Cette séance de janvier est celle d'un nouveau départ. Les participantes (2 dont Demy) ont été prévenues de l'arrivée d'une psychologue. Sylvie introduit la séance en me présentant. Je complète et j'énonce que nous pourrions utiliser un jeu d'images, qu'elles pourront voir (mais nous n'aurons pas le temps). Chacune est sollicitée sur ce qu'elle ressent, moi y compris, car c'est la règle que nous

nous sommes donnés. Je ne suis pas pure observatrice. Je me rends compte que cette participation rend le travail d'observatrice plus difficile, même si c'est aussi le cas de Sylvie qui elle, anime ET observe.

Sylvie Hingray-Winckel : Séance du 8 janvier 2016. Première présence avec Christine J. Demy est seule.

Nous reprenons une séquence déjà faite précédemment de passer le ballon-paille sur son visage. Demy a la tête en arrière, yeux fermés ; cette séquence nous paraît vécue de manière très auto-érotique, en écho à l'aspect sensoriel de la matière du ballon, mais aussi par le lieu du corps : le visage. Lorsque nous faisons rouler le ballon en appui sur le dos contre le mur ; Demy est en terrain connu, facile et c'est aussi une manière de partager avec Christine J. une expérimentation qu'elle connaît bien.

Dans les séquences qui suivent où nous cherchons à nous repousser du mur, Demy perd vite l'appui des bras et elle dit « avoir mal aux muscles » ; elle ne trouvera pas comment faire durant la séance.

Pour pouvoir se repousser ou repousser l'autre, il faut pouvoir disposer d'une base de sécurité – des appuis en soi - suffisamment solides. On peut supposer que les épreuves traversées par Demy ont entamé ses capacités.

Nous terminons par un temps d'accordage à trois pour finir ensemble, en cercle, nos paumes de mains dans celles de la voisine. Nous nous poussons mutuellement, à l'écoute d'une manière de trouver un ajustage corporel et postural. Demy ne résiste guère d'abord et nous adaptons la force de la pression car elle doit fermer les yeux et menace de tomber en arrière si nous ne la retenons pas.

Mais elle réussit ensuite à repousser avec plus de conviction en s'appuyant davantage sur moi ; Nous apprendrons par la suite que dans ses démarches, elle a bien du mal à se positionner. Cependant nous constatons qu'elle s'essaie à le faire, malgré cette nouvelle configuration groupale.

Christine Jakubowicz : Dans la séance du 8 janvier, les deux participantes sont d'abord attentives à mes gestes puis elles se détendent par rapport à ma présence. Demy montre un certain « accrochage visuel » mais Sylvie Hingray-Winckel précisera que cela va beaucoup mieux qu'au début du groupe. Elle m'adresse à la fin des regards francs et souriants.

Globalement je me fais la réflexion que la contenance que nous assurons ainsi auprès de Demy lui est utile, elle est de plus en plus tranquille. Mon sentiment de n'être pas à ma place, ou de ne pas pouvoir proposer autre chose s'estompe. Ce que note Sylvie HW dans le compte-rendu de la séance du 1^{er} avril. Elle se dit aussi plus à l'écoute de ce que je dis, fait remarquer, ou met en œuvre pour l'intégrer dans la dynamique à l'œuvre.

Séance du 13 Mai : Demy auprès de qui nous avons insisté la dernière fois pour qu'elle vienne malgré un rendez-vous qui l'inquiétait ce jour-là, arrive très souriante et nous lui faisons part de notre bonne surprise de la voir. Nous présentons F. (une nouvelle

participante) et chacune par son prénom. Nous redisons à Demy où nous en sommes et je lui propose de dire comment elle vit ce groupe, ce dont elle s'acquitte avec plaisir et aisance, montrant sur son visage comment elle refait chez elle des massages « sans crème » et que cela lui fait du bien « ailleurs que dans le groupe ». Comme F. parle d'une épaule douloureuse, Demy dit ne plus se souvenir de sa douleur localisée il y a presque un an dans son omoplate gauche. Puis, incitée par Sylvie Hingray-Winckel elle explique les massages du visage, nez, lèvres, oreilles, très explicite, précise dans ses localisations et consignes. En douceur Sylvie Hingray-Winckel peut prendre le relais.

Demy semble là franchir un pas, prendre une « autorité » que nous ne lui connaissons pas. C'est peut-être justement le chemin de la perception qu'elle a retrouvée, intégrée et c'est de là qu'elle s'appuie pour dire et montrer, depuis elle à l'autre : position mimétique étayante ; dans la confiance de la relation que ce groupe génère, Demy s'affirme, alors qu'à nouveau le groupe a évolué.

Sylvie Hingray-Winckel : Séance du 27 mai. Demy est seule participante. Demy s'assoit contre le mur, se laissant plutôt tomber au sol, le regard ailleurs. Elle semble retenir des larmes en continuant d'afficher son sourire. Christine Jakubowicz. s'inquiète de comment elle va et Demy refuse nettement de parler de ce qui ne va pas. Un temps de détente semble opportun, ainsi qu'un travail sur la respiration que Christine Jakubowicz. suggère. Demy va pouvoir, grâce au ballon posé contre son thorax, être à l'écoute de sa respiration puis laisser son souffle expiré, de plus en plus. Lorsqu'elle s'allonge par la suite, je dois la guider pour qu'elle aligne son corps qui apparaît complètement incurvé d'un côté, sans qu'elle en ait conscience. Comme si elle n'avait pas accès à une capacité de se percevoir. Elle ne semble pouvoir être présente à elle-même et elle va presque disparaître dans le temps de relaxation, peinant à rester éveillée, prête à sombrer dans le sommeil.

Nous ne pouvons qu'accompagner, dans la proximité, cet état de corps et de psychisme. Un mois après, Demy apparaîtra toute autre, s'installant sans hésitation, trouvant seule des expérimentations corporelles jusqu'alors jamais explorées. Elle pourra profiter d'un temps de détente et en sortir aisément. Elle montre alors pouvoir disposer d'une liberté d'action et d'initiative, en faisant ce qu'elle sent bien pour elle.

Demy a beaucoup évolué entre son attitude des premiers temps, plutôt souriante mais distante ou trop exubérante, pour aller vers une écoute plus différenciée d'elle-même et de ses sensations. Elle a changé sa manière d'habiter son corps, elle peut mieux respirer, a appris à souffler, elle se montre moins désorganisée, chancelante et trouve des appuis auprès des autres, elle peut prendre la parole, et apprécie de se mettre en mouvement... comme si tout ce travail de réveil sensoriel lui avait permis de se reconnecter à ses sensations propres, dans l'ici et le maintenant de la séance et de son corps auquel elle semble se reconnecter avec plaisir, dans la confiance qu'elle nous fait.

