



E H E S P

ABORDER LES VIOLENCE PHYSIQUES ET SEXUELLES EN CONSULTATION AUPRES DES FEMMES EN DEMANDE D'ASILE

Master 2 Promotion de la santé et prévention – Année 2023-2024

MARCEL Alexia

Direction de Mémoire : Clélia GASQUET et Jean-Marc CHAPPLAIN

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des femmes hébergées au CADA de l'association Saint-Benoit Labre, de m'avoir accordé cette confiance et d'avoir contribué à ce travail.

Je remercie mes directeurs de mémoire, Mme Clélia GASQUET et Mr Jean-Marc CHAPPLAIN pour leurs précieux conseils, m'ayant permis de mener cette recherche à terme.

Je remercie mes collègues Mme Meggan MAILLARD ainsi que Mme Morane MARLEC pour leur participation et leur grande implication aux entretiens collectifs.

Je remercie également Mme Delphine MOREAU ainsi que Mme Audrey LE QUILLEUC pour leurs conseils avisés favorisant la préparation de mes entretiens collectifs.

Je remercie par sa présence et son soutien, Mme Marie-Renée GUEVEL, d'avoir accompagné la promotion tout au long de ce Master.

Je remercie l'ensemble de mes collègues de la promotion du Master Promotion de la Santé et Prévention, grâce à eux cette année restera pour moi un très bon souvenir.

Je remercie évidemment mon entourage familial et amical de m'avoir soutenue dans ce projet.

Enfin, mes remerciements vont également à la Direction et au Conseil d'Administration de l'Association Saint-Benoit Labre qui m'ont permis cette reprise d'étude, me permettant ainsi de réaliser pleinement mon projet professionnel.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
I- INTRODUCTION	3
II- CONTEXTUALISATION DE LA RECHERCHE	7
A- CONTEXTE GENERAL ET CONCLUSION DU TRAVAIL DE RECHERCHE DE M1	7
B- PRESENTATION DU CADA DE L'ASSOCIATION SAINT-BENOIT LABRE, LIEU DE RECHERCHE.....	15
III- RECHERCHE DU SUJET DANS UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE	17
A- METHODOLOGIE DE RECHERCHE	17
B- DEROULE DU PREMIER FOCUS GROUP	19
1- <i>Présentation des participantes</i>	19
2- <i>Organisation du lieu</i>	20
3- <i>Animation</i>	21
4- <i>Résultats du premier focus group</i>	23
C- DEROULE DU DEUXIEME FOCUS GROUP – LE CHOIX DU PHOTO-EXPRESSION.....	26
1- <i>Présentation des participantes</i>	26
2- <i>Animation</i>	26
3- <i>Résultats du focus group</i>	29
IV- VIOLENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES EN LIEN AVEC LA RELATION DE SOIN	32
A- CONTEXTUALISATION DU SUJET CHOISI ET SA PROBLEMATIQUE.....	32
B- METHODOLOGIE DE RECHERCHE	39
C- PRESENTATION DES RESULTATS.....	40
V- ANALYSE ET DISCUSSION	49
A- INTERET DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE.....	49
B- FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	52
C- REPERER ET ACCOMPAGNER FACE AUX VIOLENCES	54
VI- CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57
RESUME/ABSTRACT	60

La France incarne en Europe la plus ancienne terre d'immigration. En effet, à partir de la seconde moitié du XIXème siècle, les mouvements migratoires vers la France s'intensifient. Au départ essentiellement une immigration frontalière avec l'Allemagne et la Belgique, elle s'est peu à peu diversifiée avec l'arrivée de ressortissants Italiens et Polonais, et plus tard avec une immigration espagnole et portugaise, mais également originaire des pays du Maghreb et d'Afrique Subsaharienne. Cette vague migratoire, à l'initiative de la France, a permis non seulement de combler des besoins de mains d'œuvre dans les secteurs miniers et de la métallurgie, mais également de reconstruire la France à la suite de la Première et Deuxième Guerre Mondiale. (Harzoune, 2022a) Ces travailleurs seront souvent recrutés directement dans les colonies françaises, notamment pendant les périodes de guerres.

Cependant, cette immigration de travailleurs a été suspendue lors du mandat du président Valery Giscard D'Estaing en 1974. Devant l'ampleur du choc pétrolier, et la montée en puissance du chômage que connaît la France à cette époque, des mesures permettant cette fois-ci de limiter l'immigration ont été adoptées, dans l'optique de freiner la progression du chômage. (Barral, 2022) Cette année marque le début des nombreuses mesures en matière d'immigration en France.

Aujourd'hui, les raisons d'immigrations ont changé, et la France, abrite chaque année un peu plus de personnes exilées. L'augmentation des conflits politiques, de l'insécurité et l'accélération du dérèglement climatique concourent à l'accroissement de ces flux migratoires.

Aussi, même si l'immigration a toujours été au cœur des débats, les années 2023 et 2024 sont particulièrement marquées par un climat politique et législatif tendu, notamment en raison du projet de loi visant à « contrôler l'immigration et améliorer l'intégration ». Certaines dispositions issues de cette nouvelle loi, tendent à dégrader encore un peu plus le droit des étrangers accueillis sur le sol français, et, selon Amnesty international, réduisent à percevoir ces derniers comme une menace pour la France. (Amnesty international, 2024) De la même manière, malgré la censure de plusieurs articles anticonstitutionnels figurants dans ce texte de loi, la proposition de celui-ci par le gouvernement, a encouragé et intensifié des débats publics xénophobes.

Comme attendu, de nombreux articles inscrits dans cette proposition de loi se sont vus censurés sur le fond, mais, malgré tout, celle-ci semblait viser le découragement des étrangers à migrer vers la France. En effet, l'article 19 destiné à limiter l'accès aux prestations sociales, remettait en cause l'universalité d'accès aux droits. Fondé auparavant sur un critère de résidence stable et régulière, le gouvernement proposait d'y ajouter une obligation d'affiliation à un régime de sécurité sociale depuis au moins 30 mois en cas d'exercice professionnel. A défaut, ces personnes auraient été dans l'obligation de patienter

5 ans pour en bénéficier. (Mulier, 2024) Cette proposition met en lumière des réalités non fondées, selon lesquelles, les personnes immigrées seraient des « profiteurs » d'un système français trop attractif. Or, il est démontré que les migrants se dirigent plutôt vers des pays comme les USA, le Canada, l'Allemagne ou le Royaume-Uni, pays dans lesquels, pourtant, cet accès à la protection sociale serait bien moindre. (Harzoune, 2022b)

De plus, les débats récurrents autour de l'AME (Aide Médicale d'État), font l'objet de nombreux fantasmes. En effet, celle-ci est souvent perçue, par certains, comme « un gouffre financier » pour la sécurité sociale, qui serait finalement « un puits sans fonds » et « hors de contrôle ». Cependant, le coût de l'AME représente un coût total de 804 millions d'euros par an en 2017 soit 0,6% des dépenses de l'assurance maladie. Ces dépenses restent pourtant faibles face aux dépassements d'honoraires par exemple, qui représente un cout total de 2,8 milliards d'euros en 2017. (André, 2019)

Ces chiffres selon lesquelles, l'AME et l'accès aux protections sociales représenteraient un coût considérable pour notre pays, majore une fois de plus la méfiance face aux étrangers, dans un pays déjà divisé.

Cette atmosphère pesante autour des questions d'immigration, majorée par des préoccupations économiques et sociales, et des discours politiques « populistes », tendent à renforcer cette division.

En effet, l'étranger, qu'il soit ou non né en France, représente de plus en plus dans l'imaginaire collectif, une menace ou un danger. Les nouvelles mesures du projet de loi, facilitent l'expulsion des personnes troublant l'ordre public, et même si elles peuvent être indiquées dans certaines circonstances, elles sont trop souvent associées à un discours rempli de stigmates. De même, la médiatisation de faits de violences impliquant les personnes issues de l'immigration, ne font que favoriser cette prise de position. De plus, les scénarios, avancés par certains, selon lesquels, la France perdrait toute identité liée à cette « immigration de masse », montre une fois de plus ce que représente l'étranger pour la France, un envahisseur. Ces discours, relégués entre autres par des représentants du rassemblement nationale, sont de plus en plus normalisés. A l'image de la France, cette vision menaçante de l'étranger, tend à se généraliser et prend de plus en plus de place en Europe et dans le monde.

Toutefois, derrière ces discours politiques alarmistes, se cachent pourtant des situations humaines désastreuses, pourtant moins médiatisées.

Bien loin de vouloir bénéficier des aides sociales, ces personnes fuient des conditions d'existence parfois terribles. En effet, guerres civiles, répressions, conflits politiques sont des raisons de fuite qui reviennent souvent dans les demandes d'asiles. Il est alors important d'ajouter à cette notion de migration, la notion de contrainte qui mène à quitter son pays. Être exilé marque alors le premier point de vulnérabilité chez ces personnes.

La personne migrante ne quitte pas seulement un pays, elle quitte une famille, une culture, l'environnement dans lequel elle s'est construite. L'exil, entraîne, de fait, une perte de son identité, dans le simple fait de comprendre et d'apprendre de nouveaux codes, de s'insérer dans cette nouvelle société et justifier auprès des autorités leur demande de statut de réfugié. Devenir étranger dans un pays étranger, et obtenir le droit d'asile, marque la fin de son appartenance à sa patrie. (Comède, 2015) Il paraît donc indispensable de mettre en place un accueil digne pour ces personnes. Alors que l'État prône une intégration réelle afin que ces personnes puissent s'établir dans notre pays, comment pouvons-nous justifier de marginaliser un groupe déjà vulnérabilisé dès lors qu'ils arrivent en France ?

Aujourd'hui, il est cependant heureux de constater que bon nombre d'associations et de Français œuvrent chaque jour à la défense des droits des étrangers, en proposant des accueils dignes dans le secteur du sanitaire et du social, et ce, malgré cet état de tension.

Dans un précédent travail, c'est dans cette dynamique, en tant qu'infirmière, que je me suis intéressée aux questions de santé et plus précisément à la prévention en santé sexuelle et au dépistage VIH chez les femmes exilées. Cependant, je me suis focalisée sur le sujet qui me tenais à cœur, sans me préoccuper de leurs réels besoins.

En effet, depuis cette vague migratoire des années 1900, l'immigration s'est de plus en plus féminisée. De manière similaire aux hommes, elles quittent des territoires où règnent la violence et l'insécurité. Cependant, à la différence des hommes, elles sont majoritairement victimes de violences liées à leurs conditions d'existence de femme. Aussi, ces dernières, en plus de devoir surmonter des difficultés liées à l'exil, font face à des violences que ce soit dans leur pays d'origine, pendant le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil. En ce sens, une enquête réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé entre 2000 et 2018 dans 161 pays a révélé que près d'une femme sur trois dans le monde avait subi des violences physiques ou sexuelles. Cette étude mondiale met en évidence l'incidence de la violence au sein du couple, qui va de 20% dans les pays du Pacifique Oriental, 22% dans les pays à revenu élevées et les pays d'Europe, à 33% dans le continent africain et dans la région de l'Asie du Sud-Est. Aussi, au-delà de la violence au sein du couple, 6% des femmes dans le monde rapportent avoir été agressées sexuellement par une personne autre que leur partenaire. (OMS, 2021) Il n'est pas pris en compte ici, les violences et pressions intrafamiliales de l'enfance (excisions, mariage forcé...), dont elles peuvent également être victimes. Le constat de ce phénomène, d'ampleur mondiale, révèle à quel point il est essentiel et urgent de traiter ces questions, les violences envers les femmes ayant des conséquences parfois irrémédiables, aussi bien physiques que psychiques.

En tant qu'infirmière, j'ai choisi de recueillir le témoignage de ces femmes afin de déterminer à la fois leurs préoccupations et leurs difficultés. L'objectif est de comprendre quel est le contexte le mieux adapté, qui leurs permettra de se livrer auprès des professionnels de santé.

Ce travail se veut donc coopératif. La participation de ces femmes est essentielle, pour transmettre ce savoir expérientiel, dans une dynamique de santé communautaire, permettant ainsi d'encourager l'évolution des pratiques soignantes.

La méthodologie de cette recherche sera détaillée tout au long de ce travail, permettant ainsi d'en suivre la progression.

II- CONTEXTUALISATION DE LA RECHERCHE

A- CONTEXTE GENERAL ET CONCLUSION DU TRAVAIL DE RECHERCHE DE M1

Cette recherche fait suite à un constat issu de mon travail de l'année passée qui portait sur la santé des femmes exilées sur notre territoire et plus précisément sur l'accès à la prévention en santé sexuelle et au dépistage VIH sur la ville de Rennes.

Aussi, avant de poursuivre cette deuxième étape d'étude, il paraît important de resituer à la fois le contexte de cette recherche, mais également ses conclusions.

La France voit chaque année grandir l'accueil de populations exilées. Aussi, avant d'aborder les chiffres liés à ces mouvements de population, il semble important d'en définir les termes.

En effet, depuis quelques années, le terme « migrant » s'est imposé à nous via les médias, mais également par les milieux associatifs et politiques. Avec cette dénomination, il est difficile de faire la distinction entre immigrés, migrants, réfugiés, demandeurs d'asile, primo-arrivants ou étrangers. Or, l'ensemble de ses notions n'ont évidemment pas la même signification. (Bernardot, 2019)

Il n'existe pas au sens juridique de définition de « migrant ». Cependant, selon les Nations Unies un migrant serait « Toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers utilisés pour migrer ». Avec cette définition, il est donc possible d'y inclure les migrants de courte durée comme les travailleurs saisonniers. (ONU, 2017)

Un immigré selon le Haut conseil à l'intégration est « une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France ». Une personne reste alors immigrée même si elle obtient la nationalité française. (HCI, 2023)

De plus, selon l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE), un étranger est « une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif, soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).(INSEE, 2020)

Une personne primo-arrivée est « une personne étrangère qui réside en France, de manière régulière, depuis moins de cinq ans ».(Bernardot, 2019)

Enfin, être exilé est un « terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques », qui ramène à la migration subie ou contrainte.(comède, 2015)

Devant ces nombreuses définitions, nous resterons concentrés, dans ce travail, comme dans le précédent, sur la migration subie ou contrainte amenant à cette situation d'exil.

L'augmentation des conflits politiques et la majoration de l'insécurité concourent à l'accroissement de ces migrations contraintes. Les personnes, dans l'obligation de quitter leurs terres sous peine de mort, de torture ou de harcèlement, sont confrontées à de multiples répercussions une fois arrivées en France, notamment au deuil et au déracinement.

A la suite de ce parcours migratoire, souvent long et difficile, les personnes peuvent s'inscrire comme « demandeuses d'asile ». Le droit d'asile, est un droit défini par la convention de Genève depuis 1951, ou chaque pays membre de l'ONU à l'obligation de le mettre en œuvre, selon les conditions spécifiques à chaque État. Cependant, chaque pays de l'Union Européenne, dispose de sa propre liste de pays considérés comme « sûrs », ce qui ne permettra pas à ses ressortissants de voir aboutir leur demande d'asile. Il sera alors décidé de manière souveraine qui obtiendra l'asile politique ou qui se verra « déboutée » du droit d'asile. (Bernardot, 2019) On entend par déboutée, une personne n'ayant pas obtenu de protection internationale, et qui est de ce fait, dans l'obligation de quitter le territoire français. Les personnes déboutées sont donc en situation irrégulière sur le territoire.

En cas de refus de cette demande, un réexamen du dossier peut être demandé auprès de l'Office Français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA), à la condition de présenter des éléments nouveaux, qui justifient la crainte du retour dans le pays d'origine. Si ces conditions sont respectées, ce réexamen sera présenté devant la Cours Nationale du droit d'Asile (CNDA).(Administration française, 2021)

En cas d'obtention de ce droit, la personne obtient alors le statut de « réfugiée », qui selon la convention de Genève est attribué à « toute personne qui craint avec raison d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de son ethnie, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ». Cependant, cette protection peut prendre une autre forme, et donc un autre statut administratif. En effet, toute personne ne remplissant pas les conditions pour recevoir le statut de réfugié, mais qui, dans son pays, risque la peine de mort, de subir des traitements inhumains et dégradants, ou de subir une situation de guerre, peut alors bénéficier de la protection subsidiaire. (Bernardot, 2019)

En 2023, près de 142 500 demandes de protections internationales ont été formulées auprès de l'OFPRA (mineurs compris). Parmi elles, 123 400 sont des premières demandes, ce qui représente une hausse de 8,6% par rapport à 2022. (Ofpra, 2024)

Aussi, en France, jusque dans les années 1970, l’immigration était essentiellement masculine, puisqu’en grande majorité constituée de travailleurs. L’objectif était à cette époque de reconstruire le pays post-guerre mondiale. Depuis, l’immigration s’est de plus en plus féminisée. En effet, en 2020, 52% des migrants étaient des femmes, soit 207 000 femmes de plus que d’hommes. Selon les chiffres de L’INSEE, en 2020, les flux migratoires sont majoritairement en provenance du continent africain. Selon leurs données, 50% des 3 246 000 immigrés originaires de ce continent sont des femmes. (INSEE, 2022)

Comme tout un chacun, les populations migrantes doivent bénéficier d’un accès aux soins. Selon la loi du 4 mars 2002, dans le chapitre des droits à la personne, Art.L.1110-1, il est indiqué « Le droit fondamental à la protection de la santé doit-être mise en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d’assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Cette loi rapporte également dans son article L.1110-2 : « La personne malade a droit au respect de sa dignité », mais aussi au travers de l’article L.1110-3 : « Aucune personne ne peut faire l’objet de discrimination dans l’accès à la prévention et aux soins ». (Legifrance, 2002)

Cependant, depuis le 1^{er} janvier 2020, date d’entrée en vigueur du Décret n°2019-1531, seuls peuvent bénéficier de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de la protection universelle maladie (PUMA) les demandeurs d’asile résidant en France depuis au moins 3 mois. Cet accès à la santé n’est cependant réservé qu’aux personnes ayant le statut de demandeur d’asile. Les personnes en situation irrégulière sur le territoire prétendent à l’Aide médicale d’État (AME). De ce fait, dans l’attente de ce délai, ces personnes sont amenées à consulter dans des lieux dédiés et gratuits comme les permanences d'accès aux soins, ou plus localement au Réseau Louis Guillou. Le Réseau Louis Guillou, est une association rennaise, spécialisée dans la prise en charge et l’accompagnement en santé des personnes exilées. Ces consultations sont accessibles sans droits de santé avec la présence d'un interprète en cas de besoin.

