



DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION

**Femmes immigrées, victimes de violences basées sur
le genre : quelle prise en charge dans les structures
d'aide aux victimes en France ?**

**Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et
migration »**

LARICI Gwendoline

Année 2021-2022



Sommaire

Introduction	p.3
I. Les violences basées sur le genre.....	p.6
1. De quoi parle-t-on ?	p.6
1.1. Les violences conjugales	p.6
1.2. Les violences sexuelles	p.8
1.3. Le mariage forcé et précoce	p.8
1.4. Les mutilations génitales féminines	p.9
2. Quelles sont leurs conséquences ?	p.10
2.1 Les répercussions des violences conjugales	p.10
2.2 Les répercussions des violences sexuelles	p.12
2.3 Les répercussions des mariages forcés et des mutilations génitales féminines ..	p.15
II. La prise en charge psychologique des violences	p.17
1. Etat des lieux concernant les personnes immigrées ou en situation d'exil	p.17
1.1. Situation de précarité et de multiples vulnérabilités	p.18
1.2.Santé mentale	p.20
2. La prise en charge des victimes de violences en France	p.23
2.1. Fonctionnement de deux structures différentes de prise en charge des victimes	p.23
2.2. La prise en charge psychologique des victimes	p.27
III. Prise en charge des migrants	p.31
1. Présentation du protocole SMSPS de UNFPA	p.32
1.1 Présentation des grands principes du protocole	p.33
1.2 Les différents niveaux d'intégration de la SMSPS	p.35
IV. Absence des migrantes dans les dispositifs spécialisés à la prise en charge des violences	p.37
V. Adaptation de la prise en charge les migrantes victimes de VBG en France	p.44
Conclusion	p.51
Bibliographie	p.57

Introduction

Les violences domestiques, qui peuvent être d'ordre psychologique, sexuel, économique, physique, social, ainsi que les violences sexuelles, sont des problématiques de santé publique et de droits de l'Homme. Elles se produisent dans tous les pays, toutes les sociétés et cela de tout temps. « Dans les contextes humanitaires, en raison des déplacements massifs et de l'effondrement des protections sociales, les femmes et les enfants qui sont des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) ou qui sont autrement touchés par des crises humanitaires liées à des conflits ou des catastrophes naturelles, courent un risque accru [de subir des violences] » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2020). Les violences conjugales et les violences sexuelles constituent une violation des droits de l'Homme et du droit humanitaire international. La Convention d'Istanbul stipule d'ailleurs: « les femmes et les filles sont souvent exposées à des formes graves de violences telles que la violence domestique, le harcèlement sexuel, le viol, [...] lesquelles constituent une violation grave des droits humains des femmes et des filles et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes » (Conseil de l'Europe, 2011).

Par ailleurs, le taux élevé de ces violences est bien documenté. Concernant les violences conjugales, Daligand (2019, p.3) rapporte que 30% des femmes dans le monde en seraient victimes, « 10% des femmes en France ». Lessard, Montminy, Lesieux, Flynn, Roy, Gauthier et Fortin (2015) ajoutent que les violences conjugales sont les plus courantes parmi la multiplicité des formes de violences envers les femmes recensées par les organisations internationales. Concernant les violences sexuelles, d'après le recensement du Gouvernement, en 2019 « en moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de viols et/ou de tentatives de viol est estimé à 94 000 femmes ». Ils ajoutent « qu'au début des années 2010, la France comptait environ 125 000 femmes adultes ayant subi des mutilations sexuelles ». Gynécologie Sans Frontières estime, quant à elle, que près de 70% des femmes exilées sont ou ont été victimes de violences (Guédon et Armagnat, 2022). On constate donc que les femmes sont majoritairement les victimes. C'est d'ailleurs pour cela qu'elles ont été catégorisées comme des violences basées sur le genre (VBG) ou violences sexistes.

Le terme VBG est un terme générique qui désigne “ tout acte nuisible perpétré contre la volonté d'une personne, et qui est basé sur des différences (de genre) fixées par la société entre les hommes et les femmes” (Gender-Based Violence Information Management System [GBVIMS], 2017). Les formes les plus courantes de VBG incluent donc les violences sexuelles et les violences domestiques, comme nous l'avons mentionné, mais également les mutilations génitales féminines, ainsi que le mariage forcé et précoce. Lors de crises humanitaires, de nombreux facteurs (déplacements, militarisation accrue, manque de ressources, affaiblissement des infrastructures, relations perturbées, etc.) viennent accentuer les risques de VBG.

Sous toutes leurs formes, les VBG “ont de terribles conséquences physiques, émotionnelles et sociales pour les personnes qui en sont victimes, souvent désignées sous le terme de « survivantes »” ([GBVIMS], 2017). Les violences conjugales, ainsi que les violences sexuelles, nuisent donc gravement à la santé des femmes (de façon cachée et/ou évidente, immédiate et/ou à long terme, etc.). De plus, comme le mentionne l'OMS (2020), les effets de ces violences sur la santé mentale peuvent prendre la forme de troubles du sommeil, abus de substances psychoactives, dépression, comportements suicidaires, etc. Il est donc aisé de comprendre pourquoi l'un des domaines les plus cruciaux des interventions humanitaires aujourd'hui est la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS, ou MHPSS en anglais). Effectivement, “les survivantes de VBG ont le droit de recevoir des soins et un soutien humains et de qualité, traitant les conséquences préjudiciables de la violence afin de pouvoir guérir et se reconstruire” ([GBVIMS], 2017). De nos jours, presque toutes les régions du monde où travaillent des organisations non gouvernementales (ONG) internationales ont connu ou connaîtront une intervention en SMSPS (Coral, 2021). En résumé, en situation de crise humanitaire les femmes ont plus de risques de subir des VBG, et celles-ci ont des conséquences désastreuses sur les victimes. De ce fait, il nous semble primordial de prendre en charge ces violences en France. Non seulement de par leur haute prévalence, mais également de par le nombre important de femmes dans l'Hexagone ayant fui les violences ou une zone de conflit dans leur pays d'origine et où on peut s'attendre à une prévalence de VBG certainement plus importante chez ces femmes que dans la population générale.