"Re"construction d'une inscription à partir d'un groupe de parole en CADA, François Tarrissan

François Tarrissan, Psychologue Pass Psy, Vienne

Je vais tenter de vous présenter aujourd'hui comment peut se mettre en place la construction d'une inscription à partir d'un groupe de parole en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile.

Pour ce faire, je vais d'abord revenir sur la construction de ce dispositif, puis vous présenter une vignette clinique, pour enfin vous proposer quelques éléments de notre réflexion quant à ce dispositif et ce qu'il peut apporter aux participants.

Présentation du dispositif

Pour comprendre la mise en place de notre dispositif, je voudrais dire quelques mots du mode de fonctionnement de notre équipe. Je travaille donc à ELIPS, équipe qui regroupe une Pass Psy et une EMPP. Une partie de nos missions est de permettre l'accès au soin psychique pour les personnes qui n'y ont pas accès.

Dans le cadre de l'élargissement d'ELIPS (arrivée de la Pass Psy en 2012), nous avons souhaité étendre notre territoire d'action au sud de Vienne, notamment au péage de Roussillon où se trouve un CADA.

Après une première rencontre avec les professionnels du CADA dans le courant de l'année 2013, nous avons dû imaginer un dispositif pour travailler avec cette structure. Élaboration difficile car sur 130 résidents, les professionnels estimaient alors à 120 le nombre de personnes en souffrance psychique, ce qui rendait impossible une prise en charge individuelle pour chacun.

Après réflexion et de nombreux échanges avec les professionnels, il nous est apparu que le plus cohérent était de proposer un travail de groupe, à intervalle régulier, avec un jour et un horaire fixe, afin de permettre, entre autre, un bon repérage de notre passage sur le CADA et d'inscrire notre présence dans cette structure.

Nous avons aussi établi que nous ferions ce groupe en binôme de 2 professionnels d'ELIPS, car c'est notre façon de travailler mais aussi pour permettre aux participants de profiter de l'expertise de 2 professionnels de fonction différente. Après une période d'ajustement, c'est maintenant un binôme composé d'un psychologue et d'une infirmière d'ELIPS qui se rend au CADA toutes les deux semaines.

Nous avons aussi tenu à ce qu'un travailleur social du CADA soit présent avec nous, afin de faciliter le lien entre les résidents du CADA et cette équipe "psy" qu'ils ne connaissent pas. Étant donné le turn-over important au sein de cette structure, il était essentiel de laisser ce groupe ouvert à chaque résident qui voudrait venir, sans obligation de présence d'une fois sur l'autre.

Ce groupe est mixte, réservé aux adultes, et aux personnes francophones, même s'il s'est avéré que cette condition est difficile à tenir. C'est un groupe de parole libre, sans thème, où tout peut être dit, dans le respect de l'autre et de sa parole, et où ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe, cela s'appliquant aussi bien aux résidents, à nous-mêmes, qu'au travailleur social présent.

Ce groupe peut durer 2 heures, il se déroule dans la salle d'animation du CADA, au rez de chaussée, dans une pièce que nous aménageons un peu à chaque fois: nous mettons les tables dans un coin, et plaçons une dizaine de chaises en cercle au centre de la pièce. Puis le travailleur social et l'un des professionnels d'ELIPS "montent" dans le bâtiment, afin de présenter le groupe aux résidents que nous croisons et qui n'ont pas forcément connaissance du dispositif.

Présentation d'une vignette clinique

La première rencontre avec Mme K. a lieu le 6 août 2015 sur le groupe, où elle s'est présentée sur proposition de son travailleur social référent. Elle vient avec sa fille de 4 ans, qu'elle n'aurait pas pu laisser seule pour venir au groupe. Celle-ci joue calmement au fond de la pièce. Mme K. parle peu, mais sa présence est forte : elle souffle, elle sue (il fait très chaud), son visage est marqué par la douleur. Elle est enceinte et porte cette grossesse de façon impressionnante. Elle semble prostrée, en état de sidération, avec un regard quasi halluciné. Pendant la rencontre, son visage semble se détendre un peu à l'écoute du discours des autres participants. Sur la fin, elle pourra poser quelques paroles, se plaignant de maux de tête, de difficultés à dormir, qu'elle lie à des pensées incessantes au sujet de ses enfants restés au pays.

Après cette première rencontre de Mme K. avec notre équipe, je revois cette dame lors de sa venue à l'hôpital, pour une consultation auprès du Dr Bec, qui était alors le médecin de la PASS Mco de Vienne. Mme K. me reconnaît, sa petite fille aussi. Je prends un temps d'entretien avec Mme K. après sa consultation somatique. Auprès de moi, elle se présente souffrante, physiquement, parlant encore des maux de tête, des difficultés à dormir. Lorsque j'essaie d'aborder l'histoire, c'est l'actuel qui ressurgit ; elle peut dire qu'elle pense sans cesse à ses enfants restés au pays, qu'elle n'a pu emmener avec elle. Rapidement, elle se met à pleurer, et souhaite arrêter l'entretien, débordée par ses pensées.

Par ses quelques mots, mais surtout son attitude, Mme K. montre qu'elle ne peut rien dire de sa situation, sinon nous indiquer qu'elle est inconcevable, inacceptable, presque physiquement, pour elle.

Pourtant, les liens entre professionnels, travailleurs du CADA, le Dr Bec, l'assistante sociale de la PASS me permettent de rassembler des éléments déposés au gré des possibilités de Mme K. Nous comprenons qu'elle a connu une période d'incarcération dans son pays liée aux engagements politiques de son mari, qu'elle a subi des agressions

sexuelles au cours de cette incarcération, et que les jumeaux qu'elle porte sont le résultat de ces agressions.

Ces éléments nous permettent de mieux comprendre la dimension physique de la souffrance de Mme K., son corps lourd la limitant physiquement, étant à la fois porteur de vie, mais aussi stigmaté des traumatismes vécus, des raisons de son exil.

Si elle porte en elle, physiquement, cette conflictualité, Mme K. ne peut pour le moment pas mettre de mots dessus, encore moins la penser, l'élaborer.