Mais, au-delà de ce délai de carence, la grande précarité dont ils sont victimes en arrivant en France, favorise le non-recours à ces droits. En effet, manger, avoir un lieu sécurisant pour dormir, se laver, effectuer les démarches de demande d’asile... reporte l’ouverture de ces droits, car ce n'est pas une priorité pour eux. Le non-recours aux soins, par la nécessité de subvenir à ses besoins vitaux, fait partie des conclusions du travail réalisé l'année passée.

Les raisons qui poussent ces populations dans un parcours migratoire ne sont globalement pas liées à leur état de santé. En 2009, cela représente seulement 2% des raisons de migration. En effet, la volonté de quitter ses terres natales pour parcourir plusieurs pays nécessite d'être en bonne santé. (André, 2019)

Mais, face à l'augmentation du flux migratoire observé chaque année, et à la complexité de l'intégrer dans le système de soins, se pose la question de l'état de santé de ces personnes.

Il est constaté que les hommes qui arrivent sur le territoire français sont globalement en meilleure santé que la population native, à la différence des femmes. En revanche, la durée de résidence en France majore le risque pour les deux sexes de voir leur santé se dégrader par rapport au reste de la population, aux mêmes âges et aux mêmes qualifications. Cela s'explique en partie par les inégalités sociales dont ils sont victimes, dont le logement, l'emploi et l'accès aux soins font partie. (Cognet et al., 2012)

Une autre étude nationale sur la santé des migrants ayant recours aux permanences d'accès aux soins (PASS) réalisée en 2016, qui comptait 39% d'immigrés vivant en France depuis plus d'une année, a permis de montrer les problématiques de santé les plus rencontrées chez cette population. En effet, près de la moitié des usagers des PASS présentaient principalement des pathologies digestives, des maladies infectieuses (essentiellement des hépatites) et des pathologies musculo-squelettiques. Cette étude a également mis en évidence l'importance de la grande précarité vécue par ces populations. Enfin, un tiers des personnes rencontrées le temps de la recherche, ayant été confrontées à des événements violents et traumatisants dans leur pays ou pendant leur parcours migratoire, présentent des pathologies psychiatriques. (André, 2019, p. 36)

Cette étude montre également une majoration de la fréquentation des femmes migrantes en consultation médicale, à la différence des hommes. Au-delà des consultations liées à la maternité, cette différence s'explique en partie par les violences subies au cours de leur vie. (Cognet et al., 2012)

Les inégalités sociales ont un impact direct sur la santé de cette population, et particulièrement chez les femmes, qui au-delà de subir cette inégalité, sont victimes de discriminations et de violences liées au genre.

Les femmes exilées, au-delà de l'ensemble de ces traumatismes peuvent être sujettes à de la violence liée au genre, que ce soit dans le pays d'origine, lors du parcours migratoire, mais également sur les terres d'accueil. Ces violences sexuelles, agressions liées au genre peuvent-être considérées comme une arme politique, comme le soulignent les auteurs de l'article « Venir de loin et se retrouver : intervention de groupes pour femmes immigrantes et réfugiées ayant vécues la violence ». En effet, « Les conflits au Rwanda dans les années 90 où plus de 250 000 femmes auraient été violées en sont un exemple (Amnesty International, 2004) ». Ces traumatismes, liés au genre, parfois à l'origine d'un conjoint, d'un membre de la famille, installent une barrière dans son appartenance, dans la capacité à faire confiance et à se reconstruire.

Face à ce constat de discrimination et de violence, et plus particulièrement celles liées au genre, il est nécessaire de résister cette notion de santé sexuelle, du droit des personnes, mais également du devoir des sociétés.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle « s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité, des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ».(OMS, 2006)

Ainsi, ces droits permettent la protection de chacun, afin de pouvoir vivre sa sexualité en bonne santé tout en tenant compte des droits d'autrui.

Selon l'OMS : « L'exercice de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection et d'application des droits humains. Les droits sexuels englobent certains droits humains qui sont déjà reconnus dans des documents internationaux et régionaux sur les droits humains et d'autres documents faisant l'objet d'un consensus, ainsi que dans les lois nationales. Au nombre des droits essentiels à la jouissance de la santé sexuelle figurent :

- Les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
- Le droit à ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- Le droit au respect de la vie privée ;
- Le droit au plus haut niveau de santé possible (y compris la santé sexuelle) et à la sécurité sociale ;
- Le droit de se marier et de fonder une famille, de se marier avec le consentement libre et total des époux qui ont l'intention de le faire, ainsi que d'être traité sur un pied d'égalité dans le mariage et en cas de dissolution de ce dernier ;
- Le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et de l'espacement de ses grossesses ;
- Les droits à l'information, ainsi qu'à l'éducation ;
- Les droits à la liberté d'opinion et d'expression ;
- Le droit à un recours effectif en cas de violations des droits fondamentaux

L'exercice responsable des droits humains suppose que toutes les personnes respectent les droits d'autrui. » (OMS, 2006)

L'enquête « Parcours » de 2017, par des entretiens avec des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne rapporte que ces dernières auraient subies au moins une fois au cours de leur vie un rapport sexuel imposé ou non consenti. Les proportions étant supérieurs à celles des hommes interrogés. En effet, 18% des femmes contre 3% des hommes déclarent avoir été victime de ce type de violence. Ces résultats sont plus élevés que dans la population générale. (Desgrées du Loû & France, 2017, p. 161)

Ces violences, qu'elles soient d'ordre physiques ou sexuelles, peuvent survenir à tout moment de leur existence.

En effet, pour ces femmes, fuir leur pays c'est mettre fin à ces violences souvent subies pendant de nombreuses années. Cependant, cette situation d'exil peut les y confronter de nouveau : violences des passeurs, viols, prostitution, violences physiques et sexuelles. Ces violences peuvent se poursuivre une fois arrivées en France. (Leverrier, 2017)

Les violences sexuelles subies après le parcours migratoire, sont par ailleurs particulièrement corrélées à la précarité de l'hébergement dont elles sont victimes. En effet, « Les années où les femmes sont sans logement stable apparaissent en effet associées à un risque de relations transactionnelles multipliées par 8. Lorsqu'elles n'ont pas de logement ou pas de papiers, les femmes ont dû accepter des relations sexuelles qu'elles ne souhaitaient pas, en échange de logement, d'aide matérielle ou par peur d'être expulsées » (Desgrées du Loû & France, 2017)

« Les violences subies par les femmes migrantes, ont cela de spécifique qu'elles se cumulent et augmentent les conséquences traumatisques » (Leverrier, 2017)

Au-delà des impacts traumatisants et grandement délétères que cela entraîne sur la santé mentale de ces femmes, ces violences de genre peuvent entraîner des conséquences physiques parfois irrémédiables.

En effet, en 2018, le nombre de femmes ayant été victimes d'excision et/ou d'infibulation s'élevait à 200 millions, malgré l'interdiction de cette pratique. Encore en 2018, 3 millions de filles ont subi ces pratiques de mutilations génitales. (RFI, 2018)

Malgré les efforts déployés pour mettre fin à ces pratiques de mutilation, l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, ou Fonds des Nations Unies pour l'enfance) publie dans son dernier rapport datant du 8 mars 2024, que plus de 230 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des mutilations génitales féminines. Selon ses nouvelles estimations, le nombre de victimes est en hausse de 15% par rapport aux derniers chiffres estimés de 2016. Cela signifie que 30 millions de femmes supplémentaires ont été victimes de cette pratique.

Catherine Russell, Directrice générale de l'UNICEF rapporte « On observe par ailleurs une tendance inquiétante : les filles font l'objet de cette pratique préjudiciable de plus en plus jeune, souvent avant leur cinquième anniversaire, ce qui réduit encore davantage notre fenêtre d'intervention ». (UNICEF, 2024)

Les violences dont ces femmes sont victimes peuvent donc être liées à l'emprise familiale, à un engagement politique ou social, mais également aux violences relevant du parcours migratoire. Ces violences peuvent également se retrouvées sur le territoire d'accueil, liées notamment à la vulnérabilité dont elles sont sujettes.

Aussi, le VIH, comme d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent être des conséquences déplorables de ces violences. Nous prendrons ici l'exemple du VIH.

Le VIH est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme, notamment les leucocytes (globules blancs) de type CD4+. Le VIH entraîne une destruction de ces cellules, ce qui affaiblit le système immunitaire, et expose les individus à un risques accru d'infections. (OMS, s. d.)

Cette infection au VIH, peut entraîner une destruction progressive du système immunitaire s'il n'est pas pris en charge de manière précoce, et peut donc être à l'origine d'infections et de cancers, définissant alors le stade Sida de la maladie. En outre, au-delà du risque d'atteinte de pathologies, une personne ayant atteint le stade Sida, malgré la mise en place d'un traitement antirétroviral, qui permet une augmentation des cellules immunitaires, verra ses fonctions définitivement altérées. (CMIT, 2021)

De plus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), touche plus largement les personnes nées à l'étranger et particulièrement les femmes. En 2018, 81% des personnes contaminées étaient des femmes contre 41% chez les hommes. Les chiffres de 2021 montrent une diminution de la contamination, du fait de la Covid-19, ayant entraîné une diminution des flux migratoires. Cette contamination repart à la hausse depuis 2021. (SPF, 2023)

Suite à ce constat, l'objectif de l'étude de l'année passée était de mettre en évidence l'accès possible à l'accompagnement et à la prise en charge de ces femmes, à la prévention en santé sexuelle et dépistage VIH. Il s'agissait alors de repérer les freins rencontrés mais également de comprendre le rôle des professionnels en charge de cet accompagnement.

Ce travail a permis de révéler la richesse de l'offre sur le territoire de Rennes en matière de santé, et plus précisément dans l'accès au dépistage, à la prévention en matière de santé sexuelle, mais également dans la défense des droits et la lutte contre les discriminations et les violences. Cependant, ce travail a également soulevé de nombreux questionnements au-delà du VIH, du dépistage et de sa prévention.

En effet, la difficulté n'est finalement pas l'accès même au dépistage et à la prévention. Au cours de cette recherche, il s'est avéré que le VIH est plutôt une conséquence désastreuse d'une problématique bien plus profonde. Grande précarité, vulnérabilité, relations sexuelles non consenties, viols, exclusions sociales, absence d'éducation à la santé etc., sont des problèmes qui seront évoqués dans la majorité des

entretiens réalisés au cours de ce travail. Autant de sujets jugés sensibles et tabous qui ne sont souvent pas abordés, l'idée de ce travail est alors de les étudier.

Le développement de ce contexte général, ainsi que la présentation de mon précédent travail, permettent d'aborder cette présente étude.

Aussi, pour cette recherche, il semble essentiel de s'adresser directement à ces femmes afin d'obtenir leur avis sur les questions qui les préoccupent, et de les impliquer dans un sujet de recherche qui les concerne. Qui mieux que les femmes exilées peuvent répondre à ces questions ? Il est donc primordial de les interroger sur ce qu'elles pensent de la santé/ de leur santé, mais également ce qu'elles en comprennent, comment elles s'inscrivent dans cette démarche de soin, quelles sont leurs difficultés et leurs priorités.

Cette démarche de co-construction est également née de ma volonté de questionner les pratiques professionnelles en place. En effet, le système de santé, souffre aujourd'hui d'une organisation excessivement normée et protocolaire. Cette manière de faire, transmise à partir de l'entrée en formation ne favorise pas l'intégration des publics dans leur prise en charge.

Cette recherche sera donc réalisée auprès de femmes en cours de demande de protection internationale, au sein d'un centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA), de l'association Saint-Benoit Labre. Le CADA faisant parti de mes lieux d'exercices depuis plus de trois ans, il me paraissait pertinent de proposer aux femmes accompagnées de participer à ce travail.

B- PRESENTATION DU CADA DE L'ASSOCIATION SAINT-BENOIT LABRE, LIEU DE RECHERCHE

L'association Saint-Benoit Labre, est un établissement privé à but non lucratif, créé en 1936 pour venir en aide aux personnes sans domicile. Ils proposent à cette époque un hébergement à la nuit ainsi que les repas. Pendant ses 40 premières années d'existence, autrefois appelé « le foyer Saint-Benoit Labre », cette structure est uniquement gérée par des bénévoles, qui accueillent et accompagnent au quotidien. Ce n'est qu'en 1980 que l'association se professionnalise et propose grâce au « centre de d'hébergement et de réinsertion sociale » un accueil continue financé par l'État.

Aujourd'hui, l'association accompagne les personnes sans domicile, les personnes en situation de grande précarité dont les personnes en demande d'asile et réfugiées font parties. L'association compte à ce jour trois centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) et un centre provisoire d'hébergement (CPH) qui accompagne les personnes isolées ayant obtenu la protection internationale. C'est au sein d'un de ces CADA que ce travail de recherche a été réalisé.

Les fonctions du CADA sont définies par une convention conclue entre l'État et l'association Saint-Benoit Labre. Dans cette convention, y sont définies des exigences spécifiées dans le cahier des charges établi à l'article R.744-6 du code de l'entrée et du séjour des étrangers, ainsi que du droit d'asile (CESDA).

Le CADA de Betton, sur le site de la Vallée, ouvert en mars 2019, propose 50 places d'hébergement pour les personnes en demande d'asile. Ce dispositif d'accueil, prévoit à la fois un logement, mais également un accompagnement social nécessaire à l'élaboration de cette demande d'asile, qui sera présentée devant l'OFPRA. L'équipe de ce service est composée de trois travailleurs sociaux et d'une infirmière présente un jour par semaine, fonction que j'occupe actuellement. Aussi, au-delà de l'accompagnement à la demande d'asile, l'équipe de professionnels œuvre chaque jour à l'accompagnement administratif qu'il soit sanitaire ou social. Les travailleurs sociaux soutiennent également les usagers dans les démarches de scolarisation, d'emploi et de logement en cas d'obtention d'un titre de séjour.

En 2022, les personnes qui intègrent un CADA au sein de l'association, obtiennent majoritairement une protection internationale (entre 60 et 70%). Durant cette année, 156 personnes ont été accueillies et accompagnées en CADA (les trois confondus) au sein de l'association, ce qui ramène le taux d'occupation à 98%. Parmi elles, l'âge moyen était de 30 ans et leur durée de séjour était d'environ 15 mois.

De plus, la majorité des personnes accueillies sont originaires d'Afghanistan (21 pour l'année 2022, uniquement des hommes). L'accueil de ce nombre important de jeunes afghans est à mettre en relation avec le retour au pouvoir des Talibans le 15 août 2021, jour de la prise de Kaboul.(Perrin, 2021) Les professionnels du CADA ont également accompagné 10 personnes originaires du Bangladesh.

Aussi, 36 personnes sont originaires de pays d'Afrique Subsaharienne dont 7 personnes ont migré depuis Djibouti. On y retrouve également : le Cameroun, la Centrafrique, la République Démocratique du Congo, Le Congo Brazzaville, l'Éthiopie, La République de Guinée, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie, le Nigéria, la Somalie, le Soudan, le Tchad et le Togo.

De manière beaucoup plus minoritaire les CADA ont accueilli en 2022 des personnes originaires de Chine, du Brésil, d'Haïti, d'Iran, de Géorgie, du Pakistan, de Russie et du Sri Lanka. (ASBL, 2022)

Enfin, en 2023, les CADA ont pu proposer 100 places d'hébergement, permettant ainsi d'accueillir 179 personnes pour une durée moyenne de 11 mois. L'âge moyen des personnes accueillies s'est vu diminué à 28 ans. Plus précisément, le CADA de Betton, lieu de recherche a accueilli 42 hommes, 31 femmes et 11 enfants.

Co-construire cette recherche auprès des femmes du CADA de Betton semble pertinent dans la mesure où le temps d'hébergement permet une participation tout au long de ce travail. Aussi, la proximité avec ces femmes, par mon exercice professionnel, permet un accès simplifié à l'échange, une relation de confiance étant déjà établie.

III- RECHERCHE DU SUJET DANS UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE

Cette partie permet de suivre le cheminement de la recherche du sujet. La construction de la problématique, sera proposée dans la partie suivante, une fois le thème définit.

A- METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de répondre au mieux aux difficultés rencontrées par les femmes exilées, il est important de s'adresser à elles afin qu'elles puissent mettre des mots sur les problématiques rencontrées. Pour cela, ce travail se veut être actif et participatif.

C'est la raison pour laquelle, le sujet principal qui sera traité, la difficulté qui sera retenue comme majeur, sera choisie par les femmes rencontrées en CADA, mon lieu d'exercice en qualité d'infirmière depuis maintenant 3 ans. La thématique choisie se verra être rattachée à la prise en soins, en lien avec les professionnels de santé, tout en essayant de mettre en lumière et de comprendre les idées, les croyances, les pratiques et les comportements qui en découlent. Comprendre le fonctionnement des deux parties prenantes sous le prisme des femmes interrogées, permettra de définir ou de redéfinir la relation de soin entre ces femmes et les professionnels de santé.

