

8^e journée régionale

MIGRATION, GENRE ET SANTÉ

Regards croisés sur la prise en charge médico-sociale
des violences et de la santé sexuelle

Jeudi 5 mai 2022
Cinéville de Lorient



ACTES DU COLLOQUE

8^e journée régionale
- Réseaux Louis Guilloux -

Organisée à Lorient
Cinéville, 4 boulevard du Maréchal Joffre

Le 5 Mai 2022

SOMMAIRE

Le RESEAUX LOUIS GUILLOUX.....	4
Le DATASAM.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
Le programme de la journée.....	7
Intervenants.....	8
INTRODUCTION.....	10
1. <u>Comprendre le contexte d'interculturalité à l'œuvre</u>	
1.1 Mécanismes de l'interculturalité dans la pratique de soins.....	13
1.2 Pistes de réflexion pour la pratique en situation interculturelle.....	15
2. <u>Agir sur la situation d'énonciation pour faire émerger la parole dans le cas de violences sexuelles</u>	
2.2 Les ressorts du silence concernant les violences sexuelles.....	17
2.3 La posture du professionnel face au sujet des violences sexuelles	19
3. <u>Une prise en charge complexe qui demande pluridisciplinarité et coordination</u>	
3.1 Les différents volets de la prise en charge.....	23
3.2 La nécessité d'une approche coordonnée.....	26
CONCLUSION.....	28

LE RESEAU LOUIS GUILLOUX

Le Réseau Louis Guilloux est une association loi 1901 pilotée par un conseil d'administration composé d'acteurs de la santé et du secteur social associé à une équipe de salariée.es pluriprofessionnelle qui agit au quotidien pour mettre en œuvre les projets. L'objet principal de l'association est d'œuvrer dans le domaine de la santé pour les publics migrants et précaires.

L'association privilégie une approche globale du soin qui prend en compte les volets médicaux et sociaux.

Court historique : Créé en 1991, le Réseau est à l'initiative de professionnels de santé hospitaliers et libéraux mobilisés autour de la prise en charge des personnes séropositives pour le VIH. En 1993, l'association est constituée, ce modèle associatif permettant la création et l'adaptabilité des réponses médicales articulées avec le social. Au début des années 2000, le Réseau s'oriente vers la prise en charge des publics migrants et précaires pour lesquels les besoins de santé sont mal couverts.

Le Réseau Louis Guilloux intervient aujourd'hui en Bretagne à travers l'action de 5 pôles :



LE DATASAM

Le DATASAM : le Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins des Migrants est un dispositif d'appui aux professionnels de santé et du social intervenant en Bretagne afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes, notamment à travers :

- La création et la diffusion d'outils pratiques pour faciliter la sensibilisation et la prise en charge (guide, imagiers, carnets de santé traduits etc.)
- L'animation de temps de formation et d'information : soirée d'information et de coordination, soirée thématique, formation à destination des professionnels du médical et des travailleurs sociaux, colloques etc.
- La promotion et le développement du recours à l'interprétariat médico-social professionnel au sein des structures sanitaires et sociales de la région.
- L'animation d'un réseau de partenaires impliqués sur le sujet de l'accès aux soins des migrants : au niveau territorial, régional et national.

Différents niveaux d'intervention :

- Une équipe régionale d'appui : contact : a.bravet@rlg35.org
- 6 médecins référents qui assurent le déploiement opérationnel et la coordination des activités sur leur territoire d'intervention :



REMERCIEMENTS

Merci à l'ensemble des intervenant.e.s, chercheurs et professionnel.le.s pour leur réactivité, leur flexibilité et leur compréhension lors de la phase de préparation, pour leur participation volontaire, pour la qualité des réflexions et la richesse des expériences qu'ils ont partagées ainsi que pour leur disponibilité aux réactions du public.

Des remerciements particuliers et chaleureux aux professionnels-les impliqués-es dans le groupe de travail de préparation de ce colloque animé par le Réseau Louis Guilloux en collaboration avec les partenaires régionaux : le GHBS (Groupe Hospitalier Bretagne Sud) et l'EPSM Sud Bretagne Centre Hospitalier Charcot.

Un grand merci aux salariés du Réseau Louis Guilloux ayant participé à l'organisation de la journée, pour leur grande disponibilité et l'accueil qu'ils ont su réserver aux participants.

Merci aux équipes du Cinéville de Lorient pour leur accueil et leur aide logistique précieuse.

Merci à la l'Agence Régionale de Santé Bretagne pour son soutien financier.

Et enfin merci aux participants-tes qui ont enrichi cette journée de leurs questions, réflexions et expériences. Un merci tout particulier à ceux ayant répondu au questionnaire de satisfaction qui nous aidera à nous améliorer pour l'organisation de la prochaine journée régionale !

L'équipe d'organisation du colloque.



PROGRAMME DE LA JOURNEE

MATIN

9h00 : Accueil des participant-es

9h30 : Introduction par le Réseau Louis Guilloux :

Jean-Marc Chapplain, infectiologue au CHU de Rennes et président du Réseau Louis Guilloux et Hélène Leroy, directrice médicale du Centre Médical Louis Guilloux

Partie 1 - 9h45 : Genre, migrations, risques de violences sexuelles

- ♦ Alice Latouche - doctorante au laboratoire Migrinter (Université de Poitiers)

Discutante : Mathilde Delespine, sage-femme coordinatrice à la Maison des Femmes de l'hôpital de St-Denis

Partie 2 - 10h45 : Prise en charge globale des questions de vulnérabilité face aux violences de genre et aux violences sexuelles

- ♦ La prise en charge globale au sein de la « Maison d'Elle », lieu de soin pluridisciplinaire pour les femmes victimes de psychotraumatismes dus à des violences

Isabelle Blazy, coordinatrice des services du CACIS (Centre Accueil Consultation Information Sexualité) Bordeaux

- ♦ Aborder la question des violences en consultation : outils et ressources
Sophie Pelois - assistante sociale Hôpital sud et cellule de coordination PASS CHU Rennes, Mathilde Delespine - sage-femme coordinatrice à la Maison des Femmes de l'hôpital de St-Denis, et Deborah Rolette - avocate au barreau de Paris spécialisée dans le droit d'asile et migrations

Conclusion de la matinée - 12h15 :
Valérie Malek, co-réalisatrice de Tilo Koto

12h30 : Pause déjeuner

APRES-MIDI

Partie 1 - 14h00 : Soigner en contexte d'interculturalité

- ♦ Zahia Kessar - psychosociologue clinicienne, anthropologue et formatrice : « L'interculturalité dans l'accompagnement des publics »
- ♦ Daniel Bréhier - Psychiatre chez Médecin du Monde à Paris : « La santé mentale des mineurs non accompagnés à l'épreuve de la migration »
- ♦ Equipe pluridisciplinaire Consultations mutilations sexuelles féminines - CHU Rennes : Jean-Philippe Harlicot - gynécologue, Patrizia Morganti - Sage Femme, Murielle Gelie - Sage Femme, Hélène Bérout - psychologue : « Expérience de 8 ans de prise en charge multidisciplinaire sur les mutilations sexuelles en Bretagne »

Conclusion de Zahia Kessar

Echanges avec la salle

Partie 2 - 16h00 : Réfléchir la prévention des violences

Table-ronde avec les intervenant-es de la journée :

Alice Latouche, Isabelle Blazy, Mathilde Delespine,
Sophie Pelois et Daniel Bréhier

Echanges avec la salle

Conclusion de l'après-midi - 16h45:
Valérie Malek, co-réalisatrice de Tilo Koto

17h : Clôture de la journée régionale



INTERVENANTS

Alice LATOUCHE est doctorante au laboratoire MIGRINTER – CNRS / Université de Poitiers. Elle travaille actuellement sur une thèse portant intitulé « Exilées sans refuge : l'impact de l'appropriation du lieu sur la vulnérabilité des femmes migrantes en Grèce » sous la direction de Adelina Miranda et Jane Freedman. Ce projet de thèse propose de repenser la catégorie de la « vulnérabilité » dans laquelle s'insèrent les femmes en exil. Afin que cette catégorie ne soit pas pensée comme un attribut ontologique lié au genre, la recherche interroge les conditions qui, dans un espace donné, produisent la vulnérabilité des femmes. A travers deux dispositifs d'accueil différents, les camps des hotspots sur les îles grecques, et les squats à Athènes, Alice Latouche observe les éventuelles recompositions des rapports de genre et de pouvoir qui s'effectuent dans ces lieux, mais également la manière dont les femmes peuvent, ou non, s'approprier ces espaces.

Mathilde DELESPINE est Sage-femme depuis 2009, spécialisée dans la santé périnatale des femmes vulnérables. Elle a débuté son activité au sein de la maternité de Montreuil où elle a intégré l'unité de soins pour les femmes excisées. Elle a ouvert dans cet établissement une consultation prénatale dédiée aux femmes victimes de violences et piloté un projet de service autour de cette problématique. Titulaire d'un Master de victimologie et de médecine légale, elle est depuis 2013 coordinatrice d'un programme départemental de prévention des violences au sein du réseau périnatal NEF (Naître dans l'est francilien). Elle est chargée d'enseignement dans plusieurs DU, Master et à l'Ecole Nationale de la Magistrature. Depuis 2015, elle est également expert formateur pour la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). En mars 2016, elle rejoint la Docteure Hatem pour coordonner la Maison des Femmes de Saint-Denis. Ce projet innovant est un lieu d'accueil ambulatoire, de consultation, de prévention et d'orientation pour toutes les femmes en difficultés, confrontées à une grossesse non désirée, à des violences conjugales, intrafamiliales, sexuelles ou encore à une excision ou un mariage forcé.

Isabelle BLAZY est Conseillère conjugale titulaire d'un DEFA et d'un CAFERUIS. Elle est actuellement Coordinatrice des services du CACIS, un centre médico-social atypique, spécialisé sur les questions de sexualité, entendu dans toutes ses dimensions, implanté au cœur du quartier du Grand Parc à Bordeaux, doté d'un rayonnement régional. Le CACIS est un centre de planification et d'éducation familiale et un centre de formation qui propose de nouveaux outils d'intervention, la création de modules de formation, de développement de projets innovants sur des lieux et auprès de publics qui se sont élargis avec le temps. Elle coordonne notamment le projet de « La Maison d'Elle », un lieu sécurisé et bienveillant où des salariés et des bénévoles, soignants, travailleurs sociaux, accompagnants sont rassemblés en un seul lieu pour soutenir les femmes victimes de violences afin de permettre une meilleure prise en charge du psycho traumatisme.