Notre troisième rencontre avec Mme K. a lieu deux semaines après la première, sur un temps de groupe au CADA. Nous accueillons ce jour-là Mme K. et une autre dame d'origine africaine. Alors que la jeune femme présente est revendicatrice, parlant un peu de son histoire, mais surtout de ses difficultés actuelles, au niveau pratique, administratif, ou de l'isolement au Péage de Roussillon, Mme K. fait des efforts pour écouter, mais semble parfois perdre le fil, le regard à nouveau exorbité, comme absente du groupe et terrorisée à la fois. Puis, presque subitement, l'autre participante doit partir.

Nous tentons alors "d'éveiller" Mme K., qui, sur ces 20 minutes de fin de groupe va nous livrer, comme elle peut, c'est à dire en alternant des phrases courtes prononcées trop vite, des moments de prostration, de replis sur soi ou de pleurs démonstratifs de son mal-être, quelques éléments de son parcours.

Elle peut nous évoquer qu'elle a cherché son mari suite à une manifestation, puis qu'elle s'est retrouvée incarcérée dans une prison, endroit où elle a subi des sévices sexuels responsables de sa grossesse actuelle. Cela est raconté difficilement, sans détail, mais au-delà des mots, c'est les pleurs, l'attitude, le regard, qui nous alertent sur la souffrance abyssale de Mme K.

Nous renvoyons quelques mots, pour assurer de notre présence dans deux semaines, que de telles choses n'arrivent pas en France, de la nécessité de soin concernant la grossesse, mais aussi de notre recherche d'un médecin psychiatre pour un suivi individuel. Nous cherchons en quelque sorte à contenir quelque chose d'elle qui s'est déversé, avant de clore ce groupe.

Ce moment est très lourd, et nous le reconnaissons ensemble, avec Caroline, la travailleuse sociale qui nous accompagne ce jour. Nous sommes aussi quelque peu sidérés, mais reconnaissons la nécessité d'une prise en charge psychiatrique pour Mme K., Caroline nous parlant en plus d'expressions quasi délirantes à propos des jumeaux qu'elle porte. Ma collègue évoque le réseau périnatalité, auquel je n'avais pas pensé, en espérant une prise en charge plus spécialisée et plus rapide qu'au CMP. Je connais bien le psychiatre du réseau, avec qui je travaille sur mon autre mi-temps. Je lui parle de la situation 3 jours après le groupe, et Mme K. sera reçue la semaine suivante.

Ici, avec le recul, on peut dire que c'est un repérage, une évaluation de la situation que nous avons pu faire grâce à ces premières rencontres, dont deux grâce au groupe.

Ensuite, nous n'avons plus vu Mme K. pendant quelques semaines, mais la psychiatre me dit qu'elle s'apaise un peu grâce aux médicaments, qu'elle peut commencer à parler de son parcours sans se tétaniser, qu'elle garde un bon lien avec sa fille de 4 ans.

Puis, tout s'enchaîne trop vite : nous apprenons que Mme K. est hospitalisée car l'un des jumeaux qu'elle porte va mal. Rapidement, nous apprendrons que cet enfant est mort in utero, mais qu'elle doit le "garder" car l'autre bébé est encore trop petit pour être viable. Il m'était déjà difficilement concevable qu'une femme porte des jumeaux issus d'un viol en prison. Il m'est d'autant plus difficile à penser qu'elle porte, côte-à-côte, un enfant décédé et un autre à qui elle doit donner vie. Alors comment cela peut-il être vivable, pour elle?

Cependant, elle est rapidement opérée, afin de "sortir" les enfants. Nous gardons contact avec elle, téléphoniquement, ainsi qu'avec les services où elle est hospitalisée. Ma collègue Lydia ira la visiter. Suite à une opération de reconstruction ventrale, nous recevons un appel catastrophé d'un service de soin lyonnais : Mme K. est décrite délirante, se promenant nue, parlant de chaleur intense dans le bas ventre. Inquiets de son état, nous faisons des hypothèses d'ordre psychique, nous interrogeant sur les causes d'émergences de ces symptômes. Finalement, après des jours où les soignants l'ont cru folle, devant ses douleurs décrites, un examen somatique révèle que durant l'opération, une compresse a été "oubliée" dans le ventre de madame.

Au-delà de l'horreur de cette erreur médicale, comment ne pas y voir pour Mme K. la répétition de l'intrusion en son corps d'un objet non désiré, qui fait du mal? La répétition d'une situation où elle doit "prouver" qu'elle dit vrai, que ses douleurs sont réelles, comme pour l'obtention du statut de réfugié.

Suite à cela, Mme K. restera hospitalisée plusieurs semaines, avant de revenir au CADA. Nous la reverrons une fois sur le groupe, entourée de plusieurs personnes. Elle mentionne son adolescence et des camps religieux auxquels elle participait. C'est la première fois qu'elle peut nous parler du pays avec le sourire, se rappelant qu'elle y a passé de bons moments. Comme si, la personne que nous voyons en groupe, et celle dont elle nous parle, formait à nouveau une unité acceptable.

Il y a quelques mois, nous avons été invités à un repas collectif organisé au CADA. À cette occasion, nous avons revu Mme K. avec son enfant. Elle a tenu à nous faire goûter le poulet qu'elle a préparé pour l'occasion.

Éléments de réflexion

Après la présentation de cette vignette clinique, je vais essayer de montrer les différents mouvements qui ont pu émerger grâce à ce dispositif, et en quoi ces mouvements permettent la reconstruction de différentes formes d'inscription pour les participants.

D'abord, ce groupe est un lieu de dépôt, lieu de dépôt différent de ce que connaissent les migrants, ces femmes à qui l'on demande sans cesse de raconter, de prouver leur histoire dans un but administratif. Un lieu de dépôt sûr, sécurité assurée par les règles du

groupe, la confidentialité. On peut y déposer sa souffrance, avec des mots, ou parfois autrement.

On parle beaucoup d'isolement pour les nouveaux arrivants et l'on pourrait penser que dans cette structure collective il est possible de se regrouper en communauté. Mais je pense plus à l'isolement que ces personnes rencontrent face à la souffrance psychique.

Dans le groupe, cette souffrance est reconnue, par les professionnels et par les autres participants. Le groupe a aussi un rôle contenant pour cette souffrance. Dès lors qu'il y a dépôt, reconnaissance de cette souffrance, il y a, je crois, une première rupture de l'isolement.

Pour nous, professionnels, c'est aussi un lieu où la souffrance se déploie, qui nous permet de repérer les situations les plus complexes et de faire jouer notre réseau, afin de trouver des réponses adaptées en termes de soin. Alerter d'autres professionnels, travailler avec eux, c'est aussi ne pas reproduire nous-même cet isolement et inscrire cette dame dans un réseau.