L'objectif de ce travail est également de situer la vulnérabilité de ces femmes, face à des acteurs de santé qui occupent parfois auprès d'elles une position inégale. Aussi, il est intéressant comparer ces représentations.

Les femmes exilées, subissent souvent la méconnaissance de notre système de santé par manque d'information et de prévention à ce sujet. Comment femmes et professionnels se positionnent et s'approprient-ils ensemble ces normes, dans un système réglementé et normé qu'est le système français ? De plus, il est important de soutenir ce qu'elles souhaitent transmettre aux soignants, ou au contraire ce qu'elles ne souhaitent pas aborder, ce dont elles ne peuvent pas parler, et pourquoi. Cela revient à se questionner de manière plus générale sur la place qu'occupe les personnes exilées dans le système de santé. Interroger la place des migrants dans ce système, selon le Collectif Entrelacs « révèle des choix de politiques publiques, les césures des parcours de soins et de prises en charge qu'engendrent ces manques et incohérences : difficultés d'entrée dans un parcours de soin, défaut d'accompagnement, de prise en compte de la complexité linguistique et de littératie, d'incompréhension du fonctionnement des administrations de la santé et de la protection sociale, de faiblesse de communication entre soignants et patients, entre acteurs médicaux et médico-sociaux, ignorance des conditions de vie réelle des patients ». Interroger la place des migrants dans le système de soins français permet alors de mettre en

lumière les frontières du soin et du droit, « la frontière comme une limite mais aussi comme un espace à conquérir ». (Collectif Entrelacs, 2022, p. 7)

Pour ce faire, un premier entretien collectif a été organisé avec un groupe de femmes hébergées au sein du CADA de l'association. Le focus group est un moyen efficace de recueillir des informations au sein de la communauté et fournir une estimation valable de l'opinion de cette communauté, ici les femmes migrantes hébergées du CADA. (Bouchon, 2009)

Le focus group fait partie des termes variés pour qualifier un entretien collectif. Il s'agit ici de faire des entretiens en groupe, permettant la collecte de données qui seront ensuite analysées. Ces données seront recueillies par le chercheur autour d'un sujet déterminé par avance.

En effet, les entretiens collectifs permettent de développer les points de vue des acteurs et participants sur des problématiques, des phénomènes sociaux qui les concernent. Cela permet de les inscrire dans cette dynamique d'intégration et d'échange. (Morissette & Demazière, 2019)

Ce premier entretien collectif a permis de choisir le thème de cette recherche. Il s'est déroulé le mercredi 21 février à de 18h à 20h afin de pouvoir proposer cette réunion à un maximum de femmes. En effet, une partie des personnes hébergées ayant accès à la formation, il paraissait important de s'adapter à ces horaires.

Aussi, le lieu de réunion est un point important à prendre en compte. Afin que l'échange soit convivial, proposer un lieu agréable est essentiel. La salle de réunion, également utilisée comme salle de classe à la fois pour les cours de français et les cours informatiques semblait être le lieu le plus approprié. En effet, cette salle peut être fermée contrairement à la salle de vie collective, et permet donc l'anonymat des échanges avec les participantes. Aussi, afin que cet échange invite au partage d'expérience il est essentiel de mettre en place un lieu sécurisant permettant une confiance mutuelle. (Morissette & Demazière, 2019)

En ce qui concerne le recrutement des femmes du CADA, l'idée principale était avant tout que le choix d'y participer viennent d'elle. C'est pourquoi ont été informées dans un premier temps 3 femmes hébergées, présentes quotidiennement sur le lieu, afin qu'elles puissent transmettre l'information, et en quelque sorte être recruteuses. Pour ce faire, il leur a été exposé le travail réalisé l'année passée et les conclusions de ce travail. Aussi, il leur a été proposé de porter leurs voix au travers de cet écrit et ainsi de transmettre ce qu'elles souhaitent exposer sur la santé des femmes, ce qui leur pose difficultés dans la prise en soin, et ce qu'elles souhaitent communiquer aux professionnels de santé.

L'objectif n'est pas ici de parler spécifiquement de leurs problématiques de santé à titre personnel, certaines souhaitant garder l'anonymat face au groupe, mais d'un échange collectif sur toutes les problématiques qui peuvent-être rencontrées. Des récits de vie étant évidemment les bienvenus si le

choix d'en échanger était spontané. Une importance particulière a d'ailleurs été portée sur l'anonymat et le retrait possible à tout moment de leur participation à cette recherche, et sans conséquence.

Une fois la thématique choisie, un deuxième entretien collectif a permis d'approfondir et d'affiner les questionnements autour de ce sujet, toujours dans une dynamique collective.

Et c'est grâce à leur intérêt et à leur enthousiasme pour ces échanges que la circulation de l'information a pu avoir lieu pour ces deux temps de discussion.

B- DÉROULE DU PREMIER FOCUS GROUP

L'intégralité de cette réunion a été enregistrée. Il a été précisé au préalable le caractère anonyme de cet enregistrement, un consentement à main levée a également été demandé. Cet enregistrement ne sera utilisé que dans le but de ce travail de recherche et sera détruit après sa réalisation. En cas de citation des personnes interrogées, les prénoms seront modifiés afin de ne pas identifier les femmes rencontrées.

L'enregistrement était uniquement vocal. L'enregistrement vidéo pouvant constituer un frein dans la prise de parole.

1- PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

Les participantes à cet entretien collectif étaient au nombre de 13, ce qui représente la quasi-totalité des femmes présentes au CADA. En effet, 17 femmes étaient hébergées au CADA de Betton au moment de cet entretien.

Les femmes n'ayant pas participées, au nombre de 4, sont originaires de Colombie, de Turquie, de Géorgie et du Mali. Une seule d'entre elle parle le français, ce qui peut expliquer la non-participation de certaines à cet entretien.

Les participantes sont toutes originaires d'Afrique Subsaharienne. Plus exactement, elles arrivent de Djibouti, Centrafrique, Guinée, Tchad, Burundi, République Démocratique du Congo, Cameroun et Congo Brazzaville.

Les femmes présentent ont entre 25 et 70 ans, avec une majorité entre 30 et 40 ans. Elles sont arrivées au CADA entre 2021 et 2024, avec une majorité des participantes arrivées en 2022.

Les langues parlées sont également riches : français, lingala, créole, portugais, somali, swalli, kirundi, arabe tchadien, soussou et sangho. La majorité ayant une bonne maîtrise du français. Des traductions entre-elles ont également permis d'affiner la compréhension de l'entretien, notamment pour les femmes plus récemment arrivées.

Enfin, les statuts en tant que demandeuses d'asile diffèrent entre ces femmes. En effet, certaines sont toujours dans l'attente de réponse, d'autres ont obtenu leur droit d'asile, ou à l'inverse se sont vu refusé ce droit. Parmi celles n'ayant pas obtenu le statut de réfugiée, certaines réalisent un recours auprès de la CNDA, alors d'autres ont fait une demande de titre « étranger malade ».

2- ORGANISATION DU LIEU

L'organisation de cet entretien collectif est inspirée de l'ouvrage « L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif » de Duchesne Sophie et Haegel Florence, mais également de la méthode Métaplan au travers de son « Abcedaire » de 2019.

Ce focus group s'est déroulé dans la salle de réunion également utilisée comme salle de classe du CADA. C'est dans cette salle que se déroule plusieurs fois par an les réunions de résidents, temps d'échange entre usagers et professionnels. Cette salle permet également l'accueil de bénévoles, qui, plusieurs fois par semaines proposent des cours de français, d'informatique, mais également des « clubs lectures » avec la bibliothèque de Betton plusieurs fois par an.

Cette salle peut sans difficulté accueillir une dizaine de personnes. Les chaises ont été organisées en arc de cercle et tournées vers les panneaux de présentation sur lesquels les animatrices ont inscrit les observations des participantes. L'absence de tables pendant cet échange est volontaire, ceci pour limiter un échange qui pourrait se vouloir trop scolaire et rigoureux.

Pour animer ce focus group, un Paper board a été utilisé afin d'y inscrire l'ensemble des questions, et suggestions des participantes.

Enfin, une collation était également proposée afin d'ajouter à l'accueil, un esprit encore un peu plus convivial.

3- ANIMATION

Tout d'abord, il est important de préciser qu'un intérêt particulier a été attribué à l'occupation des enfants présents sur le CADA. Une collation leur avait été proposée dans la pièce d'à côté, accompagnée de coloriages, afin que la discussion puisse se dérouler entre adultes vis-à-vis des sujets abordés. Cette discussion entre femmes, a d'ailleurs suscité un intérêt particulier chez ces enfants, demandeurs, eux aussi de participer à un échange « *sur la santé des petits* ». Vis-à-vis de l'intérêt porté au sujet, une activité leur a été proposée à distance. Elle pourra être organisée sur des périodes de vacances scolaires.

Afin de réaliser cet entretien collectif avec 13 personnes dans les meilleures conditions, cette réunion a été conduite par deux animatrices, dont je faisais partie et une observatrice. Une travailleuse sociale, ainsi que la coordinatrice des centres d'accueils d'urgence famille, très impliquées dans les questions de santé de la femme, m'ont accompagnée dans cette démarche.

L'observatrice, un peu en retrait, a joué un rôle important au cours de cet échange. En effet, sa présence m'a semblé indispensable, afin de prendre en note tous les éléments non-verbaux de la réunion, et donc saisir tout ce qui n'est pas à la portée de l'enregistrement.

Le rôle des animatrices était de faciliter la discussion, voire de temporiser en désamorçant les tensions et les conflits. L'objectif était que la discussion soit fluide, et que le plus grand nombre de femmes participent à la discussion. Pour cela, il était essentiel de mettre les participantes en confiance, de répartir les tours de parole, sans forcer non plus à la prise de celle-ci. Il était également important de recadrer la discussion si nécessaire, de la relancer pour aller vers le sens souhaité de l'échange, mais également de canaliser les personnes qui pourraient monopoliser la parole trop longtemps.

Toujours dans cette dynamique d'anonymat, la séance a débuté par l'utilisation d'une « boîte à idées » avec la mention « Je veux parler de... » placée au fond de la pièce et dos aux autres participantes, permettant par la suite, de lancer les échanges. L'idée était de proposer un certain nombre de discussions possibles autour de la santé de la femme (les menstruations, la grossesse, les mutilations, les infections sexuelles, le désir, le consentement, l'avortement, la contraception, les violences, la relation avec les professionnels de santé...). Pour cela, il était proposé des mots associés à des images permettant la compréhension de toutes. Des feuilles vierges ont également été mises à disposition, afin que d'autres propositions puissent émerger. La présentation de l'ensemble des cartes a été réalisée en amont afin d'en favoriser la compréhension.

Des phrases ont également été préparées au préalable, afin de relancer la discussion en cas de besoin :

- « Je m'inquiète pour ma santé quand... »
- « Quand je m'inquiète pour ma santé je demande à... »
- « Quand je vais voir mon médecin/un professionnel de santé : J'aime... Je n'aime pas... »

Ces propositions sont également prévues avec des illustrations. L'ensemble des illustrations sont issues de recherches internet via le moteur de recherche Google, mais également du site internet « santé BD ». (Santé BD, s. d.)

Une attention particulière a été attribuée au visuel utilisé dans cette démarche. L'idée était de pouvoir proposer un visuel agréable, afin de montrer l'intérêt que l'on porte à ces questions mais également à leur participation.

Afin que la discussion soit collective, il ne fallait pas que les participantes interagissent uniquement avec les animatrices, mais qu'elles entament également une discussion entre-elles. Les animatrices étaient là pour intervenir et renvoyer ce qui était rapporté à toutes les participantes, et les amener à découvrir ensemble, les liens et les différences de ce qu'elles expriment entre elles.

Au démarrage et après présentation des participantes et de l'équipe, il a été important de poser les choses autour du respect de l'autre, ne pas se moquer, et écouter la personne qui parle, sans l'interrompre. Aussi, une importance majeure était attribuée à la non divulgation du contenu de l'échange à toute personne qui n'y a pas participé. L'objectif étant d'instaurer un climat de confiance. Il a également été proposé à l'ensemble des participantes, (professionnelles inclus) d'inscrire leur prénom sur un post-it et de l'accrocher afin de faciliter l'échange.

A la suite des présentations des professionnelles et des règles élémentaires pour favoriser le bon déroulement de la séance, il leur a été proposé d'échanger autour de l'humeur du jour. Pour cela, des images avaient été choisies au préalable afin que cette activité soit comprise de toutes. Les professionnelles ont évidemment participé à partager leurs humeurs en début de séance.

Le temps d'échange, afin qu'il soit bénéfique ne devait pas être trop long. C'est la raison pour laquelle, il était prévu que cette réunion n'excède pas 1h/1h30. Un temps d'échange entre professionnelles à la suite de ce focus group était programmé afin de dresser le bilan sur les premiers ressentis et les premières impressions.

Une liste de questions était également prévue afin de guider l'entretien si nécessaire, et ainsi se rapprocher du sujet de recherche. Ce guide d'entretien, ne devait pas uniquement représenter une série de questions qui se rapporteraient à un entretien fermé, mais plutôt comme une porte ouverte à une multitude de réponses, cela favorisant les échanges entre les participantes, ainsi que ceux entre les

participants et les professionnelles. Le guide d'entretien permettait de recentrer par moment les propos autour du thème de la recherche en partant des questions les plus générales, comme dans un entretien individuel pour s'orienter vers des questions plus ouvertes.

Une fois toutes les thématiques abordées (parmi celles sélectionnées en début de séance), il a été important en fin d'échange de les hiérarchiser, afin de choisir la plus significative.

4- RESULTATS DU PREMIER FOCUS GROUP

Les participantes sont globalement arrivées dans le même laps de temps. Elles se sont au départ, plutôt installées au deuxième rang. C'est progressivement que le premier rang s'est rempli, notamment par les femmes les plus âgées présentent à cet entretien.

Certaines femmes ont rapidement pris la parole, et ont occupé une place importante dans l'échange. D'autres n'ont, en revanche, pas participé à la discussion directement avec les animatrices, mais sont restées cependant toute la séance. Aussi, certaines femmes plutôt discrètes en début d'échange, ont peu à peu pris la parole, parfois même en apportant des récits de parcours. La dynamique du groupe était très conviviale et sans jugement. Il n'a pas été nécessaire de rappeler les règles énoncées au début de la séance, si ce n'est, celle de s'écouter parler à certains moments. Il y a également eu beaucoup de rires partagés, mêmes lors de conversations autour de parcours de vie parfois difficiles.

Avant d'aborder les thématiques choisies, il est important de notifier que, malgré la possibilité qui leur était donnée de choisir leur thème de manière anonyme, elles ont préféré se rendre en groupe à la boîte à idée, tout en décidant seule. Certaines nous ont même indiqué leur choix avant de l'y ajouter.

Les thèmes proposés étaient : les menstruations, la grossesse, les mutilations : excision et infibulation, la sexualité, le plaisir/le désir, le sida/VIH, les infections sexuelles, la relation avec les professionnels de santé, la contraception, le corps de la femme, les violences, le consentement, l'avortement et la proposition d'une carte vierge.

Le nombre de cartes ajoutées à la boîte à idées étaient au nombre de 13. Ce qui amenait à penser que l'ensemble des participantes avaient chacune choisie un sujet. Cependant, après étude de l'observation, il semblerait qu'une participante n'ai pas déposé de sujet dans la boîte. Dans ce cas, une des femmes présente en a probablement proposé deux. L'ensemble des thèmes présentés n'a pas été retenu.

Les thématiques abordées ont donc été :

- Les infections sexuelles, choisies à trois reprises
- Les violences, choisies à trois reprises
- La sexualité, choisie à deux reprises
- Le plaisir/le désir sexuel, choisi à deux reprises
- La contraception, choisie une fois
- Les menstruations, choisies une fois
- La relation avec les professionnels de santé, choisie une fois

Deux thématiques sont donc sorties majoritaires, les infections sexuelles et les violences, et ont été les premières abordées pendant la séance.

La thématique de la violence a très vite été attribuée aux violences de genre. En effet, elles ont spontanément évoqué les différentes violences subies : les violences sexuelles, financières, psychologiques, physiques, intrafamiliales, mais également les mutilations et l'interdiction du mariage homosexuel dans leurs pays d'origine.

De nombreux exemples de violences subies pendant leur parcours sont évoqués pendant cet échange, notamment dans le pays d'origine, qu'elles soient financières, physiques ou sexuelles. Elles exposent au travers d'exemples, l'absence d'égalité entre les genres, l'impossibilité de porter plainte au risque de se faire « bannir » de la famille, mais encore de craindre pour leur vie. L'une des participantes rapporte d'ailleurs les représentations d'un membre de son entourage « *Porter plainte est une chose de blanc* ». Toutes, estiment avoir subi, au moins une fois dans leur vie une situation de violence, et certaines sur le territoire d'accueil. Aussi, contrairement à ce que l'on aurait pu penser avant cet échange, elles n'ont globalement pas eu de difficultés à le partager avec nous. Cette discussion s'est d'ailleurs déroulée dans une atmosphère décontractée. Preuve que les barrières à aborder, ou non, certains sujets jugés sensibles, se trouvent souvent du côté des professionnels.

Il existe malgré tout, dans certains pays d'Afrique Subsaharienne, comme le rapporte Divine, originaire du Congo Brazzaville, des associations de lutte contre les violences faites aux femmes, mais sans que cela n'aboutisse au changement des mentalités et des pratiques.