Sophie PELOIS est assistante sociale à l'Hôpital sud au sein de la cellule de coordination PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU de Rennes. Le dispositif PASS permet au patient en situation de précarité d'être accompagné dans son parcours et d'accéder à l'offre de soins de droit commun, mais aussi de bénéficier d'une continuité de soins conforme à ses besoins. Depuis 2015, la cellule de coordination PASS du CHU de Rennes, en collaboration avec le Réseau Louis Guilloux, évalue, construit et coordonne le parcours de soins du patient, en interface avec les équipes médico-sociales du CHU et les partenaires du champ de la précarité et de la médecine de ville. La cellule est un appui, un relais, pour les assistants socio-éducatifs du CHU et les équipes médico-soignantes des services de soins. Elle structure et organise la prise en charge et le suivi des patients en situation de précarité avec l'ensemble des partenaires de santé libéraux et les structures médico-sociales des Pays de Rennes.

Déborah ROILETTE est avocate au barreau de Paris, Elle a débuté sa carrière dans des cabinets d'avocats pénalistes. Elle a ensuite rejoint le cabinet d'avocats américain Orrick à Paris dans le département « finance » avant de s'expatrier pendant huit ans en Argentine à Buenos Aires où elle a travaillé au sein du Bureau Francis Lefebvre et où elle a enseigné. Elle a également créé sa propre structure spécialisée en Droit pénal Général, Droit Pénal des Affaires et Droit international. Elle exerce aujourd'hui notamment en droit Civil et droit Public et s'est spécialisé sur le sujet du droit d'asile et des migrations.

Zahia KESSAR est Psychosociologue clinicienne-Anthropologue et formatrice. Formée à l'analyse institutionnelle et organisationnelle d'orientation psychanalytique à l'ARIP (Association pour la recherche et l'intervention psychosociologique), et à l'anthropologie à l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales), elle intervient depuis 30 ans dans l'accompagnement d'équipes et de professionnels dans les champs de la santé, de l'insertion, de la formation et du travail social. Elle est spécialisée dans l'analyse institutionnelle et organisationnelle, la conduite des groupes de travail, l'analyse des pratiques professionnelles et les démarches d'accompagnement d'équipes. Elle intervient en formation sur l'accompagnement et l'accueil des publics, l'interculturalité dans les pratiques professionnelles, les représentations et les pratiques de santé, la violence et les conflits en institution et dans la relation avec les publics, la conduite et l'animation et la dynamique des groupes, les processus psychiques, les fonctions d'encadrement.

Daniel BREHIER est psychiatre, retraité de la fonction publique depuis 2011 et anciennement praticien au Centre d'accueil de soin et d'orientation (CASO) de Médecins du monde (MDM) à Saint-Denis, en Île-de-France.

La prise en charge médicale des migrants s'est perpétuée tout au long de l'histoire de Médecins du monde et intègre une aide psychologique. À son arrivée en 2011, Daniel Bréhier recevait des Pakistanais menacés par les talibans, des réfugiés d'Inde et du Bangladesh, et des Ivoiriens « *craignant des exactions d'anciens chefs rebelles* », dans le sillage de la crise politique ivoirienne de 2010-2011. Aujourd'hui, ses patients sont surtout des migrants originaires du continent africain, passés par la Libye. Il intervient principalement sur le sujet de la prise en charge de MNA (Mineur Non Accompagnés).

L'Equipe pluridisciplinaire Consultations mutilations sexuelles féminines - CHU Rennes :
Jean-Philippe Harlicot – gynécologue / **Patrizia Morganti** - Sage Femme / **Murielle Gelie** - Sage Femme
Hélène Bérout – psychologue

Depuis 2011, le CHU de Rennes propose aux femmes et aux jeunes filles ayant subi une mutilation sexuelle une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée qui comprend : des informations sur les mutilations sexuelles féminines et sur leur prévention, des prises en charge médicales des douleurs et des complications liées aux mutilations sexuelles, la possibilité d'un suivi psychologique pour une prise en charge psychique et thérapeutique, des projets de reconstruction chirurgicale, des informations sur la sexualité, la maternité et l'accouchement...

Valérie MALEK est Cinéaste, artiste visuelle, journaliste indépendante. Depuis 2007, elle réalise des films documentaires qui s'attachent à décrire une société le plus souvent en marge, dans laquelle elle s'immerge sur un temps long. Depuis dix ans, elle séjourne dans les pays du Moyen-Orient. Son dernier film « Tilo Koto » raconte le parcours de YANCOUBA BADJI, Casamançais pour qui le rêve de l'Europe s'arrête brutalement dans le Sud tunisien après avoir tenté de traverser la Méditerranée depuis les côtes libyennes. Tilo Koto, c'est l'histoire d'un homme brûlé dans sa chair et son âme par la traversée d'un enfer qu'il sublimera par la peinture.

INTRODUCTION

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la même façon que selon la définition bien connue qu'elle fait de la santé, présentée comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », la santé sexuelle se définit comme « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité qui exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* ».

La santé sexuelle fait donc partie intégrante de la santé globale, d'autant qu'il est désormais bien reconnu que les violences sexuelles, au sens d'agressions intimes et dégradantes subies par des agresseurs connus ou non, entraînent très souvent de graves dégradations de l'état de santé général de celles qui en sont victimes.

Le sujet devrait donc être abordé chez toutes les personnes qui consultent, quelle que soit leur situation.

Oui, mais voilà, on le sait : pour le sujet des violences sexuelles, comme pour tant d'autres sujets, les freins à la prise en charge médico-sociale des migrants sont encore plus nombreux que pour les autres personnes et empêchent très souvent que ce sujet ne soit abordé en consultation. Le sujet n'est alors que très rarement et partiellement appréhendé par les professionnels, ce qui ne permet pas que ces violences ne soient exprimées et qui empêche donc qu'elles soient prises en charge.

Pourtant, et c'est ce qui sera abordé tout du long de ce colloque, il est avéré que les femmes migrantes sont tout particulièrement exposées, de façon très régulière et très violente, au risque de violences sexuelles.

Une des manifestations les plus insupportable et les plus inacceptable de cette exposition des femmes migrantes aux violences sexuelles se déroule dans les camps de rétention installés aux frontières de l'Europe, en Grèce, en Turquie ou en Lybie. Ces camps, supposés être temporaires mais qui sont en fait structurés de telle façon qu'ils en deviennent définitifs, reflètent bien la violence actuelle liée à l'exil : violence des politiques de l'UE qui financent et organisent ces camps et qui créent les conditions de violences physiques et psychologiques directement perpétuées sur ceux qui y transitent. Dans ces camps, la violence fait partie du décor quotidien : viols fréquents, sévices, mauvais traitements, parfois décès...

A cette violence physique s'ajoute donc une violence psychologique très forte, notamment corrélée à la pression administrative liée à la demande d'asile, demande qui s'adosse, dans ces camps, à l'évaluation de la vulnérabilité selon que les personnes soient évaluées relevant d'une « vulnérabilité évidente », d'une « vulnérabilité tangible » ou « non vulnérable ». Et, sachant que seules les « vulnérabilités évidentes » permettent de réaliser une demande d'asile et que le fait d'avoir été victime de violence sexuelle permet de relever de cette catégorie... un certain nombre de questions relatives à ce fonctionnement émergent vite : Comment sont identifiées les vulnérabilités ? Quels types de violences sont réellement pris en compte ? Comment identifier des violences qui ne laissent pas de trace ? Comment identifier et différencier les violences subies dans le pays d'origine, lors du parcours migratoire ou aux frontières de l'Europe ? etc.

Extrait d'entretien avec une gynécologue MSF, Samos, Août 2021 :

« Depuis que j'ai commencé à travailler ici, j'ai vu des gens supplier d'être malades, espérant être malades pour être reconnus vulnérables et quitter le camp. Une femme m'a montré les papiers qu'elle avait reçus à l'hôpital. Je lui ai lu, et je lui ai expliqué qu'il y avait écrit que son problème n'était pas très grave. Elle s'est mise à pleurer : « je suis là depuis deux ans, si je n'ai pas de problème, je ne pourrai jamais partir ». (...) Nous avons des femmes qui espèrent tomber enceintes même si elles ne veulent pas vraiment avoir un bébé maintenant. Ce n'est pas toujours le cas, nous avons aussi des femmes qui veulent vraiment avoir des enfants et en sont heureuses ; mais certaines espèrent qu'en tombant enceintes elles pourront enfin partir. Et cela les met dans des situations encore plus difficiles. Parce qu'elles sont désespérées ».

Ces questions se posent d'ailleurs avec un certain scepticisme quant à la capacité des institutions à les intégrer comme réelle préoccupation puisque, actuellement, rien n'est prévu dans ces camps concernant l'évaluation effective du psycho traumatisme. Il n'y a presque plus de médecins ni de psychologues chargés d'évaluer cette question dans ces camps et la pression de la hiérarchie est de plus en plus forte pour inciter à baisser le nombre de personnes reconnues vulnérables. Réside là un paradoxe dans la présence de ces professionnels médicaux, « formés à croire mais engagés pour ne pas croire ».

Ce qui nous amène alors à une nouvelle série de réflexions concernant l'utilisation des instances médicales et leur rôle sur la légitimation et l'institutionnalisation, consciente ou non, des violences, notamment à caractère sexuelles, subies par les migrants dans ces camps de rétention.

Sans entrer dans les détails géopolitiques de ces questions, on se rend en effet rapidement compte à quel point l'enjeu est éminemment politique et à quel point le concept de vulnérabilité devient un levier de contrôle pour l'accès aux pays européens, notamment pour différencier les personnes selon leur ethnie ou leur pays d'origine. Sans que les besoins fondamentaux de ces personnes ne soient pris en considération, notamment au niveau psychologique où le niveau de réponse à ce sujet est quasi inexistant.

Pire, au-delà d'un refus d'apporter des réponses en matière de prise en charge, la politique mise en œuvre par l'UE actuellement s'apparente à une volonté de ne même pas considérer les situations de ces migrants qui arrivent sur ses côtes en organisant de brutaux renvois aux frontières. Ces « push-back », orchestrés par Frontex, l'agence européenne de garde-frontières et de garde-côtes, sont pourtant illégaux au regard du droit international. Pour cette raison, les personnes qui documentent ces push-back encourent des peines de prison.