On peut imaginer que le fait d'avoir déjà pu expérimenter un lieu sûr, dans le groupe, a peut-être permis à Mme K. une forme d'effondrement, contre lequel la sidération, la prostration semblait lutter, lorsqu'elle a pu rencontrer la psychiatre du réseau périnatalité en individuel.

Lors de ses périodes d'hospitalisation somatique, nous avons moins vu Mme K., mais avons continué à être en lien avec elle, mais aussi avec ses soignants. Nous avons continué à porter la situation par nos liens avec le CADA, notre préoccupation pour sa fille de 4 ans, placée dans une structure avec laquelle nous avons aussi, eu des liens.

Lorsque nous avons revu Mme K. sur le groupe, elle a pu parler d'elle, du passé, tout en étant en lien avec le groupe. Elle peut s'inscrire véritablement dans ce groupe, et nous montre qu'elle peut maintenant faire coexister en elle-même la personne qu'elle était au pays et celle qu'elle est maintenant. C'est, je crois, sa façon à elle de nous montrer, par sa capacité à faire des ponts entre le passé et le présent, qu'elle a pu inscrire en elle quelque chose de son exil.

Par cette image unifiée, elle nous montre qu'elle a pu rassembler ce auquel elle n'avait pas accès. Et par sa présence au pique-nique, elle montre aussi qu'elle peut maintenant s'inscrire dans quelque chose de collectif, dans une structure.

Conclusion

Pour conclure, je dirais que j'ai essayé de vous présenter à travers la situation de Mme K., ce que permet, nous semble-t-il, la mise en place d'un groupe de parole en CADA.

J'ai évoqué le dépôt de la souffrance au sein du groupe, la reconnaissance de celle-ci par les participants et professionnels, mais aussi le repérage des comportements inquiétants, pathologiques que ce groupe permet. Ces éléments qui permettent, selon nous de sortir, un peu, de l'isolement qui peut être ressenti face à la souffrance psychique.

Ce groupe mobilise sur le moment les ressources internes des participants, lorsqu'ils y ont accès, mais aussi lorsque nous tentons, à plusieurs, en réseau, de trouver un dispositif qui permettra à son tour la mobilisation d'autres ressources internes.

Enfin, pour ces personnes dont l'image, la conscience d'elle-même a été bouleversée, disloquée au cours de l'exil, c'est, je crois, l'inscription dans un groupe, dans une structure et dans un parcours de soin qui permettra la reconstruction d'une unité psychique, reconstruction d'une inscription de leur parcours au sein d'elles-mêmes.

L'accompagnement des femmes exilées ayant été victimes de violences sexuelles en situation de conflits armés, Elise Haquart et Marion Bérout

Elise Haquart et Marion Bérout, Psychologues, Centre de santé Essor, Lyon

En introduction, rappelons que les violences sexuelles ont une dimension internationale et ne sont pas l'exclusivité d'un seul état: des femmes sont violées sur tous les continents et notamment dans les pays déstabilisés par les conflits ou en situation de post conflit.

Ce phénomène n'est pas nouveau, l'utilisation du corps des femmes comme butin de guerre se retrouve depuis l'antiquité. On pense, par exemple, à l'enlèvement des sabinas dans le mythe fondateur de Rome.

Violences sexuelles et conflits armés s'entrelacent ainsi depuis des millénaires. À l'heure des guerres technologiques, le corps à corps destructeur des femmes et des jeunes filles reste une arme de guerre utilisée massivement.

Le caractère massif de ces violences dans une société donnée est un moyen redoutable pour annihiler un groupe dans son entier. En s'attaquant à l'intime de la femme, ce sont les fondations du fonctionnement de la société globale qui sont visées.

Les effets sur la communauté sont dévastateurs, la transgression et la cruauté dans des contextes d'impunité semblent se propager comme de mauvais virus et se transmettre de génération en génération.

Ces actes de violence ont à un niveau individuel des conséquences physiques et psychiques considérables. La stigmatisation des victimes, l'opprobre de la famille, de la communauté, tels des doubles peines, plongent dans certains cas les femmes dans la solitude, la précarité et engendrent de nouveaux traumatismes. En effet, les victimes ne sont pas traumatisées seulement par les violences sexuelles mais également par l'attitude négative que leur communauté adopte à leur égard.

Le centre de santé dans lequel nous travaillons à Villeurbanne s'adresse à des migrants victimes de persécutions et de torture. La patientèle annuelle est d'environ 500 personnes, la moitié sont des femmes.

Nombreuses de nos patientes ont été victimes de violences sexuelles, que ce soit dans un cadre intrafamilial, en incarcération, lors d'agression raciste, en situation d'esclavage sexuel ou encore du fait de l'utilisation du viol comme arme de guerre.

Dans le cadre des conflits armés, les auteurs des viols sont les représentants de l'autorité, militaires, policiers, membres de groupes armés. Les violences se caractérisent par l'aspect massif, de très nombreuses femmes sont violées, parfois au sein de la même

famille. Ce sont fréquemment des viols collectifs, sous le regard de l'autre (enfants, conjoint, parents), dans un contexte d'insécurité et de violence extrême où la mort rode.

Lorsque nous les recevons au centre de santé, les faits de violence remontent à plusieurs mois voire à plusieurs années.

Malgré ce temps écoulé et l'éloignement géographique tenant à distance réelle et symbolique les agresseurs, nous sommes souvent frappés en tant que soignants par la vivacité des effets du traumatisme qui continuent à agir sans relâche sur le corps et la psyché de nos patientes.

Dans une première partie, je vais rapidement vous présenter ce qui amène ces femmes à consulter, ce qui fait souffrance en elles et quelles sont leurs attentes.

Dans une deuxième partie, je vous présenterai le dispositif et quelques pistes de travail thérapeutique.

Un rapide tableau clinique des femmes que nous recevons au centre de santé

Au niveau physique

Les femmes peuvent garder des séquelles des agressions qu'elles ont vécues : que ce soient des problèmes gynécologiques, des douleurs, des troubles de la menstruation, des maladies sexuellement transmissibles (VIH mais surtout des hépatites), ou des problèmes d'infertilité.

Plus largement, elles ont des plaintes somatiques variées et polymorphes, qui ne semblent pas pouvoir être soulagées : le corps reste le lieu d'expression privilégié dans lequel la douleur s'incarne.

Le corps est toujours décrit comme douloureux, souffrant, témoin des violences, en tout cas il n'est plus investi du côté du plaisir.