Cet échange autour des violences s'est clôturé sur la volonté d'en connaître davantage sur leurs droits, mais également d'en connaître plus sur les personnes à contacter en cas de besoin, autre que les forces de l'ordre. Pendant cet échange, elles ont appris que l'hôpital pouvait être un lieu pour constater et signaler des faits de violences. La plupart des femmes présentes semblent avoir été surprises par cette information. Aussi, au cours d'un autre échange où les situations de mutilations ont été évoquées, le sujet de la reconstruction a émergé comme moyen de remédiation.

De plus, il a été évoqué la nécessité des suivis en psychiatrie via de nombreux professionnels de santé : médecins psychiatres, psychologues, infirmiers..., comme moyen de surmonter les violences subies, afin de tenter de se reconstruire. C'est ce que rapporte notamment Ngalula, originaire du Congo Brazzaville, qui décrit ce suivi médical comme bénéfique et essentiel dans son parcours de demande d'asile. Elle nous transmet : « *Moi, j'ai subi des violences toute ma vie, mais là ça va (...) parce que je suis suivie par des psychologues, des psychiatres et ça va* ».

Ces trois exemples nous ramènent progressivement vers le lien entre les violences et la prise en soin.

Après ces échanges collectifs, les participantes sont d'accord sur le fait, que le thème qui a généré le plus de participation, le plus d'interrogation et d'exemples personnels est la violence faite aux femmes.

Elles estiment être moins considérées en tant que femme, mais également en tant que femmes exilées. Aussi, elles considèrent ne pas avoir de droits similaires compte tenu de leur situation de vulnérabilité.

Le temps d'échange autour des violences subies par les femmes s'élève à 24min, soit près d'un quart du temps d'échange, contrairement aux infections sexuelles qui s'élève à 9 minutes. Il est cependant important de souligner l'importance de leurs connaissances en matière d'infections sexuelles, contrairement parfois, aux idées reçues. Il persiste cependant quelques méconnaissances ou incompréhensions à ce sujet, notamment lorsqu'elles rapportent la possibilité de se voir infectée d'une IST par l'usage des WC communs. Cependant, ces incompréhensions ou méconnaissances pouvant se retrouver également dans l'ensemble de la population.

Le plaisir et le désir sexuel, même si moins longuement abordés à susciter un fort intérêt des participantes qui souhaitent échanger de nouveau à ce sujet dans un futur proche afin d'en savoir plus, au même titre que les menstruations et la contraception.

Ce focus group, a suscité un intérêt fort face à ces sujets. Initialement prévu pour une durée d'1h30 maximum avec une dizaine de femmes attendues, il s'est finalement clôturé à 20h, soit une durée de 2h avec 13 participantes sur 17 présentent au CADA. Il leur a été proposé de poursuivre cet échange la semaine suivante si elles le souhaitaient, mais l'ensemble des participantes a décidé de terminer d'échanger autour des sujets choisis.

Les intervenantes étaient majoritairement très satisfaites de cet échange, certaines d'entre-elles ayant quitté le groupe un peu avant la fin pour s'occuper de leurs enfants. Elles étaient très intéressées à l'idée de pouvoir participer à un nouvel entretien collectif afin d'affiner la thématique choisie.

C- DEROULE DU DEUXIEME FOCUS GROUP – LE CHOIX DU PHOTO-EXPRESSION

L'organisation de la salle ainsi que les règles de confidentialité et de consentement ne seront pas de nouveau détaillées ici, étant similaires au précédent échange.

Ce deuxième entretien collectif a été animé cette fois-ci à deux, une observatrice m'a accompagnée.

1- PRESENTATION DES PARTICIPANTES

Les participantes étaient au nombre de 9 au début de la séance, soit 4 de moins que la fois précédente.

Cependant, le groupe présent était légèrement différent du premier focus group. En effet, 3 femmes présentent n'étaient pas venue au premier entretien proposé.

Les participantes à cet entretien sont originaires de Djibouti, Guinée, Congo Brazzaville, République Démocratique du Congo, Cameroun, Mali, Colombie et Turquie. Excepté une résidente du CADA, l'ensemble des femmes hébergées auront donc participé à au moins un des deux entretiens proposés.

Les femmes présentent ont entre 34 et 70 ans, avec une majorité entre 34 et 40 ans, ce qui représente une moyenne d'âge plus élevée que la première discussion collective. Elles sont arrivées au CADA entre 2022 et 2024, avec une majorité arrivée en 2023.

La majorité de l'entretien s'est déroulé en Français, avec la nécessité de certaines traductions en turc et en espagnol pour les nouvelles arrivantes. Comme le premier échange, des traductions entre elles ont permis d'affiner la compréhension.

2- ANIMATION

De la même manière que le premier focus group, un temps était prévu pour partager l'humeur du jour.

Pour ce deuxième temps d'échange collectif, il a été choisi de réaliser un photo-expression directement inspiré de la méthode du Photolangage© sur le sujet des violences. La différence réside dans le choix des photos utilisées. En effet, pour cette animation les photographies sélectionnées n'ont pas été choisies auprès de la marque déposée. Ces dernières sont issues de sites internet permettant l'accès à des photos libres de droit : Caneva et iStock.

Il est en revanche important de préciser que les photos ont été minutieusement choisies, testées et proposées à plusieurs reprises auprès de professionnels, afin de valider leur intérêt dans cet échange.

Le Photolangage© est « une technique à base de photographies, utile pour faciliter l'expression, l'écoute et le positionnement sur un thème et favoriser le développement personnel et interpersonnel ». (Douiller, 2020, p. 82)

Cette technique d'échange collectif, a été créée en 1965 par un groupe de psychologues lyonnais, qui travaillaient à cette époque avec des adolescents. Cette méthode a permis à ces jeunes qui présentaient des difficultés à s'exprimer, à parler en groupe de leurs expériences personnelles, parfois difficiles. Ces premiers travaux autour du Photolangage© ont démontré une libération de la parole et notamment la prise de position spontanée. (Vivier-Vacheret, 2010)

L'inspiration de cette organisation est tirée de l'article « Le Photolangage, une médiation thérapeutique, un bref historique des théories groupales » de Claudine Vivier-Vacheret.

Cette discussion a été marquée par deux temps majeurs : le premier destiné au choix des photos, suivi d'un temps d'échange autour des images choisies.

Il était énoncé au démarrage de la séance la question suivante : **Selon vous quelle photo représente une/des conséquence(s) de la violence sur la santé des femmes ?** Cette question a permis de les aiguiller dans leur choix et de rester centré sur l'objet de recherche.

Les photos ont ensuite été disposées sur une table centrale, suffisamment aérées afin que les femmes ne soient pas parasitées par les photos attenantes. Ces dernières ont été disposées de manière à ce qu'il n'y ait pas d'ordre préétabli dans leurs observations. Il n'a pas été prévu, contrairement au dernier focus group, la possibilité de faire ce choix de manière anonyme, au vu de leur volonté de le faire de façon collective la fois précédente.

Il a été demandé aux participantes que ce choix puisse se faire dans le silence, afin de laisser à toutes la possibilité d'y réfléchir calmement. Le temps d'observation des photos n'était pas limité, laissant ainsi le temps nécessaire à chacune.

Enfin, pour que cet échange reste dans cette dynamique collective et horizontale, l'animatrice et l'observatrice, ont, elles aussi pu choisir une photo et la partager avec le reste du groupe.

Une fois la sélection faite par le groupe, il a été proposé à l'ensemble des femmes de présenter leur(s) photo(s) de manière individuelle quand elle le désirait. Une attention particulière a été attribuée à l'écoute lors de la présentation des photos. L'écoute attentive permettant à la fois à la personne qui présente sa photo de se l'approprier, mais également au reste du groupe de pouvoir rebondir par la suite, permettant parfois une articulation avec les autres photographies choisies. Il a également été précisé la

non-obligation de prendre la parole, permettant à chacune d'écartier toute source de stress. Certaines ne s'étant pas manifestées la fois précédente, il était essentiel de le rappeler.

L'animatrice a également pu inviter les participantes, après la présentation de leurs photos à apporter leurs perceptions sur les autres photos choisies, qu'elles soient semblables ou différentes. En effet, le regard de l'autre peut faire évoluer sa propre perception de l'image.

Choisir la photographie comme médiateur à la parole a permis de consolider encore un peu plus cette dynamique collective. (Vivier-Vacheret, 2010)

Cet échange sera également complété par des questionnements autour de la relation de soin et de la violence. L'objectif de cette mise en lien était à la fois d'affiner l'objet de recherche mais également d'inclure la prise en soin dans ce contexte. Élargir le sujet par l'accompagnement en santé a permis de trouver le questionnement de la recherche à venir.

L'intérêt était alors d'identifier si les professionnels de santé questionnent ou non sur ces sujets, mais également de connaître le ressenti de ces femmes face à ces discussions. Il leur a également été proposé de s'exprimer, sur des expériences positives et/ou négatives de prise en soin dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil, cela, sans nécessairement se baser sur la différence potentielle à un niveau biomédical.

Ces questions ont été élaborées à la suite des résultats du premier focus group, afin de faire le lien entre ces deux échanges. En effet, lors du premier entretien elles ont rapporté cette impression d'être moins considérées en tant que femme, mais également en tant que femmes exilées. Il s'agira de savoir si cette sensation se retrouve également dans le contexte de soin. De plus, une des participantes a également rapporté que « *Certains médecins rentre trop dans ta vie. « Pourquoi tu es venue en France ? » ce n'est pas leur travail, tu n'es pas assistante sociale* », alors qu'une autre rapporte « *beaucoup de médecins te demandent ta vie personnelle* ».

Les questions élaborées en amont de cet échange seront affinées au cours des discussions en lien avec les situations de violences qui seront les plus abordées.

3- RESULTATS DU FOCUS GROUP

Les participantes sont arrivées plus tardivement que le précédent entretien. Elles nous rapportent que 18h est l'heure de dîner pour la plupart d'entre-elles.

La prise de parole a été rapide, à l'image de la dernière rencontre.

La dynamique de groupe était également sans jugement, et forte de participation. Cependant, la discussion étant principalement axée cette fois-ci autour de la violence, les échanges étaient donc parfois chargés d'émotion. On pouvait ressentir le manque de légèreté présent la fois précédente. En effet, des récits de violences ont pu être exprimés, parfois accompagnés de pleurs. Une femme a d'ailleurs préféré quitter la pièce, ces échanges étant trop difficiles pour elle. Un échange individuel à la suite de cette rencontre collective a été réalisé avec cette dernière, une fois le focus group terminé.

L'ensemble des participantes a choisi une photo, parfois deux. Une des participantes a choisi deux photos, mais sans les présenter.

Pour la majorité, elles ont pu chacune présenter leur(s) photo(s), partageant avec nous ce qu'elles reconnaissaient dans cette image, ce qu'elles voulaient transmettre des conséquences de la violence sur leur santé, en faisant le lien avec celle subie.

Les violences physiques et les violences sexuelles sont celles majoritairement exprimées. Aussi, après leur avoir demandé ce qu'elles souhaitent retranscrire dans ce travail, la violence dont elles éprouvent le besoin de parler, il semble impossible pour elles de les dissocier. **Elles rapportent que les violences physiques sont associées aux violences sexuelles et inversement.**

De plus, les conséquences sur la santé rapportées sont multiples, et pour la totalité des participantes, vécues. Impacts physiques par la maltraitance physique, grossesses non désirées issus de viols, infections sexuellement transmissibles, anxiété, insomnies, cauchemars, conséquences psychologiques, baisse de l'estime de soi, perte d'appétit sont rapportées par l'ensemble de ces femmes. Les impacts physiques de ces violences sont également abordés au travers des mutilations et de leurs conséquences à court et à long terme. C'est en cela, que pour elles, violences sexuelles et physiques ne sont pas dissociables. Elles peuvent être d'ordre sexuel, mais portent atteinte à l'intégrité physique.

Elles rapportent également la difficulté de vivre, de revivre ces « souvenirs » et de la difficulté de les surmonter.

Aussi, un parallèle en relation avec les professionnels de santé a été engagé. Ces femmes sont d'accord sur le fait qu'il existe une différence majeure quant à l'approche de ces violences au pays et en France. Une femme rapporte qu'il est impossible de dénoncer ces violences au pays, au risque de se faire bannir,

mais aussi, que ce sont des sujets dont elles ne peuvent pas discuter avec les professionnels de santé. Elle nous rapporte également : « *même la famille ne peut rien pour nous quand nous sommes mariées* ».

Depuis leur arrivée en France, la majorité des femmes n'a pas abordé de manière spontanée les violences subies, auprès des professionnels de santé. Certaines ont été invitées à en discuter avec des médecins/infirmiers, à l'inverse d'une partie d'entre-elles.

Elles sont unanimes à l'idée qu'il est essentiel que les professionnels de santé abordent ce sujet, mais, que la manière utilisée n'est pas forcément adaptée. En effet, elles rapportent devoir répondre à trop de questions, trop vite, au risque de revivre les scènes de violences vécues, « *de se souvenir* ». Aussi, elles expriment le besoin d'installer une relation de confiance avec leur interlocuteur, avant d'aborder ces questions.

Certaines femmes présentes nous relatent avoir déjà vécu des réminiscences pendant une consultation. Quelques-unes, ont osé en parler, parfois au risque d'être mal à l'aise. Ces récits de vie, sur ce temps court de consultation les déstabilisent, disent-elles, pouvant entraîner des cauchemars, plusieurs jours suivant la consultation. Mariama nous rapporte : « *Il ne faut pas aller en profondeur (...) Je n'aime pas qu'on me pose des questions sur ce que j'ai eu à vivre, ça me déstabilise, et quand je me couche, je fais trop de cauchemars par rapport à ça* ». Elle ajoute également : « *Ils sont attentifs, mais ça fait trop d'émotions (...) Ça permet parfois de nous soulager, mais en nous posant ce genre de questions, ça nous rappelle ce qu'on a eu à vivre. Les images nous reviennent dans la tête et ça nous bouleverse* ».

Elles abordent à plusieurs reprises l'importance d'un suivi avec psychologue et psychiatre dès leur arrivée en France pour échanger autour de ce parcours. La question se pose alors sur la différence qu'elles peuvent faire entre les professionnels relevant du champ de la psychiatrie, et de la médecine générale.

Elles rapportent également que les interrogations posées par les professionnels de santé puissent être orientées en fonction de leurs origines. Cette question ne sera pas plus développée, étant parties sur un autre sujet, nous avons oublié d'y revenir. Cette notion pourra donc être traitée en entretien individuel dans la suite de ce travail.

Une des participantes, me demande à la fin de l'entretien si un échange individuel est possible à distance. Elle rapporte avoir un homme en référent social, et échanger avec lui autour de ces questions de violences semble difficile pour elle. Un rendez-vous est donc immédiatement programmé. C'est une question qui n'a pas été abordée en entretien, mais peut-être que le genre du professionnel de santé peut jouer dans l'échange.

Ces deux entretiens collectifs ont permis de montrer l'intérêt des échanges en groupe, notamment dans la libération de parole. De plus, au-delà de l'intérêt porté à la recherche de sujet, ces focus group ont permis de soulever de nombreux questionnements et intérêts, qui pourront être de nouveau discutés par la suite. Le sujet des violences physiques et sexuelles est malheureusement vécu par toutes dans leurs pays d'origine. Elle est la thématique sortie majoritaire qui sera donc traitée. Il sera cependant important dans la suite de ce travail, de retracer ce parcours et les violences subies, dans le pays d'origine, sur le parcours migratoire, et en France, afin de le mettre en lien avec la situation de vulnérabilité potentielle dans laquelle ces femmes se trouvent.

De plus, à la suite de ces entretiens collectifs, trois entretiens individuels ont été programmés à la demande, ainsi qu'un accompagnement à la maison des femmes de Rennes.

Face à ces constats, comment les professionnels de santé pourraient-ils aborder ces thématiques jugées essentielles pour les femmes rencontrées ? Ce type d'entretien est un exercice complexe, et c'est ce qui sera développé dans la suite de ce travail.

IV- VIOLENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES EN LIEN AVEC LA RELATION DE SOIN

Suite à ces discussions collectives, le sujet de cette recherche portera sur les violences physiques et sexuelles. Cette thématique sera étudiée au travers de la consultation médicale et paramédicale, notamment dans la manière dont elles sont conduites face à ces sujets. Cette démarche de recherche sera réalisée, toujours en lien direct avec les femmes hébergées au CADA de l'association Saint Benoit Labre.

A- CONTEXTUALISATION DU SUJET CHOISI ET SA PROBLEMATIQUE

Selon le Ministère de l'Intérieur, « une violence physique désigne l'acte par lequel une personne porte volontairement atteinte à l'intégrité physique d'une autre personne » (Ministère de l'Intérieur, s. d.)

Aussi, les violences sexuelles désignent : « Tous les actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Ces violences portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne ». (Gouvernement, 2020)

Pour faire le parallèle avec les violences de genre et plus particulièrement les violences faites aux femmes, il sera proposé quelques chiffres afin de percevoir l'ampleur de ce phénomène au niveau mondial.

En effet, selon les estimations de l'OMS en 2021, près d'une femme sur trois dans le monde, soit 30% a déjà été exposée, au cours de sa vie à de la violence physique ou sexuelle que ce soit au sein du couple, le plus courant, ou commise par une personne autre que son partenaire. Au niveau mondial, près de 27% des femmes entre 15 et 49 ans mentionnent avoir subi au cours de leur vie une forme de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. (OMS, 2021)

De plus, comme développé lors du travail réalisé l'année passée et au début de cette recherche, les femmes exilées peuvent être confrontées à des faits de violences dans le pays d'origine, mais également sur le parcours migratoire et à l'arrivée dans le pays d'accueil.