Créer les conditions pour ne pas voir les besoins de ces populations qui arrivent sur les côtes de l'UE permet en effet de ne pas devoir y répondre...

Pour autant, les besoins de ces populations sont immenses. A commencer donc par les besoins en matière de considération et de prise en charge des violences sexuelles.

A titre d'illustration, la journée qui a précédé la tenue de ce colloque, le médecin qui reçoit les patients au CMLG (le Centre médical du Réseau Louis Guilloux à Rennes) doit faire face, dans la même matinée, à une femme ayant subi un viol pendant le trajet migratoire, une femme excisée et une femme migrante, à la rue avec ses trois enfants, qui souhaite une IVG. Autre exemple parlant : en 2021, ce sont plus de 260 femmes migrantes qui ont été rencontrées au pôle de gynécobstétrique du CHU de Rennes pour une prise en charge suite à une violence sexuelle subie dans le pays d'origine, sur le trajet ou dans le pays d'accueil.

Pourtant, même face à ce constat, le sujet reste encore peu évoqué en tant que tel.

Il n'est par exemple jamais abordé durant la formation des médecins et reste assez peu présent dans la littérature scientifique. Alors, les professionnels s'organisent comme ils peuvent en fonction des quelques ressources disponibles qui commencent à apparaître.

A ce titre, on notera par exemple les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé en 2020 sur [les mutilations sexuelles féminines](#) et [les violences conjugales](#) ou encore le document « [Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes](#) »* créé en 2021 par un groupe de médecins rassemblés au national. Il est également possible de venir piocher dans [les outils et formations proposés par la MIPROF](#) (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) ou par les différents acteurs professionnels de santé (chercheurs, laboratoires, associations etc.).

C'est donc pour répondre à ce constat d'un sujet tout particulièrement préoccupant et pour lequel il n'existe cependant actuellement que peu de réponses structurées, que le choix des violences sexuelles subies par les femmes migrantes s'est imposé comme une évidence pour notre 8^{ème} journée régionale.

Cette journée, sans pour autant prétendre épuiser les contours du sujet ni dresser une liste exhaustive des solutions disponibles, a avant tout été pensée pour offrir un espace d'expression et de réflexion.

L'objectif est alors, à travers des interventions que nous avons souhaitées diverses et complémentaires, d'aborder cette thématique pour mieux la rendre visible et de partager quelques pistes de réflexions concernant la prise en charge de ces violences sexuelles dont sont victimes les femmes migrantes.

A noter que ces Actes n'ont la prétention que de restituer ce qui a été exprimé et discuté pendant ce colloque, soit à travers les présentations des intervenants soit lors des échanges réalisés en collectif avec le public. Ils ne sont donc pas une présentation exhaustive du sujet abordé mais bien un compte-rendu problématisé des informations et éclairages discutés le jour du colloque.

Les Actes de ce colloque, tels qu'ils vous sont alors restitués ici, sont donc présentés sous la forme d'une synthèse problématisée autour de deux grandes questions :

- 1) Quelles sont les conditions à réunir pour permettre de réaliser un diagnostic pertinent sur le sujet des violences sexuelles subies par les femmes migrantes ?

Dans le cas des violences sexuelles, il est toujours difficile de réaliser un diagnostic spontané, qui ne soit basé que sur de la simple observation. Il est alors indispensable d'entrer en communication avec la patiente et cela demande nécessairement une analyse des ressorts sociaux, psychologiques et de tout ce qui concerne, directement ou non, son environnement. L'analyse du cadre dans lequel évolue la patiente et dans lequel se situe l'interaction que le professionnel engage avec elle est donc déterminante. Pour tenter de faire émerger une parole souvent très difficile à exprimer... et tenter de comprendre, en prenant en compte le contexte de cette parole, ce qu'elle peut réellement signifier.

- 2) Une fois le diagnostic posé, comment créer les conditions d'une prise en charge appropriée et de qualité ?

A problématique spécifique ne peut convenir que réponse spécifique. Pour autant le spécifique, dans ce cas-là, semble justement devoir signifier d'appréhender le sujet de façon large et ouverte, en faisant appel à différentes disciplines. Quels sont alors les leviers à mobiliser et comment (re)penser la pratique des professionnels pour proposer des réponses adaptées à chaque situation ?

Pour répondre à ces questions nous aborderons donc le sujet en trois temps, en rétrécissant progressivement la focale, d'une mise en perspective large du sujet jusqu'à une présentation de quelques pistes de réflexion concrètes concernant les conditions de sa prise en charge.

Aussi, après avoir fait l'analyse du cadre interculturel global dans lequel se situe l'interaction entre le professionnel et la personne victime de violences sexuelles la patiente migrante nous nous pencherons sur les conditions qui permettent à la parole de se libérer au sujet des violences sexuelles. Ensuite, nous tâcherons de présenter quelques leviers tout particulièrement intéressants à activer pour que la prise en charge qui s'en suit soit adaptée et notamment sur la pertinence de penser cette prise en charge dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire coordonnée.

1 Comprendre le contexte d'interculturalité à l'œuvre

Dans le cas des violences sexuelles subies par des femmes migrantes, et donc étrangères, le premier préalable semble de bien observer la situation d'interculturalité dans laquelle se déroule l'interaction engagée entre le professionnel et la patiente. Ceci va permettre de comprendre quels sont les biais qui peuvent intervenir et comment il est possible de décrypter ce qui se joue dans les échanges (dans la parole, les silences, le comportement etc).

Effectivement, l'interculturalité « se joue toujours à deux », en ce que cela désigne la réalité des phénomènes de contact entre plusieurs personnes, appartenant à différents groupes culturels, et l'ensemble des processus à l'œuvre dans ces contacts ou rencontres interculturelles. L'interculturalité suppose donc l'existence d'une relation, d'une confrontation, voire d'un conflit ; c'est tout le sens du préfixe « inter » d'interculturel qui renvoie avant tout à la relation.

Or, dans cette relation interculturelle peut alors s'insinuer tout un ensemble de réactions spontanées qui viennent la biaiser. Ces biais sont de différentes natures et peuvent notamment se manifester à travers les préjugés et les stéréotypes, l'ethnocentrisme, la catégorisation ou l'exotisme.

1.1 L'interculturalité dans l'accompagnement des publics

Lorsque l'on observe cette relation et que l'on souhaite l'appréhender de la façon la plus objective possible, pour la déconstruire et en comprendre les ressorts, il existe plusieurs éléments à bien prendre en compte pour éviter de tomber dans les stéréotypes et les préjugés.

Effectivement, les stéréotypes font obstacle à la rencontre d'un sujet singulier et peuvent entraîner directement ou indirectement des attitudes discriminatoires. Divers travaux ont d'ailleurs pu montrer qu'il y a un impact du stéréotype sur l'image que l'on a de soi (CF B. Mabe sur l'intériorisation du stigmate : « le regard que l'on porte sur les femmes excisées n'est pas sans effet sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes »).

→ Culture, normes et valeurs culturelles.

La culture, les normes et les valeurs font partie d'un ensemble de représentations intériorisées par les professionnels et par les publics et qui peuvent engendrer des conflits quand ils se confrontent.

La culture est à comprendre ici comme l'ensemble des éléments symboliques d'organisation d'un groupe social, valeurs et représentations de ce groupe dans son rapport à lui-même, aux autres et au monde : normes, comportements, pratiques, mœurs, habitudes partagées par un groupe.

La famille est le lieu par excellence de l'intériorisation de la culture. C'est en premier lieu dans ce cadre que s'intériorise le partage d'implicites au fondement du sentiment d'appartenance à un groupe. C'est ce qui explique par exemple le besoin de se retrouver entre « originaires » autour de la nourriture et de langue par exemple.

L'interdépendance à la famille, y compris à la famille restée au pays, reste importante dans la plupart des sociétés d'où viennent les migrants. Les conceptions et pratiques touchant l'alliance, la filiation font que bien souvent les choix et stratégies matrimoniales s'inscrivent dans des logiques lignagères qui ne concernent pas que les seuls époux. Dans les sociétés « traditionnelles », la famille nucléaire conjugale n'est pas autonome, elle s'insère dans un ensemble plus vaste : le lignage (patri ou matri linéaire selon les régions). L'opinion personnelle doit alors forcément tenir compte de celle de l'entourage et le choix migratoire obéit à des stratégies familiales qui fait peser sur les personnes des attentes fortes.

Par exemple, il sera forcément à priori « incompréhensible » pour un professionnel qui accompagne un jeune migrant qui réussit bien à l'école de le voir abandonner son cursus scolaire pour effectuer de petits boulots (pour pouvoir envoyer de l'argent au pays) ou, si c'est une fille, pour se marier (prédominance de l'objectif marital avant tout le reste).

Aussi, pour se justifier, les publics mettent parfois en avant la norme culturelle et religieuse comme un élément immuable qui ne peut pas changer (« c'est comme ça chez nous, ne peut pas changer »).

Cependant, il faut bien se méfier des généralités que l'on peut faire de telle ou telle culture et, surtout, éviter que des « événements collectifs » ne viennent masquer ce qui ne concerne finalement que des situations individuelles ou familiales particulières. Effectivement, il arrive fréquemment que la migration produise un isolement qui peut « figer les points de vue » et enferme dans des cases.

Pour éviter ce piège, les groupes de parole ou d'échanges sont alors très utiles en ce qu'ils permettent aux patients de constater que le rapport de chacun à son héritage culturel ou à une norme coutumière traditionnelle peut finalement être très variable. Ces dispositifs de groupe représentent donc un puissant ressort d'appui, de soutien, d'élaboration des vécus pour les publics accompagnés.

Au-delà de la diversité des situations qui peuvent exister au sein d'une même culture, il est également important de comprendre que la culture reste avant tout une réalité dynamique et changeante qui évolue en permanence dans l'interaction avec l'environnement social. Toute culture est donc en soi pluriculturelle et se construit par le contact entre différentes communautés de vie. Pour C. Lévi-Strauss, c'est d'ailleurs le propre de toute société d'emprunter à d'autres car, selon sa formule « *les sociétés ne sont jamais seules* ».