Les relations intimes sont vécues comme difficiles, contraignantes ce qui peut évidemment créer des problèmes au sein du couple.

Au niveau psychologique

Les femmes présentent en début de prise en charge très souvent de nombreux symptômes qui sont soit apparus immédiatement à la suite de l'agression, soit d'une apparition beaucoup plus tardive, plusieurs mois voire plusieurs années après les faits. Ces symptômes ont tendance à persister voire à s'aggraver depuis l'arrivée en France.

Les femmes témoignent de leur impression de ne pas se reconnaître, d'être devenues étrangère à elle-même.

Ces symptômes font intrusion au sein même des sphères de l'intime, du familial, ce qui crée un sentiment de déstabilisation très profonde de soi.

Parmi les symptômes les plus fréquemment présentés, relevons :

Les réactions au niveau émotionnel

Celles-ci font notamment référence à la peur, l'anxiété et l'angoisse : peur d'être à nouveau violée ou que les proches subissent la même chose, peur que cet événement soit connu et peur des conséquences au niveau social, familial.

L'anxiété correspond à un état plus diffus, permanent, ce sont des patientes en hypervigilance, qui sont sur le qui-vive, sursautent durant les entretiens.

Enfin, l'angoisse peut provoquer des épisodes aigus, les crises d'angoisse durant lesquelles les patientes décrivent l'oppression respiratoire, la tachycardie, le sentiment de mort imminente.

De très nombreuses patientes présentent également des symptômes dépressifs caractérisés par la tristesse, le dégoût de la vie, l'envie de mourir. Certaines souffrent d'apathie, n'ont plus goût à rien et ont alors une présentation ralentie, un discours pauvre. Certaines désinvestissent leur apparence, prennent moins soin d'elles.

Les sentiments de honte et de culpabilité

La majorité des victimes d'agression sexuelle se sentent humiliées, déshonorées ; elles éprouvent de la gêne vis-à-vis d'autrui et de la haine ou du dégoût pour elles-mêmes ; elles ont le sentiment d'avoir été salies, souillées, elles ont l'impression d'avoir perdu toute valeur personnelle.

La plupart des femmes victimes de violences sexuelles éprouvent des sentiments de culpabilité : auto-accusations par exemple de ne pas s'être défendues, d'avoir préféré subir le viol plutôt que la mort, d'avoir mal anticipé les événements.

Elles peuvent également éprouver des sentiments de culpabilité par rapport à autrui, par exemple, d'avoir apporté le déshonneur à leur mari, à leurs enfants ou à leur famille.

Les sentiments de culpabilité et de honte sont de véritables freins au témoignage des victimes.

Pour continuer le tableau symptomatologique, notons les troubles cognitifs avec notamment le syndrome de répétition.

La victime a l'impression de ré-expérimenter l'événement traumatisant, de le revivre essentiellement sous forme de flash-back et des cauchemars. Il s'agit bien de reviviscence remettant en jeu de nombreux éléments sensoriels présents lors de l'agression et non pas de simples remémorations par le biais du souvenir.

On note d'importants troubles de la mémoire, des confusions, des difficultés de réinscrire les événements dans une chaîne temporelle. Au niveau de la mémoire immédiate, les femmes se plaignent d'oublis ou ont l'impression de ne rien retenir.

Le traumatisme met ainsi à mal la chronologie propre à chacun, la temporalité est comme écrasée ce qui constitue un véritable obstacle dans un contexte de mise en récit contraint qu'est la demande d'asile.

Paradoxalement, les femmes sont dans l'hypermnésie d'événements qu'elles souhaiteraient oublier, voire effacer, et n'arrivent pas à retenir ce qui est important pour elles dans leur quotidien (apprendre le français, aller chercher les enfants à l'école).

Certaines femmes présentent des troubles comportementaux qui peuvent être très envahissants et véritablement handicapants pour la victime elle-même et son entourage, comme des comportements phobiques ou encore des troubles alimentaires.

Pistes au niveau thérapeutique

Face à cet arsenal de symptômes, quel accompagnement, quelle prise en charge proposons nous au centre de santé.

Il s'agit bien de pistes de travail car les prises en charge qu'elles soient au niveau médical et/ou psychologique ne sont pas standardisées mais évoluent en fonction des personnes. Nous essayons d'être à l'écoute de là où en est la personne dans l'expression de ses demandes, ses besoins. La population de femme que nous recevons est extrêmement hétérogène tant au niveau des sphères géographiques, culturelles, sociales, familiales dont elles sont issues, qu'au niveau de leur situation en France.

Au niveau du dispositif : nous sommes une équipe soignante pluridisciplinaire composée de psychologue, médecin, kiné et art thérapeute. Les patientes peuvent être reçues par des psychologues et des médecins hommes ou femmes. L'orientation vers une professionnelle femme n'est pas systématique mais, pour certaines de nos patientes, c'est un préalable qui rend possible la rencontre.

Le soin proposé a une dimension institutionnelle. L'attention porte à la fois sur la psyché, le somatique, l'émotionnel. Les patientes, après un premier accueil pluridisciplinaire, sont prises en charge par un ou plusieurs soignants du centre.

Une des spécificités du dispositif est que l'équipe a des connaissances actualisées des procédures de demande d'asile et des demandes de régularisation en France ainsi que de bonnes informations au niveau géopolitique des pays d'origine. Ces connaissances préalables nous permettent de saisir rapidement les enjeux ici et là-bas du parcours des patientes sans qu'elles aient outre mesure à s'en expliquer ni à s'en justifier. Ces données constituent une toile de fond, un soubassement, mais nos préoccupations se tournent bien vers l'état de santé psychique et physique.

Le recours à des interprètes dans une langue choisie par le patient est possible à tous les rendez-vous quel que soit le soignant. Pour certains, la constance du même interprète au fil des entretiens est un élément important de stabilité permettant que la relation et la parole soient possibles. La rencontre est prévisible et rassurante. Ce processus implique, engage les 3 parties, le patient, le thérapeute mais aussi l'interprète. L'interprète n'est pas un co-thérapeute, néanmoins, il est judicieux qu'il soit sensibilisé aux processus soignant, qu'il comprenne le cadre et les enjeux de l'accompagnement.

Notre attention se focalise dans un premier temps sur la qualité de l'accueil et de la relation. Il s'agit de proposer un espace où les femmes se sentent en sécurité, où elles peuvent s'autoriser si elles le souhaitent à parler, à échanger autour de leurs difficultés sans s'y sentir contrainte.