Au travers l'ouvrage, « La santé des migrants en question(s) », des cliniciens de Médecins du Monde témoignent du poids des violences dans la souffrance psychique des personnes. Cette violence, racontée dans leurs récits de vie et parcours, témoignent de la cruauté et de la déshumanisation vécues. Cette

violence subie, pouvant entraîner des symptômes de psycho traumatisme. (André, 2019, p. 42) En outre, cela souligne l'importance attribuée à l'accompagnement une fois arrivées en France.

Cependant, une synthèse réalisée à partir de 15 études entre 2007 et 2017 et menées dans plusieurs pays européens prouvent que le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont exacerbés ou réactivés voire engendrés par des conditions d'accueil des migrants très difficiles. (André, 2019, p. 46)

Aussi, avant de s'intéresser à la posture adoptée par les professionnels de santé pour aborder violences et traumatismes, il semble essentiel de s'attarder sur le parcours vers le soin que ces femmes doivent accomplir en tant que migrantes.

L'accès à la santé un parcours du combattant :

L'accès à la protection en santé, comme évoqué au début de ce travail, est aujourd'hui de plus en plus complexe. Le délai de carence, associé à l'allongement des traitements de dossier auprès de l'organisme de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) ne facilite pas leur accès à la santé une fois arrivées en France.

Aussi, cet allongement, favorise le recul de l'accès au droit commun, entraînant ainsi une attente prolongée avant l'obtention d'un rendez-vous à la PASS, ou plus localement le Réseau Louis Guillou. Ce constat a déjà été relevé dans mon travail précédent.

Par ailleurs, même si ce travail porte essentiellement sur l'accompagnement des femmes hébergées en CADA, il reste pertinent de faire un court parallèle pour celles n'ayant pas d'hébergement une fois arrivées en France. En effet, un nombre important de femmes en demande d'asile se retrouvent en hébergement d'urgence, dans des hébergements très précaires voire à la rue. Raison pour laquelle, cette précarité accentue leur non-recours, par manque d'accès à l'information, à la connaissance des dispositifs et à la maîtrise de certaines exigences administratives, très normées dans notre pays. Il est également important de prendre en considération la crainte des interpellations par les services de police, amenant certaines personnes à limiter leurs déplacements (André, 2019, p. 79)

Cela montre bien, que même si l'accès aux soins reste quelque chose de complexe, un hébergement ainsi qu'un accompagnement social comme proposé en CADA, en favorise le chemin.

La surcharge des services de santé accueillant des populations précaires :

Il est observé une surreprésentation des populations migrantes dans les PASS et associations humanitaires. En effet, 90% des personnes accompagnées dans ces dispositifs seraient des populations migrantes. Cela implique donc un allongement dans les prises de rendez-vous, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois pour une première rencontre. Et, comme indiqué plus haut, l'allongement des traitements de la CPAM, et le délai de carence ne font qu'aggraver ce phénomène. Afin de faire face à ces flux

importants, certaines structures se trouvent donc dans l'obligation de réorienter des personnes ayant obtenu des droits de santé vers le droit commun. Cependant, ces réorientations sont parfois réalisées en l'absence d'une réflexion suffisante, quant à la pertinence de l'orientation proposée. (André, 2019, p. 80)

Les associations comme le Réseau Louis Guillou, à Rennes, qui proposent cet accompagnement global avec des services d'interprétariat, s'en trouve également saturées.

Enfin, en France, en comparaison avec certains pays, il n'existe que peu de structures, d'organisations communautaires ou de services de médiations en santé, capables de limiter cette insuffisance, et aider au relais pour faciliter l'entrée dans le système de soins du droit commun. (André, 2019, p. 81)

Le constat d'une majoration des refus de soins dans le droit commun, dans un contexte de pression budgétaire :

C'est encore au travers de l'ouvrage « La santé des migrants en question(s) » qu'il est rapporté, que les personnes bénéficiaires de la CSS (Complémentaire santé solidaire) seraient confrontées à des refus de soins par des professionnels de santé, la plupart du temps des spécialistes, et plus particulièrement des dentistes. Ce refus, s'impose de manières différentes : refus immédiat, réorientation vers un centre de santé ou des services hospitaliers sans raison médicale donnée, mais aussi refus du tiers payant. Les études utilisées dans cet ouvrage montrent que les migrants sont confrontés aux mêmes difficultés, mais avec le service public compris. (André, 2019, p. 81)

Si on s'écarte des réticences personnelles à accueillir ces patients, même lorsqu'ils sont couverts par l'assurance maladie, ces comportements seraient expliqués par une pression budgétaire telle, qu'ils en arrivent à prioriser certaines populations au détriment des autres. Cette manière d'agir actuellement est alors contraire à la logique du service public que l'on connaissait. **Ces comportements seraient plus prononcés dans le domaine de la santé mentale, qui justifierait cette pratique par la méconnaissance des spécificités culturelles.** (André, 2019, p. 82) Les dispositifs de santé mentale étant pourtant essentiels dans l'accompagnement de ces femmes.

Le psycho traumatisme relève du champ de la psychiatrie :

Il est important de souligner que malgré l'hébergement, ces personnes exilées sont confrontées à une solitude extrême, et semblent avoir des difficultés à exposer leurs souffrances. Un repérage précoce ainsi qu'une orientation réfléchie sont donc essentiels.

Les dispositifs prévus pour « aller vers », à destination des personnes les plus écartées du soin comme les PASS, les EMPP (Équipes mobiles psychiatrie précarité), en nombres insuffisants, ne peuvent répondre à l'ensemble des demandes. Ces équipes mobiles, notamment les EMPP, ne sont pas présentes dans l'ensemble des dispositifs de psychiatrie et sont réparties de manière assez inégale sur notre

territoire. Aussi, le peu de formations offertes aux professionnels de première ligne, comme les travailleurs sociaux, ne facilitent pas l'identification de ces problématiques. (André, 2019, p. 48)

De plus, les principales structures en mesure de prendre en charges ces patients qui présentent un parcours de vie traumatique, semblent se trouver dans le champ de la psychiatrie. En effet, les CMP (Centres médicaux psychologiques), sont des unités d'accueil, la plupart du temps rattachées à un hôpital public, qui proposent une coordination des soins psychiatriques en milieu ouvert, mais également de la prévention, la réalisation de diagnostics et des soins en ambulatoire à domicile. Les CMP sont composés d'équipes pluridisciplinaires avec des médecins psychiatres, psychologues, infirmiers... (vie publique, 2020)

Cependant, il est particulièrement difficile aujourd'hui pour la population d'y accéder, et en particulier pour les populations précaires, dont les personnes exilées font partie. Elles se retrouvent confrontées à la saturation de ces services avec des délais d'attente de plusieurs mois pour le premier rendez-vous. De plus, toutes ces structures ne disposent pas d'interprètes, les amenant à qualifier comme « trop spécifique » ces populations, et donc à défendre l'incapacité de les prendre en charge. (André, 2019, p. 49)

Aussi, les difficultés rencontrées dans ces structures ne facilitent pas le repérage précoce de ces traumatismes. Ce travail revient donc à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux.

Or, il existe des structures, grâce à des projets innovants, qui permettent de limiter cet impact. C'est le cas du centre de santé mentale, ouvert par le Réseau Louis Guillou en janvier 2023. Ce service propose un accompagnement en santé mentale, à destination des enfants, des adolescents et des adultes en situation de grande précarité et/ou situation d'exil. Ils accueillent des personnes qui souffrent de troubles post-traumatiques, liés à la migration, et/ou à une détresse psychosociale, qui, malgré leur éligibilité à un accompagnement dans le droit commun, n'y sont pas nécessairement pris en charge.

Ce dispositif n'a pas pour mission de se substituer au droit commun, mais plutôt d'être le premier maillon vers cet accès. Ce service est composé d'une équipe pluridisciplinaire : accueillants, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux qui vont accompagner en prenant en compte la singularité de chaque personne. Un accompagnement avec un service d'interprétariat est donc proposé si besoin.

La différence majeure exercée dans ce dispositif réside également dans la manière d'y adresser les personnes. En effet, les orientations sont rendues possibles pour tous les professionnels ou bénévoles qui accompagnent ces publics en situation de précarité. Qu'ils soient bénévoles, travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, tous peuvent en faire la demande, avec l'accord de la personne accompagnée. Aussi, cela représente un exemple intéressant de travail collaboratif et pluri professionnel, essentiel dans

ces prises en charges. (Réseau Louis Guillou, s. d.) Cependant, au même titre que les services de santé mentale hospitaliers, les délais de prise en charge sont désormais extrêmement longs.

Aussi, la maison IKAMBERE, en Seine Saint-Denis, créée en 1997 par Bernadette Rwegeera, accompagne les femmes en situation de précarité vivant avec une maladie chronique, et notamment les femmes atteintes du VIH. Au sein de cette structure, il est accueilli près de 500 femmes, la majorité étant en situation d'exil, et dont la quasi-totalité a subi ou subi encore des violences liées au genre. Elle propose, par son accueil, un environnement sécurisant où ces femmes peuvent créer du lien avec d'autres, partageant des similitudes dans leur parcours de vie. Cette approche permet la libération de la parole, par la proximité qu'offrent les échanges entre pairs. (Hassambay, 2023)

Ces deux exemples montrent à quel point, encore une fois, l'importance d'un travail collaboratif à la fois entre professionnels, mais également par la médiation par les pairs est essentiel.

Un accompagnement qui nécessite une organisation pluri-professionnelle :

Afin d'accompagner au mieux les personnes en situation d'exil, il est capital de travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels qui les soutiennent. Souligné par François-Xavier Schweyer, « Soigner les migrants est un défi pour le système de santé, car les soins nécessitent une approche pluriprofessionnelle, partenariale, des solutions hors routine, souvent une formation complémentaire et aussi, et surtout, une conception de soin fondée sur des valeurs de dignité, de solidarité, d'humanité ». (André, 2019, p. 88)

Cependant, l'échange pluri-professionnel, et la transmission entre les professionnels du social et du médical pourtant importants dans l'accompagnement, ne semblent pas aussi simple.

Suite à plusieurs entretiens réalisés auprès de professionnels du médical et du social l'année passée, il ressort une carence dans leurs échanges. Après plusieurs discussions auprès de travailleurs sociaux, dont l'accompagnement en santé fait partie intégrante de leurs missions, cette notion de partage de l'information ne paraît pas si évidente. Le secret professionnel dans la prise en charge médicale, rigoureux et nécessaire, ne facilite pas les échanges. L'ensemble des professionnels rencontrés s'accordent en revanche sur l'importance de ce lien, qui reste cependant plus aisé avec des institutions qui œuvrent dans la prise en soin et l'accompagnement des personnes exilées comme le Réseau Louis Guillou.

C'est d'ailleurs dans cette dynamique que se réunissent chaque mois, les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux des différents points santé de la ville de Rennes, afin d'échanger sur des situations complexes, que l'on appelle « Staff santé précarité ».

Après ce bref exposé des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins des personnes en situation d'exil, nous constatons qu'il est d'autant plus complexe de les accompagner vers les services de santé mentale, pourtant nécessaires. Ainsi, **le repérage et l'accompagnement en santé mentale devient donc la mission de tout professionnel de santé qu'il exerce, ou non, dans ce domaine spécifique de santé**. Le traitement du traumatisme, et plus particulièrement des violences subies par les femmes migrantes, puisqu'ici le sujet traité, est essentiel dans leur accompagnement une fois arrivée en France, dans une dynamique de reconstruction.

De plus, lors des échanges collectifs réalisés au début de ce travail, les participantes ont exprimé le besoin d'en connaître davantage sur leurs droits et sur les lieux de prises en charge face à cette violence. Certaines femmes présentes n'avaient pas connaissance de la possibilité d'accès à une chirurgie reconstructrice, mais également du caractère légal de l'avortement en France. De plus, certaines d'entre elles n'avaient pas conscience que, malgré l'absence de l'asile ou de titre de séjour, elles pouvaient porter plainte en cas de violence, ou faire état de violences aux professionnels de santé, à l'hôpital par exemple.

Aborder ces questions, lors d'une consultation médicale, représente d'ailleurs une priorité pour la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour l'HAS, les médecins seraient en première ligne pour repérer les femmes victimes de violences. Selon ces chiffres, 3 à 4 femmes sur 10 présentes dans une salle d'attente seraient victimes de violences conjugales. L'HAS recommande alors aux médecins de pouvoir aborder ces sujets de manière systématique, afin d'offrir la possibilité aux femmes victimes d'en parler si elles le souhaitent. Ils insistent également, sur l'importance de favoriser un climat de confiance, permettant la libération de la parole. (HAS, 2019)

Les participantes des focus group, rapportent l'intérêt d'aborder ces questions de violences pendant une consultation, mais reprochent parfois la manière de faire, face à ce que cela occasionne pendant la consultation et à distance de celle-ci. Elles appuient, à l'image des recommandations de l'HAS sur la nécessité de mettre en place une relation de confiance au préalable, mais aussi, que ce soutien ne doit pas être réalisé sans considération préalable.

Dans cette perspective, une recherche réalisée à Paris en 2022 par Bahar Azadi, Claire Tantet, Fatoumata Sylla et Armelle Andro, autour des violences et plus particulièrement sur les mutilations génitales féminines, et grâce à des retours d'expériences de femmes migrantes, a permis de mettre en lumière leurs besoins lors de consultations médicales. Cette démarche a permis de faire émerger auprès des professionnels, des suggestions afin d'améliorer ces consultations.

Pendant cette recherche, les femmes interrogées ont exprimé « leurs confusions après des consultations médicales », dans la mesure où de nombreuses questions n'étaient pas abordées. Certaines rapportent des examens médicaux trop rapides, et trop superficiels avec un manque sérieux d'explications. Il ressort

également de ces échanges des douleurs pendant les examens cliniques sans explications préalables, mais également un manque de sympathie et une réelle indifférence de certains professionnels de santé à leur égard.

Suite à ces constats, des recommandations ont été proposées par les femmes interrogées, à savoir :

- Demander le consentement avant d'aborder les questions de violences, de mutilations et prendre le temps d'aborder ces sujets, sans poser de questions trop directives
- Que les professionnels de santé soient les premiers à aborder ces questions. Certaines femmes ne souhaitant pas aborder ce sujet par peur de « déranger »
- Que les professionnels de santé soient accueillants et disponibles
- Faire attention au vocabulaire employé. L'utilisation du terme « barbare » pour décrire les mutilations génitales féminines pouvant créer un conflit entre la femme et sa famille
- Que les médecins informent des conséquences sur la santé (notamment en lien avec les mutilations) mais également des informations légales

L'ensemble de ces recommandations ramène à cette notion de confiance, essentielle dans cet échange. Il est d'ailleurs rapporté dans cette recherche : « La qualité des soins dépend d'une relation de confiance avec un professionnel capable de s'engager dans des questions culturelles pertinentes en plus d'avoir acquis des compétences dans le domaine. Les femmes de cette étude ont déclaré avoir le sentiment d'être entendues et écoutées lorsque la personne qui s'occupe d'elles adoptait une approche culturelle, en utilisant les mots avec précaution, en ayant une attitude appropriée et en respectant les traditions culturelles telles que la virginité avant le mariage, tout en comprenant que certaines femmes pourraient avoir du mal à subir un examen gynécologique ». (Azadi et al., 2022)

De même, il est ressorti de l'ensemble des entretiens professionnels réalisés l'année passée, l'importance de prendre le temps, et d'établir une relation de confiance avant même d'aborder ces questions. Il était souligné par ces professionnels, du sanitaire et du social, la nécessité de « *laisser des portes ouvertes* » afin de susciter l'envie et de poursuivre cet échange à distance. Aussi, une importance a été donnée à l'accompagnement personnalisé, de faire au « *cas par cas* ». Il est cependant important de souligner que l'ensemble des professionnels interrogés exerce dans des unités qui accueillent au quotidien ces femmes. Il serait donc pertinent de s'intéresser à la manière de faire des professionnels de santé qui exercent de manière exclusive, ou non, auprès de ces publics, au travers du discours des femmes accompagnées.

Ce sujet de recherche sera donc articulé autour de la question suivante : **Comment aborder les violences physiques et sexuelles en consultation auprès des femmes en cours de demande d'asile ?**

Associé à cette question générale, il serait également intéressant de proposer des sous-questions. En effet, il serait pertinent de comprendre et de questionner la temporalité de ces échanges autour de la violence, notamment pendant le temps de la consultation. Aussi, il sera intéressant d'interroger la

spatialité de ces échanges. Peut-on échanger autour de ces sujets assis à un bureau, pendant une auscultation etc. ?

Enfin, il sera utile de définir avec les femmes rencontrées, ce qui peut être ou ce qui doit-être mis en place, afin de parler de ces violences en limitant l'inconfort de cet exercice difficile.

B- METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de répondre à la problématique de ce travail, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs, auprès des femmes qui ont participées à au moins un des focus group.

Ce choix permet de laisser une plus grande liberté dans la réponse aux questions. Dans ce processus, les entretiens ont été guidés par une liste de questions préalablement travaillée. Cette grille était prévue comme support à l'échange, sans pour autant qu'elle soit utilisée comme simple outil de questions/réponses qui viendrait cloisonner le dialogue. Cet outil de recherche s'est vu modifié au fil des rencontres, permettant ainsi plus de possibilités face aux réponses apportées.

Aussi, cette technique est issue d'une volonté d'établir un rapport égalitaire entre les deux interlocuteurs que sont l'enquêteur et l'enquêté. L'entretien est alors une rencontre, qui au-delà de questionner est « une expérience », « un évènement singulier », et ne s'agit donc pas seulement d'un simple relevé d'information. « L'entretien ne pouvant donc se réduire ni à une pure manipulation technique, ni à une rencontre comme une autre, faire des entretiens comme on ferait un questionnaire, sans intégrer la situation d'interaction, conduirait le chercheur à manquer son but ». (Blanchet & Gotman, 2015, p. 19)

Le but de ce travail est de mettre en lumière au travers de ces entretiens, le ressenti de ces femmes face à ces questions de violence lors des consultations. Aussi, l'objectif final de cette recherche sera de suggérer, grâce aux discours des femmes interrogées sur le terrain, des points d'attention aux professionnels de santé, afin d'aborder les situations de violence avec ces femmes.