Peuvent alors naître des conflits de loyauté et de valeurs. La rencontre des valeurs et normes de la société d'accueil peut effectivement entraîner des conflits de priorités dans les contacts avec les professionnels : conflit entre la loyauté à la famille et à la tradition culturelle et l'aspiration à vivre un projet plus personnel en référence aux modèles de la société d'accueil.

Ces conflits de loyauté sont particulièrement présents dans les situations de violence intra-familiales et ce, quelle que soit la culture.

Il faut donc bien comprendre que les réponses, ou non-réponses, et plus globalement l'attitude générale de la patiente, résulte de ces conflits intérieurs de valeurs, que ces conflits soient conscients ou non.

→ La communication interculturelle

Lorsque l'on évoque la communication interculturelle, on pense spontanément aux difficultés engendrées par la barrière de langue et les usages de la parole.

On ne redira à ce sujet jamais assez l'importance du recours à l'interprétariat professionnel.

Cet interprétariat comprend alors la notion de traduction et la notion de médiation pour ce qui concerne les implicites, c'est-à-dire les représentations véhiculées par la culture dans laquelle la langue est pratiquée. Car traduire les mots ne suffit pas toujours pour se comprendre. On sait en effet que certains mots en français n'ont pas d'équivalents dans d'autres langues, et vice-versa.

Par exemple, l'expression « *j'ai attrapé le vent* » désigne des céphalées au Vietnam ou encore l'usage du terme « fatigue » peut signifier quelque chose de beaucoup plus large en Afrique.

Mais tout aussi importants sont les codes non verbaux, les gestes, mimiques, la distance interpersonnelle qui mettent en jeu le corps et diffèrent d'un environnement social et culturel à un autre.

Par exemple, « la bonne distance » dans une conversation varie selon les sociétés et à l'intérieur d'une même société.

Autre exemple concernant le regard : en France, le regard est souvent associé à une écoute attentive, il n'en est rien dans d'autres sociétés où regarder dans les yeux peut être assimilé à un regard insistant et peut donc être mal perçu.

De la même manière, les codes rituels relatifs au « savoir-vivre », à la politesse, aux « bonnes manières » diffèrent selon les sociétés, ce qui entraîne parfois des jugements réciproques en fonction des normes propres à sa société.

Par exemple, les attitudes relevant de la pudeur peuvent parfois être interprétées à tort comme relevant d'incompréhensions linguistiques. Effectivement, si la pudeur peut concerner tout autant un élément d'ordre physique que d'ordre psychologique ou moral, cela peut entraîner, dans le rapport au soin, le fait que certains éléments appartenant à notre intimité ne peuvent pas être révélés aux autres sans nous occasionner un vécu de honte.

Par ailleurs, si les pratiques d'accompagnement reposent en grande partie sur l'expression des personnes, notamment par le fait de devoir raconter son parcours, il est fondamental de se rappeler

que le fait de s'exprimer n'est pas une évidence pour tous et que parler de soi et de ses émotions ne fait pas toujours partie des usages des personnes issues d'autres cultures. Certaines questions relevant du registre de l'intime sont effectivement parfois difficiles à aborder, ce qui peut engendrer des difficultés dans des situations de soins, ou lors de l'aide au récit, lorsque des violences sexuelles ont été vécues, pour la constitution du dossier OFRPA par exemple.

1.2 Pistes de réflexion pour la pratique en situation interculturelle

On le voit, il existe tout un ensemble de paramètres qui viennent interférer dans la relation avec les patients migrants, comme autant de biais à prendre en compte pour tenter d'instaurer une compréhension mutuelle.

De façon générale, la clef en matière de compréhension des mécanismes à l'œuvre dans une situation d'interculturalité reste alors la prise de conscience des différences de positionnement qui existent et de tenter d'objectiver ces différences en adoptant une attitude qui passe notamment par :

→ La reconnaissance mutuelle :

La reconnaissance mutuelle, c'est découvrir les cadres de référence de l'autre, pour tenter de comprendre les choses de son point de vue. Reconnaître l'autre comme différent suppose alors de relativiser son propre système de valeurs. Il s'agit là d'éviter d'interpréter les comportements de l'étranger dans son propre langage, pour essayer de comprendre le sens que ces comportements ont pour lui.

Il est alors important de parvenir à s'ouvrir à d'autres conceptions de la famille, d'autres usages du corps, d'adopter des conceptions alternatives relatives à l'éducation ou aux logiques sociales et migratoires des patients et des familles pour mieux comprendre leurs réactions.

Indépendamment du choix qui est fait, l'accompagnement des publics requiert de toujours prendre les personnes « là où elles en sont », ce qui suppose un mouvement pour essayer de comprendre la dynamique qui les anime et pour que s'opère plus facilement un ajustement mutuel grâce au dialogue interculturel.

→ La décentration

La décentration, c'est prendre conscience de ses propres valeurs et modèles. La décentration suppose alors de prendre conscience des cadres de référence, des valeurs, des normes avec lesquelles nous fonctionnons, pour arriver à relativiser et comprendre notre perception des autres.

En effet, les discours que nous tenons sur les autres, reflètent bien souvent notre propre identité.

Il faut également s'interroger sur ses propres fonctionnements professionnels et ce qu'ils induisent pour ne pas renvoyer sur l'autre et sa culture les raisons des difficultés rencontrées dans la relation.

Cependant, reconnaître qu'il y a des différences ne doit pas nous faire occulter le fait qu'il y a aussi des ressemblances, des points communs, de l'universel.

Il est alors important de travailler à identifier les différents facteurs en jeu en faisant la part des choses entre la dimension interpersonnelle, culturelle, sociale etc.

Selon cette logique, il arrive effectivement que l'on attribue à la culture des attitudes qui sont finalement surtout liées au statut social de la personne et que l'on retrouvera donc dans la plupart des sociétés à milieu social équivalent.

→ Sortir de l'implicite

Expliquer ses propres fonctionnements peut permettre à l'autre de bénéficier des codes, des clefs de compréhension et d'accès au fonctionnement de sa pratique de soin ou d'accompagnement. Réciproquement, se faire expliquer les fonctionnements du pays d'origine par les patients permet d'amorcer une communication plus claire.

Pour faciliter cette attitude générale, un certain nombre de pistes peuvent alors être intéressantes à mobiliser dans le cadre de sa pratique, qu'il s'agisse de soin ou d'accompagnement des publics ; et notamment le recours à :

→ La médiation interculturelle

La médiation interculturelle consiste dans le fait d'avoir recours à un intermédiaire pour faciliter la communication et la compréhension entre des personnes de langues et de cultures différentes. Cela peut s'avérer un levier très intéressant pour débloquer certains points d'incompréhension immédiate mais il convient également de se méfier des biais que cela peut susciter en fonction de la position qu'occupe cet intermédiaire.

→ La formation

Il existe un ensemble de formations qui permettent de se sensibiliser à la diversité des appartenances, des normes et des valeurs et, de façon plus large, à l'ensemble des tenants et aboutissants de l'interculturalité.

→ L'analyse des pratiques et la supervision de groupes d'échanges entre pairs.

Il faut se méfier des réactions spontanées en fonction de ce que l'autre renvoie. Dans ce cas, le professionnel sort de sa fonction car il est trop impliqué. Il est alors important de comprendre ses propres sentiments face à la situation et de prendre de la distance. Les espaces de supervision et d'analyse de la pratique permettent d'élaborer ce que fait vivre la relation. Effectivement, ces pratiques permettent d'élaborer son vécu et ses représentations dans la relation aux publics et aux situations rencontrées et de les confronter à d'autres.

→ L'accompagnement d'équipes

L'interculturalité est plus facile à appréhender à plusieurs et il peut être particulièrement rassurant, donc pertinent, d'élaborer en équipe pluriprofessionnelle un cadre et des repères communs dans l'accompagnement des publics qui font sens pour tous.

Même s'il ne s'agit ici que de quelques pistes pratiques, on voit que la réflexion autour du sujet de l'interculturalité tend à se structurer et qu'elle permet de mieux appréhender le cadre global de l'interaction telle qu'elle se joue entre le professionnel et la personne migrante.

2 Agir sur la situation d'énonciation pour faire émerger la parole dans le cas de violences sexuelles

Si aujourd'hui il semble évident que « ne rien dire ne signifie pas n'avoir rien subi », les raisons profondes qui suscitent le fait de taire les violences que l'on a subies demeurent moins évidentes. Encore moins évidents sont les moyens à disposition des professionnels pour faire émerger librement cette parole, pour qu'ils l'accueillent dans de bonnes conditions et pour qu'ils comprennent ce qu'elle peut signifier selon les différents cas de figure.

Se posent donc des questions majeures pour le professionnel de santé qui intervient auprès des femmes migrantes : quels sont les préalables à avoir en tête concernant le sujet des violences sexuelles pour bien comprendre pourquoi elles ne sont pas toujours exprimées et, ensuite, comment se positionner pour déclencher et recevoir le témoignage des victimes ?

2.1 Les ressorts du silence concernant les violences sexuelles

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé stipulent que lors des anamnèses (= ensemble des renseignements fournis au médecin sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée), il est important de questionner sans détours le sujet de l'exposition aux violences, de la même façon que l'on questionne, sans détours, sur les antécédents médicaux. Dans un texte sur les violences conjugales, il est d'ailleurs recommandé « d'intégrer systématiquement un questionnaire sur l'exposition aux violences dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), a fortiori chez la femme enceinte." Cette démarche devrait alors être élargie à toutes les femmes, et pour tout type de violences.

En effet, il faut bien avoir conscience que les violences sexuelles représentent des facteurs de risque majeur sur la santé qui peuvent ensuite générer des impacts très importants au niveau somatiques et psychologiques, ainsi que sur l'ensemble de la vie sociale des femmes. Ces violences agissent bien souvent comme le déclencheur d'un cercle vicieux de conséquences néfastes, corrélées les unes aux autres. Une violence subie qui n'est pas prise en charge peut ainsi réduire à néant tous les efforts et résultats obtenus par ailleurs. Les dix minutes « économisées » lors de l'entretien en évitant de poser ces questions peuvent donc au bout du compte faire perdre un temps immense dans l'obtention de résultats sur la santé de la personne.

Les soignants sont donc pleinement dans leur rôle pour aborder le sujet et ils se doivent d'être proactifs à ce propos ; d'autant que s'ils ne le font pas, les femmes ne le feront que très rarement d'elles-mêmes tant les ressorts qui sous-tendent ce silence peuvent s'avérer puissants.