Un de nos objectifs est d'offrir la possibilité de restaurer la confiance en l'autre. Le cadre se veut bienveillant, protecteur.

Un des préalables à l'instauration de cette relation est le respect de la confidentialité des entretiens par le soignant mais également par les interprètes. Le cadre confidentiel est clairement énoncé dès la première rencontre avec les soignants.

Afin que l'alliance thérapeutique puisse correctement se nouer autour de l'état de santé de la personne, il est primordial que les enjeux extérieurs n'interfèrent pas trop dans le cadre soignant au moins dans le début des prises en charge. Si ces enjeux, qu'ils soient juridiques, administratifs, sociaux, sont présents d'emblée, dès les premières rencontres, à travers notamment les demandes de certificat, ils contaminent voire empêchent la création de l'alliance thérapeutique.

Nous donnons le temps nécessaire aux patientes pour mettre en mot et se raconter. Le temps de la narration n'est pas forcément concomitant au temps de la demande d'asile d'un point de vue juridique. Dans le cadre soignant que nous proposons, il n'y a pas de devoir dire à tout prix dans un temps donné.

Nous ne travaillons pas avec l'hypothèse d'un effet cathartique, libérateur de la parole.

Le plaisir de la relation est un axe thérapeutique important : nous échangeons autour de ce qu'amène la personne dans le discours, il n'y a pas de sujet pré établi. Cela passe parfois par l'exploration de sujets légers, agréables, les entretiens ne sont pas forcément du côté du morbide, du mortifère. L'objectif n'est pas que la personne dise à tout prix les horreurs qu'elle a traversées mais bien qu'elle puisse suffisamment reprendre confiance en elle et en autrui.

Nous travaillons avec la conviction que les femmes ne sont pas réduites à l'acte qu'elles ont subi. La définition de l'identité ne se concentre pas au travers de l'unique prisme de la femme violée. Nous les encourageons à ce qu'elles se dévoilent de manière plus vaste, et d'habiter, de réhabiter, des sphères de leur identité qui ont été désinvesties voire désertées : ces femmes sont avant tout des mères, filles, amies, commerçantes, cuisinières, des actrices, des intellectuelles. Nous les invitons à s'autoriser à être à nouveau ces femmes-là, ou parfois à découvrir de nouvelles définitions de leur être.

Plus que l'attention à l'événement en lui-même, notre vigilance se porte sur les ressources que le sujet est capable de mobiliser ou de développer pour y faire face.

Dans les récits de fuite, de traversée, de trajet dans des conditions extrêmes s'étendant sur des kilomètres et des semaines, nous sommes souvent interpellés, impressionnés par la grande vitalité des femmes pour échapper aux horreurs, par leur capacité à mettre en œuvre des stratégies d'existence, pour leurs enfants et elle-même. Ces parcours témoignent de la puissance de la pulsion de vie et de leur espoir en un avenir meilleur. Cette force, lorsqu'elle est encore mobilisable, est un allié précieux dans notre travail thérapeutique.

Une de nos autres pistes de travail est de décaler les perspectives : nous travaillons avec des personnes qui se sentent hyper culpabilisées, culpabilité de s'être mis dans de telles situations, de n'avoir pas suffisamment anticipé les choses et de faire subir les répercussions de leurs actes à leurs proches.

L'attribution de ces responsabilités est bien souvent exagérée, et relève d'une hyper interprétation. Le travail soignant consiste alors à remettre du jeu, de la souplesse dans le système de représentation. Il s'agit de remettre les responsabilités en perspective, réinscrire les individus dans un paysage moins autocentré, les inviter à explorer d'autres points de vue, d'autres focales.

Enfin, la dernière piste thérapeutique que j'aimerais évoquer est le travail autour de la pudeur : les femmes victimes de violence sexuelle ont un vécu d'intrusion, avec parfois les barrières de la pudeur qui sont devenues trop fragiles : certaines femmes parlent beaucoup et très rapidement des violences subies, leurs vécus apparaissent comme à « ciel ouvert ». La demande d'asile encourage d'ailleurs ce processus d'exposition de soi.

Dans d'autres cas, les freins à la parole sont imposants, massifs : un hyper appareil défensif protège de l'intrusion, la relation est identifiée comme dangereuse avec un risque d'être questionnée, dévoilée. Les femmes alors préfèrent le silence ou le discours à minima. Notre travail s'intéresse, dans l'un et l'autre cas, à la capacité à se protéger psychiquement dans l'un et l'autre cas un juste rapport à autrui.

En dernier point, relevons que dans ces prises en charge thérapeutiques de femmes, les enjeux sont complexes et multifactoriels : dans un processus de réparation, les dimensions du psychologique, du médical mais aussi du social et du juridique sont à prendre en compte. Le travail de maillage entre professionnels autour de ces patientes est essentiel : maillage entre soignants, autour de problématiques où la psyché et le somatique sont intimement entremêlés. Maillage avec les avocats, les juristes, permet d'optimiser les chances que ces femmes obtiennent un statut de réfugié. Cette reconnaissance s'inscrit psychiquement comme réparation réelle et symbolique, d'autant plus précieuse qu'elle ne peut avoir lieu dans les contextes d'impunité dans lesquels ces violences ont lieu. Maillage enfin avec le domaine de l'insertion socio professionnelle afin que ces femmes puissent retrouver en France une inscription digne dans notre société.

Sylvie Guillaume, Vice-présidente du Parlement européen.

Depuis 2012, un nombre sans précédent d'hommes, de femmes et d'enfants ont rejoint nos pays en quête de protection. Selon le Haut-Commissariat des Nations-Unies aux Réfugiés, plus de 300 000 réfugiés et migrants ont entrepris la traversée de la mer Méditerranée en 2016. Leur itinéraire est toujours aussi meurtrier (*«À ce rythme, 2016 sera l'année la plus meurtrière jamais connue en mer Méditerranée» UNHCR*).

Dans ce contexte, les cadres européens qui ont été mis en place à des moments où il s'agissait de prévenir plutôt que de réagir à une arrivée massive de migrants en quête de refuge, prouvent aujourd'hui leur faiblesse et craquent sous la pression.

Dans le même temps, l'accord de Schengen qui assure la libre circulation des Européens et est l'un des plus grands acquis de la construction européenne, a été mis en berne par les ministres de l'Intérieur des 28 Etats membres de l'Union Européenne (et la Commission européenne) qui ont rétabli les contrôles aux frontières intérieures de l'Union européenne. Ce rétablissement était provisoire mais il dure et les incertitudes persistent sur l'issue.