Avant chaque entrevue, et dans la même dynamique que les entretiens collectifs, il était précisé le caractère anonyme de ces entretiens, notamment dans leurs retranscriptions. Un consentement a également été sollicité pour l'enregistrement. Chaque enregistrement ne sera utilisé que dans le but de ce travail de recherche et sera détruit après son écriture. En cas de citation des personnes interrogées les prénoms seront modifiés afin de ne pas identifier les femmes rencontrées.

Il était également précisé avant chaque entretien la possibilité de l’interrompre à tout moment. Aussi, au même titre que les entretiens collectifs, des temps d’échange hors du contexte de recherche sont proposés afin de reprendre à distance ces discussions parfois difficiles.

L’ensemble des femmes interrogées sont originaires d’Afrique Subsaharienne, en majorité présentent sur le CADA de l’association Saint-Benoit Labre. Ce choix, me permet d’offrir plus de précisions dans mes résultats. Sur les 16 femmes présentent au CADA, seules 3 ne sont pas originaires de cette région du monde.

Une femme originaire d’Afrique Subsaharienne n’a pu être interrogée, car déboutée du droit d’asile, elle a dû quitter son hébergement, sans solution le jour de son départ.

Une deuxième, victime de violences aux pays, n’a pas souhaité aborder cette thématique en entretien individuel.

Enfin, une des femmes présente aux entretiens collectifs n’a pas souhaité participer à un entretien individuel. Ayant reçu une réponse négative de la part de l’OFPRA, elle est actuellement en démarche de recours auprès de la CNDA, et préfère rester concentrée sur ces démarches.

C- PRESENTATION DES RESULTATS

Tout d’abord, il est important de préciser que l’ensemble des femmes interrogées ne sont pas au même stade de leur demande d’asile. En effet, certaines sont à ce jour dans une demande de première instance, alors que d’autres ont fait appel auprès de la CNDA à la suite d’un refus. Aussi, une partie d’entre elles a obtenu la protection internationale. L’ensemble de ces étapes pouvant être une source de stress, cela met en évidence l’engagement et l’intérêt de ces femmes pour ce sujet de recherche.

Chaque entretien, a dans un premier temps été retranscrit de façon manuscrite, afin de mieux m’imprégner du sujet. Cependant, la maîtrise du français étant parfois limitée pour certaines femmes, il est important de spécifier qu’une reformulation partielle de certains entretiens était nécessaire afin de faciliter la lecture de ces derniers. A la suite de ces retranscriptions, une analyse individuelle a permis d’en faire émerger les idées principales, mais également les citations fortes du discours. De plus, une analyse regroupée des entretiens, par une comparaison des réponses apportées, a favorisé la mise en évidence des tendances principales. Cette retranscription sera ici proposée sous forme littérale et organisée selon plusieurs parties, sensiblement similaires à celles utilisées pour structurer les entretiens, ceci permettant aux lecteurs une découverte plus fluide et agréable.

Origines et parcours :

Comme énoncé dans la première partie de ce travail, l'INSEE, au travers de son rapport de 2022, met en évidence une majoration des flux migratoires en provenance du continent Africain en 2020. Aussi, 50% des immigrés originaires de ce continent étaient des femmes. Malgré que ces chiffres ne concernent pas uniquement les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne, il est intéressant de faire le parallèle avec le constat du Ministère de l'intérieur des Outre-Mer. Ce rapport, montre une hausse des premières demandes d'asile en provenance du continent Africain sur l'année 2022/2023 et plus particulièrement de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, de la République Démocratique du Congo et du Soudan. (Ministère de l'intérieur et des Outre-Mer, 2024)

Il aurait été intéressant de proposer un état des lieux de l'occupation des places en CADA sur le territoire par des femmes d'Afrique Subsaharienne, afin de le comparer avec l'échantillon de ce travail. Cependant, on peut déterminer le nombre de places disponibles en CADA, mais il est actuellement impossible de différencier celles des hommes et des femmes.

Aussi, dans ce travail, les femmes interrogées pour ce travail sont au nombre de dix. Elles sont originaires du Tchad, de Centrafrique, de Djibouti, du Congo Brazzaville, de Guinée, du Mali, de la République Démocratique du Congo et du Burundi. Elles ont entre 25 et 54 ans et ont toutes participé à au moins un des deux entretiens collectifs proposés.

La majorité des femmes rencontrées ont quitté leurs pays de naissance pour des raisons de mariage forcé et/ou violences conjugales. Elles sont 5 à rapporter avoir quitté le pays pour fuir un mariage organisé, et 5 pour violences conjugales. De plus, les conflits politiques sont mentionnés pour 3 femmes dans les raisons de départ. Seule une femme rapporte avoir quitter le Congo Brazzaville, entre autres, pour raison médicale. Il est cependant important de préciser que la plupart des femmes rencontrées rapportent plusieurs raisons évoquées ci-dessus, comme raison de départ.

De plus, **majoritairement, elles sont arrivées en France par un vol direct entre le pays d'origine et la France.** Quatre femmes ont traversé plusieurs pays avant de rejoindre la France, mais seulement une a traversé la Méditerranée en bateau entre le Maroc et l'Espagne.

Le temps de parcours le plus long est de 3 mois, entre le départ de Guinée et l'arrivée en France. Une des femmes interrogées est arrivée en France 4 ans après son départ du Burundi, mais suite à une demande de protection réalisée aux Pays-Bas, qui n'a finalement pas abouti, elle y est quand même restée pendant 4 ans.

Principales préoccupations de ces femmes à l'arrivée en France :

La demande d'asile reste majoritaire dans les préoccupations des femmes. En effet, 4 d'entre elles, attribuent la protection et la demande d'asile comme une priorité. Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, et malgré la prédominance de la protection internationale, elles ont également d'autres préoccupations en tête.

La santé figure en deuxième rang dans les priorités une fois arrivées en France. L'importance attribuée à la santé est mise en avant par deux femmes, une d'entre elles étant atteinte du VIH suite à un viol dans son pays d'origine.

De même, la liberté, est une autre préoccupation, qui est rapportée à deux reprises. L'une d'entre elle, Aïssata évoque pendant l'entretien : « *Parce que là-bas il n'y a pas de liberté. C'est ce que j'aime ici. J'ai trouvé liberté ici. Chez nous il n'y a pas ça* ». Mais aussi, Kadija, originaire de Guinée « *Franchement je suis contente qu'on me pose cette question, on ne m'a jamais demandé ça. Je veux la liberté. Je voudrais regarder les gens, partir à l'école, vivre une vie normale comme tout le monde* ».

Le travail et la formation sont également avancés par deux d'entre-elles, comme des objectifs à atteindre, souvent synonymes de liberté.

Enfin, l'intégration dans le pays d'accueil a été abordée par une femme, qui au cours de son expérience, semble avoir souffert de l'absence de solidarité imputable à la France. En effet, elle évoque une différence culturelle sur ce point, en comparaison avec la Guinée. Elle rapporte pendant notre entretien : « *Ce qui est différent, c'est que ici pour toute chose, on te demande tout le temps les papiers, les papiers. Vous comprenez ? Et puis chez nous tu peux partir chez les voisines et tu dors là-bas, pas de problème (...) Alors que chez nous, même si tu ne connais pas quelqu'un et qu'il te dit son problème, si tu as de la place tu peux l'aider. Tu viens chez moi, tu peux rester là-bas manger oui. Parce qu'avant, avant que je trouve un logement (elle parle du CADA) j'ai dormi dans un endroit où on appelle squat* ».

Expériences en santé :

Avant de se concentrer sur les expériences vécues, à la fois dans le pays d'origine, sur le parcours migratoire ou France, il est intéressant de faire un focus sur ce que représente pour elles « d'être en bonne santé ».

Les réponses à cette question sont intéressantes à traiter puisque très différentes. En effet, même si pour 3 des femmes, être en bonne santé c'est l'absence de maladie, elles sont également plusieurs à rapporter que la santé c'est vivre « normalement », autrement dit, que la santé ne soit pas un frein à leur quotidien. Mais, Rosalie, diabétique, rapporte que malgré la maladie, il est possible de s'accomplir « *Être en bonne santé ça veut dire faire au quotidien tout ce que les autres peuvent faire : travailler, faire tout ce que tu*

peux faire. Tu ne prends pas les médicaments. En fait, il y a des médicaments que tu peux prendre. Les médicaments de la glycémie, c'est la maladie chronique, mais je peux faire tout ce que les gens font ».

Aussi, être en bonne santé pour deux femmes interrogées serait de « vivre heureuse », ne plus être tristes et ne pas avoir de « soucis ». L'autonomie est également citée comme signe de bonne santé.

Pour Safia, originaire de Djibouti, être en bonne santé serait de vivre dans un pays développé comme la France, puisque sans clans et sans racisme. Ces propos sont à mettre en relation avec son parcours à Djibouti. En effet, sergent-chef dans la police locale, elle fut emprisonnée, car ne faisait pas partie du clan à l'origine au coup d'état en 2013. Elle dresse donc un parallèle entre guerre de clans et pays qui serait « développé ».

Enfin, pour Kadiatou, cela signifie : « *Pour moi c'est si tu respire bien, ça c'est la bonne santé, tu remercies le bon Dieu. Et puis, si tu vois que ton corps ça va, tu manges bien, pas de problème, ça aussi c'est bonne santé. On fait des activités correctement, tu es en bonne santé* ».

Selon elles, être en bonne santé, dépasse donc la seule absence de maladie.

Après ce cours développement sur les représentations qu'elles ont de la santé, nous allons approfondir leur vécu, leurs expériences en santé, que ce soit dans leurs pays d'origine, sur le parcours migratoire, et en France.

- La santé dans les pays d'origine

Le manque de moyen pour accéder à la médecine occidentale semble être un réel frein dans son accès, sentiment exprimé par plusieurs femmes. L'une d'entre elles rapporte : « *En fait, au Congo Brazzaville, on ne prend pas en charge. Il faut avoir de l'argent, si tu n'as pas d'argent, tu ne peux pas voir le médecin* ». Le manque de matériel et la détérioration des établissements de santé est également mis en avant. Cependant, **le recours à la médecine traditionnelle comme solution** est avancé par deux femmes : « *Il y a des médicaments traditionnels chez nous. Les feuilles, tu prépares ça. Par exemple, il y a des trucs chez nous qu'on appelle popa, si tu as mal au ventre comme ça, tu mets dans l'eau et tu bois* ». Aussi, l'usage des remèdes traditionnels est parfois préféré par Aminata, originaire du Mali : « *Des fois c'est mieux les plantes. Parce que quand tu vas à l'hôpital ils vont te donner des perfusions, ça fait mal. Si tu as fait ça tu n'es pas en bonne santé, tu es toujours fatigué, tu as mal partout, tu n'es pas bien. Et si tu vas à l'hôpital pour une infection, même avec les perfusions tu n'es pas guérie. Par exemple le palu ça donne mal partout, et ils vont te dire quand c'est fini tu vas boire les plantes. Et ça c'est bien* ». De même, le peu d'utilisation de pesticides dans les cultures, et l'activité physique sont évoqués comme des points positifs par Esther, originaire du Burundi : « *Sinon physiquement ça va, on marche beaucoup, on fait beaucoup de choses avec les mains (...) On mange de la nourriture bio, là-bas c'est bio, il n'y a pas beaucoup de produits chimiques, donc ça c'est bien* ».

Une exploration plus poussée de son intervention aurait été pertinente, afin de déterminer si elle sous-entendait que le mode de vie en France est moins sain, que ce qu'elle a pu connaître au Burundi par exemple.

Aussi, des difficultés liées à la relation avec les professionnels sont mises en avant. Il semblerait parfois complexe d'échanger avec eux. Une femme rapporte également l'absence d'examen clinique par ces derniers. A l'inverse, certaines expriment des expériences plutôt positives dans la relation de soin et dans les échanges qu'elles ont pu avoir avec des professionnels de santé. C'est d'ailleurs ce que rapporte Solange, admise à l'hôpital public en Centrafrique après avoir subi une agression : « *Le moment où je suis allée à l'hôpital, ils se sont bien occupés de moi. Ils m'ont trouvée dans un sal état, j'étais blessée et ils sont restés patient avec moi, ils sont restés avec moi le temps où je suis restée à l'hôpital* ». De même, Clarisse, originaire du Congo Kinshasa, n'évoque pas de difficultés particulières au pays, notamment lorsqu'elle relate son expérience en maternité.

Enfin, il est également rapporté, notamment à Djibouti, qu'une priorité était admise lorsque les patients étaient connus par les professionnels de santé.

L'absence de consentement dans la prise en soin a également été évoquée par Zara, originaire du Tchad.

- La santé sur le parcours migratoire

Comme rapporté précédemment, les femmes accompagnées au CADA ont majoritairement rejoint la France par avion ou par bus, mais avec des trajets directs. Aussi, **peu d'expériences autour de la santé ont pu être relatés dans ces entretiens.**

Seule, Esther, originaire du Burundi, rapporte une expérience marquante dans le champ de la santé pendant son temps de résidence aux Pays-Bas. En effet, elle relate une absence de consentement dans la pose d'un implant contraceptif. Elle évoque également des lieux bien distincts pour les consultations médicales des personnes en demande d'asile et les nationaux.

- La santé en France

Tout d'abord, **la santé en France semble représenter un idéal pour l'ensemble de ces femmes**. En effet, la gratuité après trois mois de résidence, la qualité des soins proposés grâce au niveau de formation des professionnels, la haute technologie retrouvée dans la médecine occidentale, et la présence importante de matériel médical, sont parfois décrites comme une nouveauté. Elles y décrivent une différence significative avec certains pays d'Afrique Subsaharienne, avec ce qu'elles ont parfois connu, qui concourent à cette idéalisation. Cette sublimation se retrouve autant dans le système de santé que dans les relations qu'elles peuvent entretenir avec les professionnels dans leur parcours de soins.

Que ces professionnels soient médecins, infirmiers ou psychologues, exerçants à l'hôpital, en association ou en cabinet libéral, tous semblent, majoritairement convenir à leur idéal.

La majorité des femmes interrogées rapportent un bon contact avec les professionnels de santé dans les services de soins, que ce soit en médecine de ville ou hospitalière. Par exemple, Solange me rapporte : « *Moi depuis que je suis arrivée en France, je n'ai jamais rencontré de difficulté avec des médecins en France. Les docteurs ils sont gentils et bien* », mais encore « *Moi dans le centre de l'hôpital, ils s'occupent bien de moi, ils seront toujours là pour m'aider* ».

Une des femmes parle du respect des professionnels de santé qu'elle a pu rencontrer jusqu'ici. « *Non, tu vois, moi je suis beaucoup malade. Et j'ai vu beaucoup de monde à l'hôpital, et tous ils respectent* ».

Pour Kadiatou, la relation avec les professionnels de santé est positive en France « *Mais je peux dire ici en France ça va. Parce que les médecins il prend le temps pour t'écouter, oui, oui. Si tu as un petit problème, tu vas parler aux eux. Tu vas parler avec ton médecin traitant. Et même si ce n'est pas ton médecin traitant tu vas parler avec le médecin, et c'est comme si tu le connaissais depuis longtemps. Il prend ton temps pour t'écouter très bien et pour t'aider aussi, et pour résoudre ton problème. Et ça quand même c'est très bien* ». Cependant, elle rapportera plus tard dans la conversation avoir été mal à l'aise avec un médecin de ville lors de la première consultation.

Elles sont 6 à ne rapporter aucune expérience négative dans le soin depuis leur arrivée. Une femme évoque des difficultés à son arrivée, liées à la barrière de la langue, mais très vite nuancées lorsqu'elle explique avoir fait des progrès en français.

Or, **malgré cette idéalisation, trois femmes sont en mesure de relater une expérience négative depuis leur arrivée en France**. Deux de ces femmes estiment que ce mauvais contact avec les professionnels de santé pourrait-être lié à leurs origines. C'est d'ailleurs ce que rapporte Rosalie, lorsqu'elle explique avoir été mal reçue par un médecin, car se serait présentée à la consultation, sans avoir réalisé son entrée administrative au préalable. Cependant, elle rapporte pendant notre échange sur l'expérience en santé en France : « *Et on m'a envoyée voir un médecin de l'OFFI, c'est lui qui m'a envoyée à l'hôpital pour prendre les examens que j'ai faits. Pour voir si j'étais vraiment malade. Pour confirmer à l'OFFI. Et ils ont vu que j'étais bien malade. Donc j'ai eu l'allocation. On m'a emmenée à Rennes. Mais normalement je n'avais plus le droit vu que j'avais dépassé la demande d'asile* ». Expérience qu'elle ne semble pas ressentir comme négative.

Ces retours, plus négatifs, notamment dans l'échange avec certains professionnels de santé, montre qu'en réalité ce système n'est pas parfait. Cependant, ces nuances négatives auraient tendance à être minimisées, à disparaître ou du moins à être passées en second plan, face à ce que représente pour elles le système de santé français, moderne et accessible.

Violences et consultations :

Pour commencer, l'ensemble des femmes interrogées en individuel, au même titre que lors des entretiens collectifs, rapportent avoir été victime de violences physiques et/ou sexuelles au moins une fois au cours de leur vie. De même, ces dernières ont été victime de violences conjugales, même si cela n'était pas toujours le motif de départ. La majorité d'entre elles, ont subi des violences intrafamiliales dont 5 femmes ont été victime d'excision voire d'infibulation.