→ Un propos estimé « hors-sujet »

La plupart du temps, les femmes pensent que le sujet des violences qu'elles ont subies est hors-sujet et que cela ne rentre pas dans le cadre de la discussion avec le professionnel qu'elles ont en face. Donc, si le sujet n'est pas abordé par le professionnel lui-même, la patiente a de fortes probabilités de considérer qu'il n'y a aucune raison d'en parler. C'est d'autant plus vrai chez les femmes migrantes qui se représentent souvent assez mal l'organisation du système de santé en France et pour qui « les médecins sont là pour la santé, les AS pour les problèmes de loyer etc."

→ Honte et culpabilité

Les traumatismes engendrés par les violences sexuelles suscitent quasiment systématiquement un sentiment de culpabilité, de honte, voire de dégoût pour soi-même, chez les femmes qui en sont victimes. Ces sentiments représentent alors des freins puissants au fait de parler spontanément de ces violences subies.

→ L'injonction au silence

Les femmes sont généralement d'autant moins enclines à évoquer les violences subies que ces violences s'accompagnent quasi systématiquement d'une injonction au silence imposée par

l'agresseur. Cela peut être fait de façon très claire et directe ("*tais-toi !*", "*si tu en parles, tu verras ce qui va t'arriver*") et s'accompagner de menaces brandies en lien avec le milieu professionnel ("*plus personne ne voudra travailler avec toi qui parle de ces choses dégoûtantes*") ou intrafamiliale ("*tu vas faire tellement de mal à tes parents*"). Donc, si les victimes ne parlent pas, ce n'est pas pour préserver leur intérêt mais bien parce qu'elles sont soumises au silence par l'agresseur.

→ La peur de ne pas être crue

Il existe aussi de façon très prégnante la peur de ne pas être cru si on parle de ce que l'on a subi. Ce sentiment est d'ailleurs souvent vécu à raison et, lorsque les femmes ne sont pas prises au sérieux après avoir raconté ce qu'elles ont subi une première fois, il y a toutes les chances pour qu'elles ne recommencent pas une seconde fois, à fortiori si la question ne leur est pas posée.

→ L'insécurité administrative

Un autre facteur de ce silence réside dans l'insécurité administrative dans laquelle vivent les femmes migrantes. Pour ces femmes, les démarches liées à l'obtention du statut de réfugié génèrent beaucoup de stress, ce qui empêche la parole de se libérer : soit par peur de venir enrayer un processus administratif déjà fragile, soit tout simplement parce qu'il inhibe et empêche de se sentir suffisamment à l'aise pour se confier. Surtout lorsque les professionnels représentent pour ces femmes les institutions qui vont décider de leur sort. Le traumatisme peut alors être refoulé et il peut parfois falloir des années pour trouver la confiance nécessaire pour parler.

→ Un « isolement collectif »

Les victimes de violences se placent souvent dans une situation d'isolement, y compris vis-à-vis de celles qui ont subies les mêmes traumatismes. Par exemple, au sein de groupes de femmes excisées, même si toutes les femmes du groupe sont excisées (sœur, tante, cousines etc), on remarque qu'elles ne parlent jamais de l'excision ensemble. C'est d'ailleurs un peu la même logique à l'œuvre pour les enfants victimes d'inceste ou victimes collatérales de violences conjugales qui, très souvent, souffrent toutes, mais "*ensemble chacune dans son coin...*"

→ La représentation des violences

D'autre part, au-delà de la difficulté à exprimer ce qu'elles ont subi, existe aussi parfois une difficulté pour les femmes migrantes à se représenter ce qu'elles ont vécu comme une violence. Par exemple, il est très fréquent que des femmes déclarent ne jamais avoir vécu de violences sexuelles alors que, pourtant, elles sont excisées. Mais, elle ne se le représente pas forcément comme une violence. Dans certains cas, les violences sexuelles subies non représentées comme telles peuvent alors se manifester plus tard, à travers une somatisation du corps.

Par exemple, longtemps après une fausse couche dans les suites d'un viol, une femme continuait d'avoir beaucoup de saignements sans qu'aucune explication médicale ne soit trouvée. Lorsque les professionnels l'interrogeaient, elle ne parlait pas du viol qu'elle avait subi ; ce n'est que lorsqu'elle a participé à un groupe de parole et qu'elle a entendu d'autres femmes témoigner de leur viol, qu'elle a pu se représenter son viol comme une violence et qu'a pu être traité son problème.

Ainsi le mot même de "violence" ne représente pas la même réalité pour toutes. Qu'il s'agisse de l'excision, du mariage forcé ou arrangé, de l'hébergement contre des rapports sexuels, de la prostitution etc., toutes les femmes ne vont pas intégrer les mêmes pratiques derrière ce mot de « violence ».

Aussi, comme pour toute personne accompagnée, ce qui est important c'est de partir de leur réalité, leurs priorités, leurs besoins qu'elles ont elles-mêmes identifiés. Attention donc à ne pas venir plaquer nos propres représentations sur leur réalité.

On le voit, il existe donc tout un ensemble de raisons qui poussent les femmes au silence et qui font que, quelle que soit sa situation ou la nature des violences subies il n'est jamais évident pour une femme, et encore moins une femme migrante, d'évoquer les violences sexuelles qu'elle a pu vivre.

2.2 La posture du professionnel face au sujet des violences sexuelles

Une fois que l'on a compris quels étaient les principaux ressorts qui empêchent cette parole concernant les violences sexuelles subies de s'exprimer, se pose alors une série de questions pour le professionnel : quels leviers activer pour permettre sa libération et comment l'accueillir et réagir quand elle émerge ? C'est ici en effet le sujet de la posture qui se pose : comment se positionner pour déclencher et recevoir les témoignages ?

→ Prendre les devants en posant des questions

Puisque, sur le sujet des violences sexuelles subies la parole n'est que rarement spontanée, c'est donc au professionnel de prendre les devants. En tant que professionnel il est important de ne pas avoir peur de « faire plus de mal que de bien » en posant des questions et de ne pas se dire « je respecte son choix de ne pas parler, le jour où elle sera prête je serai là pour l'écouter » mais d'être bel et bien proactif sur le sujet, même si rien n'indique à priori un besoin sur le sujet.

Il faut alors poser des questions concrètes : « avez-vous subi des violences dans votre vie ? », « est-ce que quelqu'un vous a déjà fait du mal ? », « avez-vous des symptômes dont vous pensez qu'ils pourraient être liés à des violences subies ? » etc.

Dans le cas où certaines personnes ne se sentent pas très à l'aise avec ces questions, il est alors possible de partir des symptômes, de la clinique.

Exemple : « dans certains cas, les symptômes que vous avez peuvent être dus à des violences, est-ce que cela ne serait pas votre cas ? ».

La question des violences peut aussi être abordée à partir de questions concernant les conditions de vie au pays, les motifs de départ, les différentes étapes du parcours avant l'arrivée en France ou sur les conditions de vie depuis l'arrivée en France (comment vous faites pour vous loger, pour manger etc). En partant du constat de la situation actuelle, cela permet de faire émerger les difficultés et de bien identifier des situations à risque : mariage forcé, violences intrafamiliales, excision, hébergement contre relation sexuelle etc. Il est important, en tant que professionnel, de dire que l'on connaît ces difficultés, que l'on sait que cela se produit fréquemment et que d'autres vivent des situations similaires. Cela peut faciliter la prise de parole et permettre de faire des propositions d'aide.

Ensuite, la personne sera sensible ou pas à la perche que vous lui tendez... Parfois, elle s'en saisira directement et, parfois, seulement au bout de plusieurs rdv. Mais le plus important reste que la personne sache que le jour où elle souhaite s'exprimer là-dessus, elle sait où elle peut le faire.

Dans tous les cas, il n'existe pas vraiment de bonnes ou de mauvaises questions... Les seules bonnes questions sont celles avec lesquelles on se sent à l'aise et qui permettent de bien signifier à la femme que vous êtes disposé à entendre.

Effectivement, il est par contre tout à fait fondamental de prendre conscience que poser des questions signifie obligatoirement que l'on est prêt à entendre les réponses.

→ Adopter une attitude propice à la confession : sécurité, confiance et bienveillance

Lors des entretiens, quels que soient la forme et le contexte de ces entretiens, le plus important est de poser les bases d'un sentiment de sécurité qui sera le fil rouge de tout le parcours développé par la suite. C'est parce que la femme se sent en sécurité qu'elle pourra ensuite remettre en question ce qu'elle a vécu jusqu'à présent.

Effectivement, au-delà des compétences médicales, sociales ou juridiques, ce qui aide le plus c'est le sentiment de confiance instauré. Les compétences techniques doivent s'appuyer sur des compétences relationnelles et pédagogiques.

Pourtant, les professionnels, s'ils sont généralement très formés sur les compétences techniques, ne le sont que rarement sur les compétences relationnelles et pédagogiques... Il faut déconstruire la mythologie que « certains détiennent ces compétences et d'autres n'en sont pas capables » ; c'est faux, tout le monde peut se former et progresser sur ce sujet.

→ Toujours croire « à priori »

Quand les femmes victimes de violence arrivent en France, elles ont encore peur : les séquelles du traumatisme subi au pays engendrent la peur et l'incapacité de parler. Souvent, elles ont aussi peur de ne pas être crues et peuvent alors se mettre en place des stratégies de contournement dans le récit, voire d'emprunt d'éléments d'autres récits.

Lors de l'anamnèse ou lorsque l'on prépare les femmes à leur passage devant l'OFRPA ou la CNDA, on peut alors s'apercevoir que certains éléments ne sont pas cohérents. Mais, à force d'échanges et de discussions, il est possible de comprendre ce qui s'est réellement passé. Il faut donc créer les conditions d'émergence de la vérité pour bien comprendre ce qui se passe et mieux aider les femmes. Et les premières conditions sont d'être bienveillant et de toujours croire à priori, tout en préparant par ailleurs ces femmes à ce qu'elles ne soient pas toujours crues.

Effectivement, le passage devant l'OFRPA est presque comme un interrogatoire devant un juge d'instruction qui va s'atteler à contrôler la cohérence du discours par rapport à une situation géopolitique locale. Le rôle de l'avocat ou du professionnel qui accompagne ces femmes est de les mettre en situation pour qu'elles ne soient pas trop surprises par cet environnement lorsqu'elles y sont confrontées. A noter ici l'importance, pour tous les professionnels qui accompagnent ces femmes, d'être bien formés sur le droit et sur les procédures.