Le système de Dublin prévoit que la demande d'asile soit examinée par le pays d'entrée dans l'UE, pour éviter que le demandeur fasse des démarches successives dans plusieurs pays, mais ce sont toujours les mêmes pays d'entrée ; ce système a montré des dysfonctionnements dès son origine et a même été déclaré mort à plusieurs reprises.

Entre difficultés de coopération entre les différents États membres, questions pratiques posées par la mise en œuvre des transferts et l'accès effectif des demandeurs d'asile à des procédures de protection internationale, ces premiers constats montrent que la crise des migrants en Méditerranée et dans les Balkans occidentaux a mis en évidence les limites structurelles de la politique de l'Union Européenne et des instruments dont elle dispose.

À vous qui êtes au plus près du terrain et constituez un maillon capital de la prise en charge de ces femmes et hommes fuyant leurs pays en guerre, je vous propose aujourd'hui de regarder les choses depuis Bruxelles en vous parlant du cadre législatif qui entoure vos actions.

Je souhaite ainsi vous parler dans un premier temps de comment est organisée la réponse à la crise migratoire en revenant sur la répartition des compétences entre l'échelon européen, les Etats membres mais aussi les collectivités. Je vous parlerai ensuite du rôle de mon institution, le Parlement Européen, dans ce processus et vous

indiquerai comment nous essayons de faire bouger les lignes, notamment sur le sujet qui nous intéresse aujourd'hui, la question des violences à la fois physiques et symboliques dont sont spécifiquement victimes les femmes qui méritent toute notre attention. Je terminerai en vous présentant quelques remarques politiques qu'il me semble important de partager avec vous.

La réponse européenne à la crise migratoire (répartition des compétences entre l'UE et les Etats membres)

La politique en matière d'asile et d'immigration qui couvre les domaines des contrôles aux frontières, de l'asile, de l'immigration légale (regroupement familial, travail), et de l'intégration est une compétence partagée entre l'UE et les 28 Etats membres qui la constituent. Ce qui signifie que l'UE et les États membres peuvent adopter des actes juridiquement contraignants dans le domaine concerné mais que les actes des États membres doivent se faire dans le respect des objectifs de la politique migratoire de l'Union.

Ainsi, depuis plusieurs années, le projet d'une politique européenne commune d'asile et d'immigration s'est développé avec comme objectif l'harmonisation des procédures d'asile dans les États membres pour s'assurer d'offrir un statut approprié à tout ressortissant d'un pays tiers nécessitant une protection internationale.

Le Conseil européen, constitué des chefs d'État ou chefs de gouvernement des vingt-huit États membres de l'Union européenne a à ce propos souligné en 2014 la priorité absolue que représente la mise en œuvre effective du régime d'asile européen commun.

Cependant, même si l'objectif est bien sûr louable, la crise actuelle montre l'image d'une Europe déstabilisée et désunie. Les fractures s'accroissent en Europe, les incompréhensions s'aggravent, les décisions sont de moins en moins communes et de plus en plus unilatérales. Hier, comme aujourd'hui, l'UE peine à adopter une politique migratoire globale, à long terme, stratégique et reconnaissons-le, lisible.

L'exemple du programme européen de relocalisation est à ce titre édifiant. Après une proposition de la Commission Européenne, en Septembre 2015, les 28 Etats membres se sont engagés à relocaliser 160 000 personnes ayant manifestement besoin d'une protection internationale. Il était donc question des transferts de personnes ayant besoin d'une protection internationale d'un État membre de l'UE, notamment l'Italie et la Grèce, particulièrement sous pression, vers un autre État membre de l'UE d'ici au mois de septembre 2017.

Bonne idée de principe... mais dont la mise en œuvre est pour le moins laborieuse. Pour vous donner quelques chiffres : un peu plus de 5 600 personnes ont effectivement été

relocalisées dans un État membre depuis l'Italie (1 196 sur les 39 600 prévues) ou la Grèce (4 455 sur les 66 400)⁸, soit à peine 3% de l'objectif initial.

Le principe de solidarité qui devrait régir les actions des États membres en vertu du traité de Lisbonne⁹ est loin d'être appliqué de la même façon partout. Je pense ici notamment au groupe des pays appelés de Visegrad (République tchèque, Slovaquie, Hongrie et Pologne), avec à leur tête la Hongrie de M. Orban, qui s'oppose à cette répartition équitable de l'effort de la prise en charge de ces femmes et hommes et porte ainsi un coup important à la crédibilité et à l'humanité véhiculées par les institutions.

Le rôle des solidarités territoriales

La France, pour répondre à ses obligations européennes d'accueil de 30 000 réfugiés, a également fait appel au principe de solidarité à l'échelle de notre territoire pour la création de 9000 places de mise à l'abri. Le gouvernement souhaite ainsi répartir équitablement plusieurs milliers de personnes, actuellement à Calais et Paris, dans les régions de France d'ici à fin 2016 (la situation dans ces deux villes n'est plus tenable que ce soit pour les migrants ou pour les habitants).

La France est engagée non seulement moralement, mais aussi légalement à accueillir dignement ces 12 000 personnes en recherche de protection. Malgré les oppositions démagogiques de M. Laurent Wauquiez, je continue de penser que la solidarité et la fraternité ne sont pas des vains mots au sein de la République française.

Le pari qui est fait ici c'est que l'arrivée des migrants dans des structures à taille humaine, où l'accompagnement linguistique, scolaire et professionnel existe, génèrera une intégration plus rapide, plus harmonieuse et apaisée.

Le rôle du Parlement Européen dans tout ça ?

Le Parlement européen a toujours voulu avoir une approche privilégiée et a été particulièrement actif en matière de politique migratoire. Son engagement est d'autant plus fort depuis le traité de Lisbonne puisque celui-ci a désigné le Parlement comme législateur plein et entier, donc sur un pied d'égalité avec le Conseil qui rassemble les représentants des États membres.

Il a appelé dès 2009 à fonder les politiques relatives à l'intégration, à l'immigration et à l'asile sur le respect total des droits fondamentaux et a toujours souligné l'importance de répondre aux besoins des groupes les plus vulnérables.

⁸ http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/press-material/docs/state_of_play_-_relocation_en.pdf

⁹ Union Européenne. (2007, décembre). *Traité de Lisbonne*. Lisbonne.