Une seule femme parmi les 10 interrogées transmet avoir été victime de violence sur le parcours migratoire. C'est une nouvelle fois, Esther, originaire du Burundi, qui rapporte pendant notre entretien, une agression sexuelle par un résident lorsqu'elle était hébergée en CADA, aux Pays-Bas. Cette agression, s'est conclue par un changement d'établissement, non pas pour l'agresseur, mais pour elle, pourtant victime. Cette dernière rapporte également avoir été admise plusieurs heures dans une unité de rétention en arrivant en France, après son départ des Pays-Bas en 2018.

Les 9 autres femmes avec lesquelles je me suis entretenue ne transmettent pas de violences subies sur le parcours migratoire, mais rappelons-le, la majorité est arrivée en avion.

Aucune femme ne rapporte de violences sur le territoire depuis leur arrivée en France. Une situation de discrimination est tout de même rapportée par Esther, lorsqu'elle décrit la rencontre avec une personne âgée dans un bus de Rennes, qui lui exprime être « trop noire ». Cette situation minimisée, puisqu'elle répond à ma question autour des violences et discriminations en France : « *Oui en France, mais je pense c'est juste une petite chose* ». **Il est cependant important de rappeler que les violences sur le territoire d'accueil ne sont que très rarement dénoncées.**

Suite à ces interrogations, ont été abordés avec elles les temps de consultation avec les professionnels de santé. Cette approche a permis de réaliser comment, à quel moment et dans quelles circonstances ces violences ont été appréhendées selon elles.

La totalité des femmes rencontrées n'a jamais évoqué de manière spontanée les violences subies avec les professionnels de santé. Cependant, **excepté une femme, elles ont toutes abordé ces problématiques suite à des questions posées par les professionnels.** Aussi, deux femmes ont discuté de ces sujets avec les professionnels, dans le cadre d'un écrit de certificat médical de constatation.

Pour la majorité d'entre-elles, cette discussion a eu lieu en face à face au niveau du bureau du professionnel. En revanche, à l'initiative du médecin une femme rapporte avoir subi ces questions pendant un examen clinique.

De plus, 5 femmes rapportent avoir échangé sur les violences vécues lors de la première rencontre, une femme pendant une consultation ultérieure, et 2 ne se souviennent plus du moment de l'échange.

Aussi, ce qu'il est important de souligner dans ces consultations, est la présence de réminiscence pour 8 des femmes, dont 3 seulement en ont fait part aux professionnels.

Enfin, à la question « Pensez-vous que les professionnels devraient questionner de manière systématique les violences lors des consultations ? » elles sont plusieurs à affirmer que répondre aux questions des professionnels « *ne les dérange pas* », que c'est « *normal* » puisque ce serait « *leur travail* ». Cependant, au travers de ces affirmations, il est difficile de savoir si elles répondent de manière réellement consentie, ou si au contraire, elles se sentent obligées.

Pistes de réflexion:

En premier lieu, il semble opportun de faire un focus sur le choix du professionnel avec qui elles privilégient l'échange sur le sujet traité.

En effet, **5 femmes préfèrent en discuter avec les professionnels issus de la santé mentale**. Aïssata qui en fait partie nous souligne : « *Parce qu'ils ont le même travail, mais ils sont spécialistes de la psychologie (...) Ils savent les problèmes des gens, ils savent comment dire les choses. Et la psychologue, elle sait entendre les problèmes* ».

Cependant, deux d'entre elles n'ont pas de préférences entre les professionnels issus de la santé mentale ou de la médecine générale. Aussi, une femme n'indique pas de préférence dans l'échange que ce soit avec les travailleurs sociaux ou avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Une seule d'entre elle préfère en échanger avec les référents sociaux. Elle rapporte, en parlant des professionnels du CADA de Betton : « *Oui. Il faut avoir confiance, parce que si je n'ai pas confiance en quelqu'un j'ai peur. Mais si j'ai confiance je peux parler, mon cœur est ouvert. Parce que là-bas dans toute chose c'est la confiance* ». Aussi, il était difficile au travers de ces entretiens, de réaliser une étude comparative faisant ressortir les pratiques des professionnels exerçant dans des structures de soins recevant exclusivement ces publiques, et les structures de droit commun.

Mais, grâce à ces entretiens, de nombreuses suggestions ont pu être apportées par ces femmes, afin que les consultations sur le sujet des violences, puissent être le moins pénible possible pour elles. Ces suggestions, seront détaillées dans la partie discussion, afin d'offrir non seulement une liste de propositions, mais des pistes concrètes, directement issues de leurs témoignages, offrant ainsi des solutions adaptées à leurs besoins et expériences singulières.

En conclusion, l'ensemble des femmes interrogées sont originaires d'Afrique Subsaharienne. Elles ont majoritairement quitté leur pays pour fuir des violences qu'elles soient d'ordre politiques, conjugales ou familiales. Ces femmes présentent donc, pour la majorité, un lourd parcours de violences les ayant fragilisées. Une fois arrivées en France elles tiennent à obtenir le droit d'asile et la protection, dans l'espoir de regagner liberté et autonomie. Les récits de violences vécues, ne sont pas abordés de

manière spontanée, mais plutôt à l'initiative des professionnels de santé. Ces échanges peuvent également avoir lieu avec des professionnels du social. Aussi, il a été rapporté précédemment, l'idéalisation de ces professionnels par les capacités relationnelles et professionnelles, qu'elles leurs attribuent. Cependant, elles semblent être en difficulté lorsqu'ils abordent leurs parcours, notamment lorsqu'elles évoquent des réminiscences, et en incapacité pour certaines, de leur partager ce sentiment. Enfin, il est difficile de savoir au travers de ces entretiens, si les échanges qu'elles ont pu tenir avec les professionnels sur les questions de violences, étaient réellement consentis, ou si elles se sont senties obligées d'y répondre. Cet exercice complexe demande donc quelques précautions, afin de les mettre à l'aise. Ces suggestions seront proposées dans l'analyse.

V- ANALYSE ET DISCUSSION

A la suite de la retranscription des résultats précédemment proposée, l'idée de cette partie est à la fois de les analyser, mais également de les discuter et de proposer une réponse à la problématique traitée. L'intérêt de cette ultime partie sera également de discuter la méthode choisie pour mener à bien ce travail, mais également de proposer les forces et limites de cette recherche.

A- INTERET DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE

Lors de mon travail de mémoire l'année passée, j'ai souhaité traiter les questions autour de l'accès à la prévention au VIH chez les femmes exilées. Mais, force est de constater que cette posture de professionnelle de santé nous offre parfois une vision étriquée de la réalité. En effet, focalisée sur une approche très médico-centrée, je n'ai pas mesuré les réelles préoccupations de ces femmes.

C'est la raison pour laquelle, l'intérêt de ce nouveau travail réside dans la démarche de recherche, qui se voulait dès le départ participatif, de l'élaboration de la problématique et de sa résolution. Alors, s'appuyer sur le savoir expérientiel des femmes rencontrées était une priorité dans ma démarche.

Cependant, il est indéniable que cette dynamique de recherche participative reste encore peu implantée dans les démarches de recherche, malgré l'intérêt pour l'ensemble des parties prenantes.

Franco Ferrarotti, sociologue italien, rapporte au travers d'un échange avec Christine Delory-Monberger, qu'il est nécessaire de reconnaître que nous sommes « tous ignorants » sur notre sujet de recherche. De ce fait, qu'il est important de se mettre sur le même pied d'égalité avec les personnes enquêtées. Il prône alors l'arrêt de recherche « du haut vers le bas », pour une recherche à l'aide de « conversations ». Selon Franco Ferrarotti : « Le cœur de la recherche consiste à établir ce tissu de relation qui est le « texte du contexte » ». (Ferrarotti & Delory-Momberger, 2013)

Les personnes ne peuvent-être réduites à de simples objets de recherche. L'étude participative, et dans son cas, de la sociologie participative, représente une science d'observation, qui ne peut produire des résultats avant d'avoir interrogé les personnes concernées par la recherche. Pour lui, les humains sont imprévisibles, on ne peut pas prévoir à l'avance leur ressenti et leurs comportements.

La recherche participative, serait un travail en co-construction, permettant de générer les résultats, qui relèverait selon Franco Ferrarotti d'une « entreprise communautaire ». (Ferrarotti & Delory-Momberger, 2013)

De ce fait, il est intéressant de faire le parallèle avec ce travail. En effet, la forte participation des femmes du CADA, qui sont pour la majorité dans une situation administrative complexe, est assez révélatrice de ce que la co-construction peut produire. Bien au-delà de la réponse à une problématique, ce travail a permis de renforcer la cohésion du groupe, mais également de poursuivre ces échanges en dehors du cadre de la recherche. Un de ces entretiens a d'ailleurs été à l'origine d'un accompagnement à la maison des femmes de Rennes.

C'est également grâce à leur participation, aux âges et nationalités différents, aux récits de leurs expériences, que les résultats ont démontré une grande diversité des points de vue et des réponses apportées. Cette richesse d'opinion est d'ailleurs particulièrement frappante dans ce que ces femmes peuvent transmettre de leur vision de la santé. Ces données n'auraient jamais pu être récoltées sans leur implication, et revient au discours de Franco Ferrarotti, lorsqu'il rapporte que l'humain est imprévisible. Aussi, au-delà de l'intérêt de percevoir ces différences du ressenti et de l'opinion, cette participation met en lumière l'intérêt que l'on porte à leur collaboration. C'est d'ailleurs ce qui ressort lorsque Kadija me rapporte : « *Franchement, je suis contente qu'on me pose la question, on ne m'a jamais demandé ça* » lors de nos échanges sur ses principales préoccupations en arrivant en France.

En somme, malgré que les populations enquêtées se trouvent dans des situations de vie complexes, elles restent intéressées à partager leurs expériences dans un but commun. Cette implication peut alors engendrer la création de beaux projets.

Aussi, la recherche participative, reprise par la fondation de France, serait « un des processus de démocratisation des connaissances, tant dans la façon dont elles sont produites que dans l'usage qui peut en être fait ». Il s'agit ici de ne pas réaliser une recherche sans qu'elle puisse avoir un intérêt réel pour les personnes enquêtées.

Ce rapport, édité par la fondation de France, rapporte, au même titre que Franco Ferrarotti, que la participation des citoyens ne doit pas se limiter à une seule consultation, mais doit-être réalisée dans une dynamique de co-construction, autrement dit, de la définition du problème, de ses résultats, jusqu'à l'élaboration du projet. (Millot et al., 2012)

Cette dynamique de recherche participative, se retrouve alors dans une de ses méthodes : l'investigation action. Cette méthode, permet l'association d'une démarche de recherche, mais également d'action, dans l'entreprise de résolution d'un problème et en étroite collaboration avec la population concernée. L'investigation action, au-delà du travail de recherche, permettrait à la fois la résolution de

problématiques complexes, mais également de promouvoir le bien-être des individus ou d'une communauté. (Lechner, 2013)

C'est dans cette dynamique, que ce travail ne s'arrêtera pas à la réponse de la problématique. En effet, les entretiens collectifs réalisés au début de ce travail, ont permis de mettre en lumière de nombreux sujets/problématiques que ces femmes souhaitent aborder comme les infections sexuelles, le droit des femmes ou encore le fonctionnement du corps féminin. Le projet parallèle à cette recherche, sera alors de construire avec elles, et suite à leurs questionnements, des outils/actions leur permettant de répondre à leurs attentes.

Aussi, cette notion de démarche participative, par l'implication des citoyens, se rapproche de la démarche communautaire et participative en santé. On ne pense plus uniquement à la place de l'autre, mais avec l'autre dans une dynamique collective.

En effet, dans le domaine médical, la prise de décision reste majoritairement descendante pour une partie des individus, et la santé reste encore souvent abordée sous l'angle de la pathologie, à l'échelle individuelle, et non sous celui du bien-être général de la population. Pourtant, comme le rappelle Pierre Lascoumes « les savoirs profanes viennent compléter et épauler les savoirs scientifiques et cliniques classiques ». Il rappelle également que le milieu scientifique et médical présente ses limites, et qu'il est donc important d'élargir cet espace d'échange et donner la parole aux premières personnes concernées : les patients. (Lascoumes, 2007) Néanmoins, la participation des citoyens, au-delà du simple champ de la médecine, présente de nombreux avantages aux systèmes qui veulent bien s'en saisir.

En effet, de manière plus globale, la participation à des effets bénéfiques en termes de lien social, d'acquisition, et de partage de connaissances et de compétences. Cette dernière, permet de lutter contre l'isolement, d'agir avec et pour les personnes, et renforce l'idée d'appartenance et de reconnaissance sociale. Au travers de cette implication, on parle également d'amélioration de l'estime de soi, essentielle dans notre société actuelle. Il est donc aisé de faire le lien entre participation, bien-être et santé.

Aussi, les échanges réalisés au cours de ce travail, qu'ils soient individuels ou collectifs, ont donné lieu à de l'entraide entre pairs, que ce soit pour les traductions ou dans le soutien face aux expériences vécues. Ainsi, la dynamique collective, basée sur une relation de confiance, a permis de recueillir des données autrement inaccessibles, de libérer la parole et de valoriser celle-ci. Ces échanges ont également confirmé la nécessité pour elles, d'être accompagnées dans cette souffrance.

Ce parallèle entre démarche de recherche, accompagnement en santé et participation, nous permet de mettre en lumière l'intérêt majeur de l'implication des citoyens dans les questions et les décisions qui les concernent. Cette démarche ne doit donc pas se limiter à la santé, le savoir expérientiel dans le domaine de la recherche est essentiel pour être au plus près de la réalité, mais également des attentes de la population.

B- FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

La force de ce travail réside essentiellement dans la démarche. En effet, aller à la rencontre des femmes et les convier, de la recherche du sujet à sa résolution, nous amène à un travail en partie co-construit.

De plus, étant infirmière depuis plus de 3 ans au sein de ce CADA, j'ai pu accompagner une partie de ces femmes, parfois depuis plus d'un an. Cela peut représenter une force, dans la mesure où une relation s'est créée depuis leur arrivée. Nous pourrions imaginer que sans cette connaissance préalable, et sans cette confiance établie, la participation à ce travail aurait été moindre.

Cependant, cette force peut aussi constituer une faiblesse. Malgré l'importance donnée au libre arbitre dans la participation à ce travail, l'aide que j'ai pu fournir dans les démarches de santé, parfois depuis plus d'un an, pourrait amener certaines femmes à se sentir redevables en retour.

Aussi, mon expérience en milieu hospitalier, réglé par ses normes et ses protocoles, ajoutée à celle acquise au sein de l'association Saint-Benoit Labre, me permettent de mieux appréhender les histoires de vie des personnes que j'accompagne. Ce travail a permis de mettre en évidence la nécessité de rediscuter les pratiques en place et remettre ainsi en question ma pratique professionnelle.

De surcroît, il peut exister plusieurs limites dans la constitution du groupe de recherche. En effet, la participation pour ce travail était volontaire, ce qui implique que ces femmes étaient prêtes à parler de ces sujets parfois compliqués. Cependant, cela écarte les femmes qui ne sont pas encore dans cette démarche.

De même, la population cible n'est pas entièrement représentative de la population source. Les femmes ayant participé à ce travail, sont toutes hébergées dans un CADA, ce qui écarte le point de vue des femmes hébergées de manière beaucoup plus précaire, voire à la rue. Ces femmes, malgré un parcours de vie complexe, grâce à l'hébergement dont elles bénéficient, sont protégées de l'horreur de la rue. On ne le dira jamais assez, les femmes migrantes, majoritairement dans des situations très précaires, sont des cibles très vulnérables et il est urgent d'agir.

Aussi, les femmes rencontrées, comme expliqué précédemment, sont pour la majorité arrivées en France par avion, ce qui ne représente pas forcément la réalité de certains parcours migratoires.

Les parcours migratoires terrestres peuvent durer de plusieurs mois à plusieurs années, pendant lesquels ces femmes vont vivre l'horreur, particulièrement lorsqu'elles traversent des zones de « non-droit ».

Par ailleurs, il est important de prendre en considération que les femmes ayant vécues des violences dans leur pays d'origines, et qui ont dû faire part de leur récit pour se voir accorder le droit d'asile, peuvent ressentir moins de difficultés à en parler de nouveau aux personnels de santé. A l'inverse, les

femmes qui ont vécu ces mêmes violences dans leur pays d'accueil, doivent affronter le sujet pour la première fois, d'où la difficulté, pour nous professionnels, de déceler la détresse de ces femmes et de les amener à parler.

De plus, le système de santé français leur permettant un accès simplifié aux soins, à la différence de beaucoup de pays d'Afrique Subsaharienne, peut leur paraître idéal et en biaiser l'image qu'elles en ont. Aussi, la position d'infirmière que j'occupe, peut alors à la fois constituer une force, mais dans ce cas une limite. Dans la mesure où je peux faire partie de cette vision idéale du système de santé, elles n'osent pas nécessairement le dénigrer.

Enfin, la libération de la parole semblait plus importante en groupe qu'en individuel. L'échange avec la présence de pairs semble permettre une accession à la parole facilitée. Mais, encore une fois, cela peut être corrélé avec ma qualité d'infirmière, et donc représentante implicite de ce système de santé.

Il est également important de préciser que certaines questions, afin d'en faciliter la compréhension, ont nécessité plusieurs reformulations. En effet, même si certaines femmes sont francophones, et que d'autres ont amélioré leur maîtrise du français depuis leur arrivée, certaines formulations semblaient trop complexes. Il serait alors intéressant, pour les prochains travaux, de pouvoir proposer un service d'interprétariat, au moins pendant les entretiens individuels, cela n'ayant pas été possible pour ce travail vis-à-vis du temps imparti.