Exemple : une femme nigériane arrive dans un cabinet d'avocat avant de passer à la CNDA, après le refus en première instance de l'OFRPA. Au moment de raconter son histoire, l'avocate se rend assez vite compte qu'il y a des problèmes dans son récit. Elle réalise également que cette femme est manipulée par un réseau qui la terrorise. L'avocate prend alors le temps de lui expliquer qu'elle est tenue au secret professionnel, que la session devant la CNDA pourra être à huis clôt etc. Une fois la personne convaincue qu'elle peut parler tranquillement, elle raconte son récit, sans incohérence.

Dans d'autres cas, certaines femmes sont tout simplement dans l'incapacité de parler de ce qu'elles ont vécu.

Ainsi, ce n'est pas parce que les femmes ne disent rien ou qu'elles tiennent des propos erronés et incohérents qu'elles mentent sur le fait d'avoir subie des violences sexuelles et qu'elles ne doivent pas être protégées.

→ Affiche et flyers

Pour amorcer le dialogue et créer un climat propice à l'expression, il peut être intéressant de se reposer sur des outils de communication visuels qui vont venir indiquer à la patiente qu'elle est dans un lieu susceptible de l'écouter. Par exemple, la discussion peut être déclenchée par une affiche dans la salle d'attente ou par une petite brochure posée sur un bureau. Ces supports permettent alors de créer un cadre favorable et peuvent représenter un support de départ pour amorcer la démarche thérapeutique.

→ Des ateliers d'expressions

Pour faire émerger la parole, il peut également être intéressant d'animer des temps collectifs. Ces temps peuvent alors prendre la forme d'ateliers d'expression à travers le théâtre, le sport ou tout autre moyen qui permet une forme d'expression. L'idée est ici de créer des canaux alternatifs d'expression qui peuvent permettre de contourner les freins engendrés par les formats plus classiques et de débloquer une situation, soit par la confrontation au collectif soit par le vecteur proposé. Une fois la situation débloquée, l'objectif sera alors de réembrayer sur un schéma de prise en charge plus classique mais sur la base d'une parole qui a déjà commencé à se libérer.

→ Mettre la femme en position de pouvoir

En termes de posture, il est très intéressant d'essayer de mettre la femme victime de violence en position de pouvoir lors de l'interaction plutôt qu'en position de « subir » l'action que l'on souhaite engager avec elle. Avec pour objectif qu'elle puisse devenir actrice de sa prise en charge, retrouver du pouvoir d'agir sur son corps et créer les conditions pour reprendre le contrôle de la situation vécue. Par exemple, dans le champ gynécologique, s'il y a besoin d'un prélèvement vaginal, il est possible de demander à la femme de s'introduire elle-même l'écouvillon en intra-vaginal (idem pour le

spéculum si besoin d'observer le col de l'utérus). Dans certain cas, cela désamorce complètement la peur de la consultation gynécologique alors que cela ne change rien au niveau médical.

→ La conduite de l'entretien médical

Le moment de l'entretien avec la patiente représente forcément un moment clef pour accéder à de l'information. Cependant, il est important de ne pas conduire cet entretien n'importe comment si l'on souhaite qu'il soit efficace. Il peut alors être bon d'avoir en tête quelques repères pratiques :

- L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel est un outil qui s'ancre dans la philosophie de "l'éducation thérapeutique du patient" que connaissent bien les infectiologues et addictologues.

L'idée est d'utiliser une méthode de communication avec un entretien centré sur le patient en posant des questions ouvertes, en demandant son avis ou patient, en faisant attention au « réflexe correcteur » etc.

Par exemple : une femme SDF qui a recours au 115 fait part de son envie de grossesse. Le premier réflexe sera généralement de lui demander si elle pense que c'est « vraiment une bonne idée » ... Dans ce cas-là, risque de s'opérer un « réflexe de contradiction » avec une volonté renforcée de la part de cette femme de montrer qu'elle en est bel et bien capable et que, oui, c'est une bonne idée... Il vaut alors mieux lui demander : « que pensez-vous de votre situation et de votre envie de grossesse ? ». Retourner la question peut alors retourner la réponse. En fin de consultation, il est alors possible que la femme déclare que « ce n'est finalement peut-être pas une bonne idée de tomber enceinte maintenant ». Ce qui permet ensuite d'embrayer sur une discussion sur les contraceptifs. Puis de proposer un rdv pour la pose d'un implant. Si cela procède d'une prise de conscience et d'une volonté de la patiente et qu'elle n'a pas l'impression de se faire forcer la main par le professionnel, il y a moins de chance pour qu'elle prenne rdv chez un autre médecin pour le retirer quelques jours après ! Cet entretien motivationnel permet donc de rendre la décision plus constructive et plus efficace.

- L'écoute réflexive :

L'écoute réflexive consiste à reprendre des mots dans la phrase que l'on souhaite que la patiente développe.

Exemple : « ça ne va pas trop à la maison en ce moment, on est tous tendus... » et le professionnel de répondre « Quand vous dites tendu c'est à dire ? ».

Cela permet de ne pas se cantonner au superficiel et de creuser sur les sujets plus profonds.

- La reformulation :

La reformulation consiste à reprendre les propos de la patiente en changeant les termes pour s'assurer que l'on a bien compris ce qui vient d'être dit.

Exemple : « si j'entends bien, vous me dites que là vous avez très envie d'avoir un bébé et en même temps cela vous inquiète parce que vous ne savez pas si vous avez les conditions matérielles nécessaires ou si votre santé psychique vous permettrait d'accueillir ce bébé, c'est bien ça ? »

Il est important de penser à bien adapter son niveau de langage à la personne en face. Grâce à cette reformulation, soit la patiente se sent comprise et la personne répond « oui, c'est ça ! » et ça fait du bien de se sentir compris... (c'est rare d'avoir une personne en face de soi qui nous écoute vraiment) soit elle répond « non, ce n'est pas que j'ai voulu dire ; ce que j'ai voulu dire c'est... »

Cela augmente beaucoup la satisfaction de la personne et la qualité de l'entretien et permet donc de déboucher sur une prise en charge sociale et juridique beaucoup plus pertinente.

→ La conduite de l'entretien au niveau social

Au niveau de l'accompagnement social, comme il n'existe pas de consultation à proprement parler, la très grande majorité des informations doit être récoltée au moment de l'entretien. Ici aussi, quelques pistes de réflexion permettent de repenser la façon dont ces entretiens peuvent être amenés.

- Des entretiens informels :

Quand cela est possible, il est aussi bien d'éviter de réaliser des entretiens formels sur convocation dans un bureau mais plutôt d'aller au-devant des patientes quand elles sont prises en charge en unité de soin. L'entretien peut alors se dérouler dans une chambre ou dans une salle d'attente et sur le ton de la discussion, sans employer d'expressions trop formelles.

- Une posture d'écoute :

Lors de cette première prise de contact, il est très important d'être dans une posture d'écoute active, d'observation et de réassurance. L'objectif principal est de créer un lien de confiance pour que la personne puisse verbaliser ses difficultés.

- Disponibilité :

Une fois la communication amorcée, il est tout aussi important de se tenir disponible, c'est-à-dire de pouvoir répondre aux questions, aussi bien sur le moment que lors de sollicitations ultérieures. Si jamais on constate un manque de disponibilité, il y a de fortes chances que la personne ne sollicite plus l'aide du professionnel, même si elle en a besoin.

- Partir des difficultés administratives :

Ce sont très souvent les difficultés administratives qui sont le point de départ et le support des échanges et qui permettent la verbalisation des difficultés plus globales rencontrées.

- Utiliser des outils traduits :

Se reposer sur les supports traduits en matière de sensibilisation, d'information et d'orientation peut représenter un bon point de départ.

- Croire par principe :

Surtout, pas de jugement et croire par principe ce qui est dit !

→ Valoriser les outils de régulation émotionnelle

Lors du suivi, une fois que la patiente a commencé à relater son parcours et son quotidien, il peut-être très intéressant de valoriser la patiente sur ce qu'elle arrive à mettre en place inconsciemment comme outil de protection pour elle-même et comme outil de régulation émotionnelle. En effet, les personnes victimes de violences possèdent en général des outils pour véhiculer leurs émotions. Le problème est que ce sont quasi systématiquement des outils destructeurs (scarification, consommation de toxiques etc.). Dans ce cas-là, il peut être intéressant d'essayer de renverser la posture et de valoriser cela en le présentant comme une « stratégie de survie » qui a marché jusqu'à présent mais qui demande à évoluer vers de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle, mieux choisies et moins subies.

La posture du professionnel face à ces femmes migrantes potentiellement victimes de violences sexuelles est donc déterminante pour que les témoignages puissent émerger dans les conditions qui permettront une prise en charge adaptée et de qualité.

Détecter les violences est le préalable pour amorcer protection, soin et justice, et, contrairement à ce que l'on peut penser, cela ne va pas nécessairement de soi. Il est donc important de se former et d'en parler en équipe, de façon à réunir les conditions qui permettront notamment au professionnel de se protéger pour travailler dans la qualité sur la durée, surtout lorsque l'on sait qu'il faudra parfois des années de reprise de confiance pour pouvoir intervenir.

3. Une prise en charge complexe qui demande pluridisciplinarité et coordination

Prendre en charge les violences sexuelles subies, c'est essayer de proposer un chemin pour que la femme les ayant subies puisse se reconstruire. Cela demande donc de comprendre la nature intrinsèque du problème pour pouvoir proposer une réponse adaptée, même si la réponse est bien souvent complexe et qu'elle demande de mobiliser des expertises et des volets d'intervention tout autant différents que complémentaires.

3.1 Les différents volets de la prise en charge

Lors des migrations, les personnes sont exposées à tout un ensemble de risques liés les uns aux autres. Par exemple, les traumatismes liés aux parcours migratoires s'accroissent fortement en côtoyant la précarité, la faim, la mort, ou encore la rue. Les personnes migrantes luttent alors intérieurement en permanence, ce qui les épuise à la fois physiquement et moralement. Cela peut donc engendrer des conséquences au niveau psychologique : des troubles du sommeil, un sentiment de culpabilité, un état d'alerte permanent ou encore des troubles de l'attention etc. Cela peut également être la cause de nombreux troubles d'ordre purement somatique.