À ce titre, le rapport de ma collègue Mary Honeyball¹⁰ des Socialistes et Démocrates au Parlement Européen, adopté en Mars 2016 sur la situation des femmes réfugiées et demandeuses d'asile constitue un appel de la part du Parlement Européen d'adopter des mesures relatives à la dimension du genre dans le cadre de réformes plus larges concernant la politique européenne d'immigration et d'asile.

Le rapport Honeyball, adopté le 8 mars 2016, préconise en matière d'intégration :

- il appelle les États membres à élaborer et à mettre en œuvre des mesures spécifiques pour faciliter la participation au marché du travail des réfugiées et des demandeuses d'asile, notamment des cours de langue, des programmes d'apprentissage tout au long de la vie et des formations ;
- il invite la Commission, les États membres et les autorités locales à veiller au respect du droit des jeunes filles réfugiées à avoir accès à l'enseignement obligatoire ;
- il souligne l'importance capitale de mettre des services de garde d'enfants et des autres personnes dépendantes de qualité à la disposition des réfugiées pour permettre leur autonomie économique et sociale;
- il encourage les États membres à utiliser les fonds structurels et d'investissement parallèlement au fonds "Asile, migration et intégration" afin de promouvoir l'intégration des réfugiés sur le marché du travail ;
- il demande des procédures de regroupement familial plus rapides et plus efficaces ainsi que la collecte de données ventilées par sexe sur les décisions relatives au regroupement familial ;
- il considère que la reconnaissance mutuelle des décisions d'asile positives créerait de meilleures opportunités en terme d'emploi, d'intégration et de regroupement familial;
- il souligne que les pays d'accueil devraient garantir des services de soins de santé, en particulier concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation ;
- il estime que les pouvoirs régionaux et locaux jouent un rôle fondamental pour l'intégration des réfugiées et des demandeuses d'asile, en particulier en ce qui concerne leur insertion dans le monde du travail.

Le Parlement a ainsi reconnu expressément et appelé les autres institutions européennes à en faire de même pour le groupe particulièrement vulnérable que constitue les femmes, en raison notamment de violences à caractère sexiste, de mutilations génitales

¹⁰ Honeyball, Marie. (2016, mars). *Rapport sur la situation des réfugiées et demandeuses d'asile dans l'Union européenne*. Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres. Parlement de l'Union Européenne.

féminines et de l'utilisation du viol comme arme de guerre. Un rapport publié par Human Rights Watch le 21 Septembre parle ainsi de violences spécifiques envers les femmes.

Ceci m'amène à conclure autour de quelques constats : en s'intéressant à la problématique des femmes en exil, c'est aussi à la problématique de l'inégalité entre les sexes que l'on s'intéresse

Selon des chiffres de 2015, rassemblés par Eurostat :

- les hommes représentent plus de 70% du total des demandeurs d'asile dans l'ensemble des 28 États membres de l'Union Européenne, révélant ainsi des disparités importantes et inquiétantes dans la façon dont les États membres de l'UE traitent les demandes d'asile liées au genre.
- Pour aller plus loin, dans la tranche d'âge allant de 14 à 34 ans les hommes ne représentent pas moins de 80% des candidatures à l'asile.

En conséquence, les femmes n'ont pas toujours la garantie de recevoir un traitement sensible au genre lorsqu'elles recherchent une protection en Europe. Ainsi, même si les hommes représentent la majorité des demandes d'asile enregistrées dans les États membres, la proportion de femmes migrantes a largement évolué et ces femmes qui accompagnaient autrefois leurs partenaires ou les rejoignaient, migrent aujourd'hui seules ou avec leurs enfants. Les politiques migratoires et les cadres les régissant doivent ainsi prendre en compte cette évolution et accorder la place de choix qui doit être la sienne à la question du genre.

Je ne vous apprendrai rien en disant que la question des réfugiés est au cœur des blocages actuels, que ce soit sur le plan institutionnel, politique ou humain. La question des réfugiés agit comme un révélateur des crises qui sont plus ou moins sous-jacentes en Europe.

- Le Brexit : un pays va sortir de la communauté de pensée que constitue l'Union Européenne et la question des réfugiés y a joué un rôle, via la manipulation que certains hommes politiques en ont fait.
- Le groupe de pays appelé de Visegrad opposé au plan de répartition de l'accueil des réfugiés témoigne également d'une fracture qui se creuse entre les pays d'Europe de l'Est.
- Enfin, cette crise des réfugiés révèle également une fracture entre les pays du Nord et les pays du Sud, premières zones d'entrée pour ces femmes et ces hommes fuyant pour leurs vies. Les pays du Sud ne se sentent pas assez soutenus par les pays du Nord.

Crise de notre modèle occidental ?

Le problème auquel nous faisons face aujourd'hui tient en fin de compte en deux mots – ou plutôt en l'absence de ces deux mots : égalité et solidarité.

- L'absence de solidarité se retrouve aussi bien entre les États membres qui ne veulent pas tous participer au nécessaire effort collectif qu'au sein même d'un pays, le nôtre.
- L'absence d'égalité elle, a trait au fait qu'au niveau européen, certains États membres s'engagent déjà plus que d'autres pour trouver une solution viable à la crise que nous traversons. De plus, cette inégalité se retrouve également dans la façon dont sont traités les hommes et les femmes dans leur processus d'accession à l'asile. Si celui-ci n'est pas adapté aux conditions spécifiques que sont celles des femmes alors leur capacité à s'intégrer par la suite dans leurs pays d'accueil s'en trouvera impacté.

La situation des femmes réfugiées peut être vue comme un condensé de ces maux de notre époque, doublement victimes de l'absence de solidarité et des inégalités des sexes.

Il est rassurant et utile que face à ce constat des parlementaires européens cherchent des solutions, rencontrent ceux qui affrontent cette situation au quotidien et essayent d'y remédier.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2017). *Actes de la journée d'étude « Femmes en exil », 6 octobre 2016, Grenoble.*



Orspere-Samdarra Observatoire-Ressource national Santé mentale et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

Organisation

Groupe de travail interinstitutionnel grenoblois pour l'élaboration et l'organisation de la journée d'étude « Femmes en exil » ;
Gwen Le Goff, Directrice adjointe Orspere-Samdarra ;
Natacha Carbonel, assistante de rédaction revue Rhizome et chargée de mission Orspere-Samdarra.

Relecture

Stéphanie Brochot, secrétaire Orspere-Samdarra ;
Gwen Le Goff, directrice adjointe Orspere-Samdarra ;
Natacha Carbonel, assistante de rédaction revue Rhizome et chargée de mission Orspere-Samdarra.

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien

de la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.