En conclusion, il serait judicieux de pouvoir inclure dans une prochaine étude sur le même sujet, des profils différents et en plus grand nombre, tant au niveau de l'hébergement, que du parcours ou du temps de présence en France, afin d'enrichir l'étude. Cette recherche pourrait être envisagée exclusivement avec des entretiens collectifs.

C- REPERER ET ACCOMPAGNER FACE AUX VIOLENCES

Cette partie finale permettra de proposer une réponse à la problématique soulevée. En effet, en plus d'établir un constat sur la manière d'aborder les violences physiques et sexuelles en consultation, il est intéressant de suggérer des éléments à prendre en considération, avant d'appréhender ces questions.

Ces points d'attention, détaillés ci-dessous, non présentés comme une liste exhaustive, doivent être étudiés comme émanant des personnes directement concernées. Ces précieuses recommandations, nous aideront en tant que professionnels de santé, à aborder ces questions, en veillant à ce qu'elles se sentent aussi à l'aise que possible lors de cet exercice exigeant.

Pour ce faire, nous pouvons affirmer que la mise en place d'une relation de confiance est un élément essentiel aux yeux de ces femmes. Elle peut par ailleurs s'établir rapidement et auprès de tous professionnels, qu'ils exercent dans le champ du sanitaire ou du social, dans la mesure où certains points sont pris en considération.

Tout d'abord, le premier contact avec un professionnel représente un moment crucial dans une relation. C'est pourquoi, il doit adopter une posture rassurante et bienveillante. Cela implique non seulement une écoute authentique et attentive, mais aussi de la considération face au discours de ces femmes.

De plus, pour respecter la volonté des femmes, il est indispensable de garantir leur consentement. Cet accord doit être obtenu avant l'échange, en dehors d'un examen clinique, qu'il s'agisse de repérer des signes de violences, ou d'un suivi pour des violences passées. Aussi, cette discussion, puisque non contrainte, offre aux femmes la possibilité d'en parler ultérieurement. Cette adhésion serait à renouveler au cours de l'entrevue, permettant ainsi de marquer des temps de pause, ou mettre fin à l'entretien si elles en expriment le besoin. Par ailleurs, entamer un échange sur cette thématique complexe, est intéressant dans la mesure où des solutions peuvent être proposées. En effet, il est important de rappeler que ces entretiens peuvent être à l'origine de réminiscences et de cauchemars les jours suivants ces discussions.

Aussi, le temps dédié aux consultations est un élément intéressant à mettre en perspective. Pour cela, il est pertinent de faire le parallèle avec les résultats recueillis lors de mon étude précédente. En effet, les professionnels soulignaient l'importance de prendre le temps, qui semblait leur manquer, avant de questionner les femmes au sujet des violences. Pour eux, la mise en place d'une relation de confiance au préalable était essentielle. Cependant, les femmes rencontrées au cours de la recherche actuelle ne semblent pas ressentir cette insuffisance. Elles approuvent au contraire, la possibilité de pouvoir aborder leurs récits au premier rendez-vous si les conditions le permettent. Mais, il est important de préciser

que la plupart d'entre elles ont déjà eu l'occasion de relater leur parcours, notamment auprès de leurs référents sociaux et devant l'OFPRA. Pour les autres, dévoiler pour la première fois son parcours de femme victime de violence, à l'image du discours des professionnels rencontrés, nécessite peut-être de prendre plus le temps, leur recul face à ce vécu n'étant pas le même. Il en ressort, que les soignants, doivent s'adapter au « cas par cas » à la situation de ces femmes.

De surcroît, afin que cette relation de confiance soit totale, les femmes rencontrées nous rappellent des éléments à considérer, qui pourraient, pour nous, soignants, sembler évidents. En effet, selon elles, leur rappeler que les professionnels de santé sont soumis au secret médical renforcerait la confiance qu'elles seraient en mesure de leur témoigner. Pareillement, revoir avec elles leurs droits en tant que femmes, et les lieux prévus pour signaler des faits de violence, est amené comme quelque chose d'essentiel pour faciliter leur prise de parole. Les femmes présentent lors du premier focus group n'avaient pas connaissance du rôle de l'hôpital dans la démarche de dénonciation des faits, ni la possibilité pour elles de porter plainte. Ces suggestions, pourraient participer à ce que les femmes exilées, si de nouveau victimes en France, osent en parler.

Enfin, les femmes expriment des difficultés à relater leurs parcours à chaque nouveau professionnel rencontré. En plus de préparer le récit pour la demande d'asile avec les travailleurs sociaux, elles doivent partager ces expériences avec les professionnels de santé qui les accompagnent. Par conséquent, l'échange pluri-professionnel, avec leur accord, peut parfois les soulager de cette tâche. Cette démarche est également encouragée en cas de changement de praticien dans le parcours de soin, mais est à nuancer en cas d'errance médicale. Aussi, la communication entre professionnel, même si importante à leurs yeux, doit néanmoins demeurer conforme au secret médical.

En conclusion, aborder les violences représente un exercice complexe tant pour les professionnels de santé que pour les femmes concernées. La plupart des femmes rencontrées privilégient leur suivi par des professionnels de santé mentale, soulignant ainsi l'importance de la formation dans ce domaine. Cependant, le repérage de ces violences reste une responsabilité partagée par tous les professionnels sanitaires et sociaux, et nécessite la prise en considération de certaines variables. En outre, face aux difficultés rencontrées dans le champ de la santé mentale, il est indéniable que l'ensemble des professionnels concernés puissent être formés et informés, afin d'être armés pour recevoir cette souffrance et l'accompagner au « cas par cas ».

Réaliser ce travail à l'aide d'une démarche participative, a donné lieu à une collecte riche de données tangibles, puisque directement tirées du parcours de ces femmes, de leurs expériences, et de leurs ressentis. Sans ce partage réalisé en amont de la recherche, ayant pour objectif de retranscrire leurs préoccupations majeures, ces conseils suggérés n'auraient été que supposés, à l'image du travail de l'année passée. De même, une implication réelle et précoce des femmes face à un sujet qui les concerne, a facilité l'obtention de résultats concrets et de propositions à destination des professionnels de santé. Réaliser ce travail en amont, a permis de proposer un cadre sécurisant pour aborder ces thématiques qui touchent à l'intimité.

Elles ont pu, grâce à ces temps d'échanges collectifs puis individuels, transmettre ce qui leur paraissait essentiel de prendre en compte, avant d'aborder, leurs expériences en tant que femmes victimes de violences. Ces suggestions, à la fois axées sur la posture à adopter en tant que soignant, permettent également de comprendre comment initier cette discussion ou au contraire la différer. De la même manière, elles invitent à remettre en question ce qui semble évident pour nous, mais qui ne l'est pas nécessairement pour elles.

Au-delà de la richesse des données collectées et de la pertinence des suggestions apportées par ces femmes, la construction de ce travail a rendu possible la réunion de nombreuses d'entre-elles pour un moment de partage et de cohésion. Ces temps d'échanges, ont facilité la libération de la parole, sur des sujets parfois jugés sensibles, grâce à la dynamique conviviale et bienveillante qu'elles ont su instaurer.

Aussi, les bienfaits du partage dans ce travail étaient réciproques. En effet, souvent accaparés par l'ensemble des tâches et missions à accomplir, les professionnels de santé se plongent souvent dans une pratique normée et protocolaire. Cette manière de procéder nous écarte de la vision singulière du soin. Ce travail a donc permis de prendre un peu de hauteur face à ces pratiques parfois bien ancrées, qui induisent souvent de penser à la place de l'autre.

Cette conception du partage dans la recherche, peut en ce sens être incluse dans une démarche beaucoup plus globale de promotion de la santé et de santé communautaire. En effet, ces trois notions sont entrelacées, et convergent vers le même point commun : améliorer la santé et le bien-être des individus.

Ces trois approches complémentaires, permettent la construction d'un système de santé plus inclusif et efficace, capable de résoudre des situations complexes dans le domaine de la santé, mais avec toujours au centre, la personne ou la communauté comme une entité singulière.

BIBLIOGRAPHIE

Administration française. (2021, juillet). *Peut-on faire une nouvelle demande d'asile après un refus ?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3067>

Amnesty international. (2024, janvier 27). *Loi « asile et immigration » : Le recul historique de la France*. Amnesty France. <https://www.amnesty.fr/refugies-et-migrants/actualites/projet-de-loi-asile-et-immigration-2023-dangereux>

André, J.-M. (2019). *La santé des migrants en question(s)* (Hygée Editions).

ASBL. (2022). *Rapport d'activité 2022, Pôle Accueil des Etrangers* [Rapport d'activité]. Association Saint-Benoit Labre.

Azadi, B., Tantet, C., Sylla, F., & Andro, A. (2022). Women who have undergone female genital mutilation/cutting's perceptions and experiences with healthcare providers in Paris. *Culture, Health & Sexuality*, 24(4), 583-596. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1982010>

Barral, C. (2022). *Juillet 1974 : Suspension des entrées de travailleurs immigrés permanents | Musée de l'histoire de l'immigration*. <https://www.histoire-immigration.fr/les-50-ans-de-la-revue-hommes-migrations/juillet-1974-suspension-des-entrees-de-travailleurs-immigres-permanents>

Bernardot, M.-J. (2019). *Etrangers, immigrés:(re)penser l'intégration. Savoirs, politiques et acteurs*. (Presses de l'EHESP).

Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (Armand colin).

Bouchon, M. (MDM). (2009, mars). *GuideCollecte.pdf*. Collecte des données - Méthodologie qualitative. <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/GuideCollecte.pdf>

CMIT. (2021). *Maladies infectieuses et tropicales—Pilly Etudiant* (ALINEA Plus, Vol. 1).

Cognet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : L'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 11-34. <https://doi.org/10.4000/remi.5863>

Collectif Entrelacs. (2022). *Migrations : Une chance pour le système de santé ? (Ré)humanier le soin (doin)*.

comède. (2015). *Migrants/étrangers en situation précaire : Soins et accompagnement. Guide pratique des professionnels*.

Desgrées du Loû, A., & France, L. (2017). *Parcours : Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France* (La découverte).

Douiller, A. (2020). *27 techniques d'animation pour promouvoir la santé* (Le Coudrier).

Ferrarotti, F., & Delory-Momberger, C. (2013). Partager les savoirs, socialiser les pouvoirs: *Le sujet dans la cité*, N° 4(2), 18-27. <https://doi.org/10.3917/lscdlc.004.0018>

Gouvernement. (2020). *Violences sexuelles | Arrêtons les violences*. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>

Harzoune, M. (2022a). *Depuis quand la France est-elle une terre d'immigration ? | Musée de l'histoire de l'immigration.* <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/depuis-quand-la-france-est-elle-une-terre-d-immigration>

Harzoune, M. (2022b). *Quel est le poids de l'immigration sur les prestations sociales ? | Musée de l'histoire de l'immigration.* <https://www.histoire-immigration.fr/economie-et-immigration/quel-est-le-poids-de-l-immigration-sur-les-prestations-sociales>

HAS. (2019, octobre 2). *Violences conjugales : Quel rôle pour les professionnels de santé ?* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante

Hassambay, R. (2023, novembre). *Femmes, violences et VIH:une réalité étouffée.* <https://ikambere.com/wp-content/uploads/2023/11/Femmes-violences-et-VIH-Ikambere.pdf>

HCI. (2023, avril 19). *Définition—Immigré | Insee.* <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

INSEE. (2020). *Définition—Étranger | Insee.* <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>

INSEE. (2022, mars 3). *Immigrés et descendants d'immigrés – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047719?sommaire=6047805>

Lascoumes, P. (2007). L'usager dans le système de santé : Réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et Management Public*, 25(2), 129-144. <https://doi.org/10.3406/pomap.2007.2371>

Lechner, E. (2013). Recherche participative : Contribution à partir d'un travail effectué avec des migrants dans la ville de Coimbra: *Le sujet dans la cité*, N° 4(2), 222-236. <https://doi.org/10.3917/lsdrc.004.0222>

Legifrance (2002).

Leverrier, C. (2017). Chapitre 7. L'accompagnement de femmes migrantes victimes de violences. In *Violences conjugales* (p. 85-99). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.ronai.2017.01.0085>

Millot, G., Neubauer, C., & Storup, B. (2012). *La recherche participative comme mode de production de savoirs : Un état des lieux des pratiques en France.* Fondation de France.

Ministère de l'Intérieur. (s. d.). *Violences physiques.* <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Sources-et-methodes-statistiques/Glossaire/Violences-physiques>. Consulté 16 mars 2024, à l'adresse <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Sources-et-methodes-statistiques/Glossaire/Violences-physiques>

Ministère de l'intérieur et des Outre-Mer. (2024). *L'essentiel de l'immigration.*

Morrisette, J., & Demazière, D. (2019). Un apport des entretiens collectifs : Saisir les processus de vulnérabilisation en faisant émerger préjugés et tabous. *Recherches qualitatives*, 38(2), 47. <https://doi.org/10.7202/1064930ar>

Mulier, T. (2024, janvier 22). *La « préférence nationale » est-elle constitutionnelle ?* France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-question-du-jour/la-preference-nationale-est-elle-constitutionnelle-4567516>

Ofpra. (2024, janvier 23). *Premières données de l'asile 2023 [Chiffres provisoires]*.
<https://www.ofpra.gouv.fr/actualites/premieres-donnees-de-lasile-2023-chiffres-provisoires>

OMS. (s. d.). *VIH et sida*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté 10 février 2024, à l'adresse
<https://www.who.int/fr/health-topics/hiv-aids>

OMS. (2006). *Santé sexuelle*. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>

OMS. (2021, mars 9). *Violence à l'encontre des femmes*. Organisation Mondiale de la Santé.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

ONU. (2017). *Définitions*. Réfugiés et migrants. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>

Perrin, J.-P. (2021, août 16). Aux mains des talibans, Kaboul ne répond plus. *Mediapart*. <https://www-mediapart-fr.ehesp.idm.oclc.org/journal/international/160821/aux-mains-des-talibans-kaboul-ne-repond-plus>

Réseau Louis Guillou. (s. d.). Centre de santé mentale. *Le réseau Louis Guilloux*. Consulté 28 avril 2024, à l'adresse <https://rlg35.org/centre-de-sante-mentale/>

RFI. (2018). *Mutilations sexuelles des femmes : Encore 200 millions de victimes*. RFI.
<https://www.rfi.fr/fr/afrique/20180206-mutilations-sexuelles-200-millions-victimes-afrique-indonesie-aminata-traore>

Santé BD. (s. d.). Accueil SantéBD. *SantéBD*. Consulté 4 février 2024, à l'adresse <https://santebd.org/>

SPF. (2023, novembre). *Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023*.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>

UNICEF. (2024, mars 7). *Plus de 230 millions de filles et de femmes actuellement en vie ont subi des mutilations génitales féminines*. UNICEF, pour chaque enfant.
<https://www.unicef.org/fr/communiques-de-presse/230-millions-de-filles-et-de-femmes-actuellement-en-vie-ont-subi-des-mutilations-genitales-feminines>

vie publique. (2020, juillet 15). *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale | vie-publique.fr*. <http://www.vie-publique.fr/rapport/278693-les-centres-medico-psychologiques-de-psychiatrie-generale>

Vivier-Vacheret, C. (2010). Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales. *Le Carnet PSY*, 141(1), 39-42. <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0039>

RESUME/ABSTRACT

Les femmes exilées, à l'image des femmes du monde font l'objet de violences de genre. Ce sont ici les violences physiques et sexuelles, particulièrement délétères pour la santé des femmes qui sont traitées dans cette recherche. En effet, ces femmes, souvent fragilisées par un vécu de violences dans leurs pays de naissance qu'elles tentent de fuir, peuvent malgré tout être à nouveau confrontées à ces exactions sur leurs parcours migratoires et en France.

Il est donc nécessaire de pouvoir accompagner cette souffrance et ces traumatismes une fois qu'elles sont arrivées en terre d'accueil.

Le repérage des violences et leur prise en charge font partie intégrante des missions des professionnels de santé, qu'ils exercent en milieu associatif, hospitalier ou libéral. Cependant, malgré l'importance qu'elles accordent à aborder ces sujets, elles estiment que la manière d'y parvenir n'est pas toujours appropriée.

C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes intéressés dans ce travail, à la façon d'aborder ces questions avec les femmes, et plus particulièrement avec celles en cours de demande d'asile et hébergées en CADA.

C'est grâce à leur participation dans ce travail, qu'il a été possible de dresser une liste de suggestions à destination des professionnels de santé afin que chacun puisse s'y retrouver dans cet exercice difficile.

Mots clés : Femmes, exile, violences de genre, professionnels de santé, accompagnement

Exiled women, like women everywhere, are subject to gender-based violence. This research focuses on physical and sexual violence, which is particularly harmful to women's health. These women, who are often weakened by their experience of violence in their countries of birth, which they are trying to flee, may nonetheless be confronted with these abuses again on their migratory journeys and in France.

It is therefore necessary to be able to provide support for this suffering and trauma once they have arrived in a host country.

Identifying and dealing with violence is an integral part of the work of healthcare professionals, whether they work in voluntary organisations, hospitals or private practice. However, despite the importance they attach to addressing these issues, they feel that the way in which they do so is not always appropriate.

This is why, in this study, we are interested in how to tackle these issues with women, and more specifically with those who are in the process of applying for asylum and are accommodated in a CADA.

Thanks to their participation in this work, we have been able to draw up a list of suggestions for healthcare professionals, so that everyone can find their way through this difficult exercise.

Key words: Women, exile, gender-based violence, healthcare professionals, support