Aussi, les conséquences pouvant être nombreuses et d'ordre divers, il est effectivement important de mettre en place une prise en charge à différents niveaux.

→ Au niveau social

La prise en charge de la femme migrante victime de violence sexuelle doit généralement passer par un accompagnement d'un travailleur social dont le rôle pourra prendre différentes formes selon son métier, ses prérogatives et selon les situations qui se présentent.

Quelques grands axes du travail d'accompagnement social auprès des femmes victimes de violences sexuelles :

- Repérer les facteurs de risque et les vulnérabilités en observant dans quelle situation évolue la femme que l'on accompagne : est-elle isolée ? Qui traduit pour elle ? Qui a accès à ses documents officiels ? Est-elle systématiquement accompagnée lors des rdvs etc.
- Rompre l'isolement en mettant en lien vers d'autres acteurs du social, du médical ou de tout autre service qui permet de répondre aux problématiques observées. Rompre l'isolement peut aussi passer par la mise en relation avec d'autres femmes victimes de violences pour qu'elles puissent échanger sur leur situation respective.
- L'aide aux démarches administratives pour faire valoir les droits de la personne.
- Un rôle de médiation pour la compréhension du dispositif de santé et, dans l'autre sens, un rôle de médiation après des soignants pour les aider à la compréhension du parcours de ces femmes. Cette médiation doit permettre d'impulser une réflexion collective en équipe sur la meilleure réponse à apporter à ces femmes.

Cependant, cet accompagnement social comporte de nombreuses difficultés dont il vaut mieux avoir conscience pour mieux les appréhender et les surmonter :

- Difficultés à coordonner les différentes temporalités : temporalité de la patiente, temporalité médicale, temporalité administrative etc.
- Difficultés liées à la barrière de la langue : au niveau administratif, absence de traduction des différents supports ministériels sur la prévention et la prise en charge des violences, manque de recours à l'interprétariat lors de la prise en charge etc.

Aussi, souvent, l'absence de réponses ou d'alternatives satisfaisantes est-elle tout aussi déconcertante pour les victimes que pour les professionnels.

→ L'hébergement

En lien avec le volet social, la problématique de l'hébergement est une question centrale concernant la prise en charge et l'accompagnement de ces femmes. C'est effectivement un paramètre qui

explique et conditionne beaucoup d'autres facteurs et qui s'avère déterminant dans la réussite de ce qui peut être mis en place. C'est aussi un préalable indispensable pour se soigner et se reconstruire. Dans le cas des violences sexuelles, la priorité est donc de rappeler régulièrement la situation d'urgence en nommant précisément les risques encourus pour ces femmes et de les mettre « à l'abri » dans un hébergement sécurisant afin d'éviter des situations dangereuses : cohabitation contre loyers élevés ou échanges sexuels, hébergements 115 insécurisants aux niveaux des espaces communs etc.

→ Le volet juridique

Au même titre que pour tous les migrants, pour les femmes victimes de violences, les procédures administratives et juridiques jouent un rôle capital concernant leur situation et le fait qu'elles aient été victimes de violences représente un axe sur lequel appuyer la demande d'asile.

A ce sujet, il est d'ailleurs intéressant de savoir que, pour que les violences subies représentent un argument d'octroi de l'asile, il y a deux conditions à remplir : avoir subi des violences dans le pays d'origine et démontrer l'actualité des craintes.

1) Avoir subi des violences dans le pays d'origine et pouvoir le prouver :

La Cour européenne des droits de l'Homme et la CNDA possèdent une jurisprudence sur les violences sexuelles subies dans le pays d'origine. Mais, si en théorie les juges doivent croire « par principe » et qu'il en va de leur responsabilité de démontrer que ce racontent les victimes est faux, en pratique, cela fonctionne souvent dans l'autre sens et c'est aux femmes de démontrer qu'elles ont bien vécu ces violences.

Or, la question de la preuve est souvent très délicate puisque les personnes migrantes n'arrivent presque jamais avec les documents qui permettent de corroborer exactement les faits qu'elles avancent auprès des officiers de l'OFPPA qui recueillent le discours. Dans ce cas, soit la preuve se fait par recoupement avec des événements médiatiques connus de ce qu'il s'est passé dans le pays d'origine, soit il faut trouver d'autres éléments de preuve venant du pays d'origine, ce qui peut s'avérer extrêmement difficile (liens coupés avec la famille au pays, peur de témoigner sur place etc). Sans preuve, c'est alors beaucoup plus difficile d'argumenter et il faut essayer de convaincre en avançant la crédibilité du discours tenu. De plus, dans le cas de violence subie extrêmement grave (viol de guerre par exemple), il n'est pas rare que la femme soit dans l'incapacité totale de parler pendant l'audience, ce qui complique encore plus l'argumentation.

Dans le cas des viols il peut alors s'avérer important de posséder un certificat médical réalisé par un médecin légiste. Cela peut être réalisé même si le viol a été subi des années après et le document du légiste fait alors foi. Attention tout de même au délai pour obtenir un rdv qui doit intervenir avant l'audience, sachant que l'obtention d'un rdv après la date de l'audience ne constitue pas un motif de renvoi de l'audience... Il est donc important d'avoir le réflexe dès que l'on est confronté à cette situation. Et, si les lésions constatées correspondent aux éléments du récit, cela constitue un élément fondamental auprès de l'OFPPA.

2) Démontrer "l'actualité des craintes" :

Il s'agit d'apporter la preuve que, si la personne revient dans son pays d'origine, ces violences peuvent se répéter.

Ce sujet de l'actualité des craintes pose alors question dans le cas des violences sexuelles, notamment concernant l'excision. En effet, si une femme a déjà été excisée, elle ne peut donc pas le subir à nouveau dans son pays d'origine. Il n'y a donc en théorie pas d'actualité des craintes à faire valoir et la demande d'asile ne peut donc être accordée sur ce seul motif dans la jurisprudence de l'OFPPA.

Il est cependant possible de déjouer cette décision lorsque ces femmes ont des filles qui ne sont pas encore excisées. Les petites filles peuvent donc obtenir l'asile à ce titre, ce qui permet à la maman d'obtenir une protection subsidiaire.

De façon plus générale, il est important de toujours bien expliquer comment fonctionnent les décisions, et celles de l'OFPPA notamment. Par exemple, les femmes demandent souvent à obtenir un certificat d'excision pensant que ce document vaudra seul comme une autorisation à rester sur le territoire français.

→ Le cas des violences conjugales

Le cas de violences conjugales est toujours très délicat à traiter puisque, quand un couple arrive sur le territoire français et qu'il demande l'asile, le processus administratif d'accompagnement mis en place s'adresse à l'entité "famille", notamment pour l'hébergement. Du coup, les femmes victimes de violences conjugales n'osent que très rarement parler, de peur de casser la protection offerte à cette entité familiale. Se pose alors pour elles un véritable dilemme : faut-il parler et, si oui, quand ?

Dans ce cas-là, il faut savoir que pour une femme victime de violence en France il est possible d'obtenir un titre de séjour pour ce motif, quel que soit le stade du processus dans lequel elle se trouve (CF Article 425-6 du CESEDA qui permet à une femme victime de violences physiques, sexuelles ou de traite des êtres humains d'obtenir une protection). Cependant, le problème reste toujours la démonstration de ces violences.

Dans le cas des violences conjugales, il est aussi possible de solliciter une ordonnance de protection, qui dépend du pénal et pas du civil et qui s'obtient auprès d'un juge judiciaire (*« L'étranger qui bénéficie d'une ordonnance de protection en vertu de l'Article 515-9 du Code Civil en raison des violences exercées au sein du couple ou par un ancien conjoint, un ancien partenaire lié par un PACS ou un ancien concubin, se voit délivrer dans les plus brefs délais une carte de séjour Vie privée et familiale »*).

A savoir que, même si la personne a porté plainte et que la plainte est classée sans suite, il est tout de même possible de demander une ordonnance de protection. S'ouvre alors une procédure contradictoire, ce qui signifie que la personne accusée de violence doit se présenter à l'audience pour évoquer les faits devant l'accusé. Il peut alors arriver que les femmes sous emprise, même en présence d'un juge et de leur avocat, renoncent à parler parce qu'elles n'y arriveront pas en face de l'agresseur. Le rôle de l'avocat, ou à défaut, de toute personne qui accompagne ces femmes, est alors de les préparer à cette situation, de leur faire bien comprendre qu'elles sont protégées. Si malgré tout il est trop difficile pour la victime de parler, il faut alors demander au juge de se baser sur des éléments matériels : prendre en compte un certificat de médecin légiste, un dépôt de plainte, des témoignages etc. Une fois l'ordonnance de protection obtenue, des mesures s'imposent, avec, pour commencer, une mesure d'éloignement.

→ Les réponses d'ordre psychologiques.

Lorsque l'on prend en charge des migrants primo arrivants, se pose nécessairement le sujet du besoin en accompagnement psychologique. Effectivement, du fait des violences subies avant le départ, pendant le parcours, et/ou après, à l'arrivée en France, le risque de traumatisme est très important. Aussi, même si, la demande n'est pas exprimée de prime abord, il semble important d'au moins présenter les dispositifs existants en la matière, car l'offre peut déclencher la demande.

Par exemple, à la création de l'unité d'accueil multidisciplinaire des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines au CHU de Rennes, il n'y avait pas d'offre psychologique, considérant que le sujet de la sexualité était trop tabou pour être abordé dans ce cadre. Puis, finalement, une offre psychologique a été mise en place et on constate que la demande est de plus en plus forte. Pour ces femmes, c'est souvent la première fois qu'elles ont l'occasion de se saisir du sujet de leur sexualité et des violences subies.

Le sujet est également tout particulièrement important pour l'accompagnement des MNA (Mineurs Non accompagnés), qui se questionnent beaucoup sur leur place et leur intégration, tant à leur pays d'origine qu'à leur pays d'arrivée. Ces questionnements autour de l'identité sont effectivement d'autant plus forts au moment du passage de l'enfance à l'âge adulte. Le jeune adulte a alors, au cours de cette période, un fort sentiment de perdre son identité et, pour se défendre, il se replie sur lui-même. Cela peut faire resurgir des traumatismes vécus, et donner lieu à des pensées envahissantes, au mélange du présent, du passé et du futur. La prise de recul est alors très complexe et demande souvent un fort accompagnement psychologique.

Pour que cet accompagnement psychologique, quelle que soit la personne à qui il s'adresse, puisse alors se dérouler dans de bonnes conditions, il est alors important que soit créé un lien de confiance avec le professionnel et que cela soit proposé en présence d'interprètes professionnels.

Cependant, il faut également souligner que ce travail de repérage va engendrer des demandes en santé mentale qui ne vont pas pouvoir toujours être suivies de prise en charge effectives étant donné l'engorgement actuel du secteur de la psychiatrie.

3.2 La nécessité d'une approche coordonnée

Si, comme on vient de le voir, il existe bien différents volets dans la prise en charge des violences, il n'en demeure pas moins important que ces différents volets soient bien coordonnés les uns avec les autres et que la prise en charge soit la plus harmonisée possible.

L'harmonisation de cette prise en charge se joue alors en combinant plusieurs niveaux :

- L'accompagnement individuel : lors des entretiens, des consultations etc.
- L'accompagnement collectif : que les différents professionnels qui ont réalisé ces entretiens, ces consultations etc. puissent échanger entre eux et confronter leur idées et suggestions pour la prise en charge globale.
- L'accompagnement institutionnel : que soient intégrés et systématisés dans les pratiques des professionnels des temps réguliers de réunion en équipe autour de cas et des temps d'analyse de la pratique. Et, plus globalement, que soit reconnu et assumé, au niveau institutionnel, les besoins en matière de prise en charge (reconnaitre les besoins et proposer des moyens pour y répondre !).

→ L'exemple de la maison d'Ella : une approche pluridisciplinaire harmonisée.

La Maison d'Ella est un lieu sécurisé et bienveillant où des salariés et des bénévoles, soignants, travailleurs sociaux, accompagnants sont rassemblés en un seul lieu pour soutenir les femmes victimes de violences. Cette équipe multi professionnelle permet un accompagnement global, en s'appuyant sur le rythme et les ressources de la femme, afin de permettre une meilleure prise en charge du psycho traumatisme. Le projet est né suite à plusieurs tests non concluants de l'approche individuelle seule. Le collectif, composé d'une quinzaine de femmes, est animé par un médecin et une psychologue bénévole. L'accès au groupe se fait par la libre adhésion. Le groupe ne se centre pas uniquement sur les violences subies mais plutôt sur le quotidien des participantes, afin de pouvoir accompagner collectivement et sur l'ensemble des besoins identifiés.

Prendre en considération le quotidien de ces femmes permet d'humaniser les participantes, qui ne sont aujourd'hui malheureusement que trop souvent réduites à un numéro dans un service ou dans un logiciel, et de les replacer comme des êtres humains avec un passé riche, des compétences, des envies etc. ... L'objectif est alors de valoriser les femmes à travers les projets du groupe et de favoriser les passerelles entre les approches, les points de vue, les disciplines.

La Maison d'Ella mène également des recherches-actions dans lesquelles les femmes du groupe sont parties prenantes et peuvent ainsi par exemple s'exprimer sur les conditions indignes de non-accueil en France qui encouragent la vulnérabilité. Ces études inclusives permettent de placer les participantes au cœur de leur parcours et de leur donner la possibilité, si elles le souhaitent, de s'exprimer sur des sujets spécifiques.

Effectivement, le psycho-traumatisme complexe nécessite une phase de stabilisation avant de l'aborder, ce qui demande nécessairement un certain temps. L'approche collective de l'accompagnement permet alors de se décentrer du vécu de la personne, du parcours d'asile et ainsi d'aborder d'autres thématiques de la vie quotidienne. Une fois la phase de stabilisation passée, ces femmes vont pouvoir aborder le parcours migratoire et, à terme, mieux préparer les différents entretiens médicaux ou administratifs.

→ L'exemple de la Maison des femmes de Saint-Denis : un travail pluridisciplinaire et en réseau.

La Maison des femmes du centre hospitalier de Saint-Denis est un lieu de prise d'accueil des femmes en difficulté ou victimes de violences qui propose une prise en charge pluridisciplinaire de proximité, avec un guichet unique. Il s'agit d'une unité pluridisciplinaire large composée de professionnels de la santé (médecin légiste, sexologue, pédiatre, dermatologue, psychiatre, etc.) qui interviennent de manière transversale sur les trois unités : l'unité Planification familiale, l'unité Mutilations sexuelles féminines et l'unité Violences conjugales, intrafamiliales, sexuelles et sexistes. Au-delà de la prise en charge médicale, La Maison des femmes offre des ressources pour accompagner les femmes dans toutes les étapes de leur reconstruction. Ainsi, l'équipe se compose également d'assistantes sociales, de conseillères conjugales et familiales, de policiers, d'avocats, de juristes, ainsi que d'artistes et de sportifs, qui animent des ateliers d'amélioration de l'estime de soi. Cette équipe pluridisciplinaire intervient notamment dans le cadre des prises en charge collectives, incluant les ateliers

psychocorporels et d'amélioration de l'estime de soi, ainsi que les permanences juridiques, administratives et policières.

A noter que le bénévolat occupe une place particulière à La Maison des femmes qui, depuis son ouverture, s'appuie sur de nombreux bénévoles, très souvent experts dans un domaine particulier qui contribue au développement du lieu et qui interviennent sur des missions transversales comme la communication, l'administration, l'accueil, l'organisation d'ateliers, etc.

Par ailleurs, au-delà des ressources internes, ce lieu est ouvert sur tout un ensemble de partenaires associatifs qui viennent apporter leur expertise et offrir une plus-value à la prise en charge.

D'autre part, il est intéressant de constater que l'existence de ce service hospitalier dédié permet de sensibiliser les autres services qui sont alors plus enclins pour réaliser du dépistage, parce qu'ils ont été formés aux enjeux des violences sexuelles et parce qu'ils savent aussi mieux où orienter si besoin !

Aujourd'hui, après 6 ans d'existence, le lieu tire un bilan très satisfaisant de cette nouvelle offre de soins à la fois ouverte et harmonisée... à ceci près que la structure est saturée en permanence et qu'elle ne peut malheureusement pas répondre à l'ensemble des besoins.

C'est d'ailleurs pour cette raison que d'autres structures équivalentes sont actuellement en cours d'ouverture, à Rennes notamment, avec la volonté affichée d'inscrire la démarche dans une dynamique de réseau national.

CONCLUSION

Push-back illégaux organisés, et pourtant niés, par l'UE à ses frontières, violences systématiques perpétuées dans les camps de rétention aux frontières de l'UE, « délocalisation » des demandeurs d'asile du Royaume-Uni au Rwanda, augmentation croissante des rejets OFPRA et des demandes de recours en appel à la CNDA en France...

Le cadre politique et institutionnel actuel n'est très clairement pas en faveur de l'accueil et crée aujourd'hui les conditions d'existence d'une violence quasi systématique, devenue inhérente à l'exil. Le contexte, notamment celui lié à l'évaluation des situations dans les camps de rétention, va même jusqu'à encourager la vulnérabilité et l'exposition des femmes aux violences sexuelles puisque ce sont elles qui portent quasiment systématiquement la responsabilité de cette vulnérabilité pour protéger le reste de la famille.

L'évaluation de la vulnérabilité telle qu'elle se fait aux frontières et n'est d'ailleurs pas sans nous rappeler la gestion des appels d'hébergement d'urgence en France quand, lorsqu'une femme appelle le 115, la première question posée est celle de la grossesse.

On comprend alors la tentation que peut représenter le fait de tomber enceinte et comment ce système débouche sur des effets pervers en termes d'exposition aux violences sexuelles pendant le trajet migratoire, voire aux frontières et jusque dans le pays d'accueil ; au-delà donc des représentations classiques des seules violences subies dans le pays d'origine.

Ceux qui arrivent à passer dans les mailles du filet et qui parviennent à arriver en Europe le font donc alors souvent au prix de sévères sévices physiques et psychologiques.

Et si, pour les femmes, cela implique fréquemment des violences sexuelles, se pose donc la question pour les professionnels sur la façon d'appréhender la problématique.

En effet, ces violences sont encore malheureusement mal identifiées et peu reconnues, ce qui ne participe évidemment pas à les prendre en charge de façon satisfaisante.

Les interventions de ce colloque telles que synthétisées dans ces Actes nous permettent alors de balayer dans les grandes lignes, pour mieux appréhender les grands enjeux cette problématique : comment comprendre et composer avec le contexte d'interculturalité à l'œuvre dans la relation avec la femme migrante, comment se positionner dans son interaction avec elle pour créer les conditions d'émergence et d'accueil de la parole sur le sujet des violences sexuelles et comment se mobiliser entre professionnels de différentes disciplines pour proposer une prise en charge qui soit la plus complète et adaptée possible.

En filigrane de la restitution des échanges de ce colloque se dessinent également quelques pistes concrètes pour continuer de faire progresser la connaissance sur cette thématique et pour améliorer les conditions de la prise en charge.

Il existe des pistes évidentes : se doter des moyens humains et financiers suffisants pour bénéficier d'un cadre d'exercice satisfaisant (plus de ressources humaines, accès à de l'interprétariat professionnel, dotation en matériel adapté etc.), développer les formations sur sa pratique etc.

Et puis il existe les pistes moins instinctives, qui font sortir les praticiens du cadre de leur seule discipline et qui les poussent à élargir le champ de leur réflexion sur le sujet comme promouvoir les supports de sensibilisations artistiques qui permettent de mieux appréhender l'intime et de mettre des mots, des émotions et du vécu sur ce que l'on entend dans les actualités. Ou encore se forcer à décroquer sa pratique en investissant des espaces de formation et de rencontres et d'échanges pluridisciplinaires pour toujours mieux faire valoir le droit des victimes, mieux investir les solutions qui existent déjà et contribuer à en inventer de nouvelles.

Car, sur ce sujet, les pistes de réflexion qu'il reste à investir semblent encore très nombreuses et les marges de progressions réelles. Il faut cependant que le sujet soit bel et bien considéré et reconnu en tant que tel, tant au niveau micro, dans la pratique quotidienne des professionnels qui exercent au contact des femmes migrantes qu'au niveau plus macro, sur la scène scientifique, politique et culturelle concernant les représentations et les efforts consentis pour s'attaquer aux causes profondes du problème et proposer des solutions pour y répondre de façon plus structurelle.