Qu'en est-il réellement de cette prise en charge des migrantes, ayant subi des VBG, en France ? Est-il possible de combler les écueils de prise en charge? C'est à ces questions que nous allons tenter de répondre dans cet écrit. Le choix de ce sujet s'est fait à partir de mes expériences professionnelles en association d'aide aux victimes et unité de victimologie, ainsi

que des questionnements qu'elles ont suscités chez moi. Notamment, de par l'absence de cette population dans ces structures de soin. Nous allons dans un premier temps parler de ces violences basées sur le genre (VBG), ainsi que leurs conséquences sur la santé des victimes. Dans un second temps, nous allons expliciter la situation spécifique des migrantes. Nous allons également décrire, d'après mes expériences professionnelles, la prise en charge des victimes telle qu'elle s'organise en France. Enfin, après avoir présenté un protocole de prise en charge de victimes de VBG dans un contexte humanitaire, nous allons essayer d'analyser pourquoi les migrantes sont absentes des structures en France accompagnant les victimes et proposer des idées pour pallier à cela.

Avant de commencer, il est important de préciser qu'il existe de multiples termes liés à l'immigration comme "migrants", "réfugiés, personnes "exilées", etc, liés en particulier aux différents statuts. Pour une question pratique, nous allons employer le terme "migrant" ou "immigré" pour désigner tous ces individus qui ont "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" (Nations Unies). Nous réalisons cependant la simplification que cela implique, et tenons à insister sur le fait que l'utilisation de ce terme "général" empêche de voir les spécificités de ces différentes populations. Tout d'abord en termes de vécu et de définition légale: il n'y a pas de définition juridiquement reconnue du terme "migrant" alors que le terme "réfugié" est délimité par la législation internationale (ce qui permet de les protéger). Celle-ci le définit en tant que "personne (...) qui, craignant d'être persécutée du fait de sa race [son origine], de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner" (Convention de 1951 relative au statut des réfugiés). En outre, cela implique une distinction du point de vue du statut qui leur est reconnu/attribué, et de cette dernière découle une différence en termes de protection et de législation. "Les pays gèrent les migrants en vertu de leurs propres lois et procédures en matière d'immigration. Les pays gèrent les réfugiés en vertu des normes sur la protection des réfugiés et de l'asile aux réfugiés qui sont définies dans les lois nationales et les lois internationales. Les pays ont des responsabilités précises envers les demandeurs d'asile sur leurs territoires et à leurs frontières. Le HCR aide les pays à gérer ces responsabilités en matière d'asile et de protection

des réfugiés” (Agence des Nations Unies pour les Réfugiés [UNHCR], 2016). Malgré ces éléments, nous avons fait le choix d'utiliser le mot “migrant” et “immigré” pour une question pratique, car ces termes sont les plus englobants. En effet, tout réfugié, tout exilé, est un migrant. L'inverse, par contre, n'est pas vrai.

I. **Les violences basées sur le genre**

Les violences sexistes sont reconnues comme une question internationale de droits de l'Homme et de santé publique. Au vu de l'ampleur du phénomène et du nombre important de victimes, les recherches autour des violences basées sur le genre se sont multipliées, ainsi que les mesures de lutte et de prévention. Nous allons dans un premier temps définir ces violences, mettre en avant leurs particularités ainsi que leurs conséquences. Par la suite nous allons décrire la situation plus particulière des personnes immigrés, en rapport avec ces violences.

1. **De quoi parle-t-on?**

La violence basée sur le genre est un terme utilisé pour parler de “tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur les différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes (c'est-à-dire le genre) ou sur les relations de pouvoir inégales entre les femmes et les hommes” (OMS, 2020). Celle-ci comprend les souffrances psychologiques, physiques ou sexuelles, la contrainte, les menaces et la privation de liberté. La violence dont on parle fait donc référence à l'emploi de la force physique et/ou du pouvoir avec une intentionnalité de causer un préjudice, qu'il soit moral ou physique. Ces actes peuvent se produire dans des lieux publics, tout comme des espaces privés. Dans les contextes humanitaires, ce terme de VBG est employé pour décrire de multiples formes de violences: la violence entre partenaires intimes, le viol, les mariages forcé et précoces, ainsi que les mutilations génitales féminines.

1.1. **Les violences conjugales**

Les violences conjugales (également appelées violence entre partenaires intimes ou violences domestiques) comprennent une multiplicité de types d'actes de violences que les victimes peuvent subir (parfois de façon simultanée) : violences psychologiques, sexuelles,

physiques, émotionnelles, sociales, économiques, etc. Ce phénomène est donc multidimensionnel. L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] considère un spectre large de conduites pour définir les violences domestiques, ayant pour caractéristique : “tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination” ([OMS], 2002). La violence conjugale est alors un système de relation asymétrique, où l'un des deux partenaires a recours à de multiples stratégies pour contrôler l'autre.

La violence physique, qui représente la forme la plus repérable des violences conjugales, se caractérise par tout acte causant des blessures physiques. Elle est fréquemment banalisée, notamment lorsqu'elle n'entraîne pas de blessures graves (gifle, bousculade, etc.). “La violence sexuelle inclut toutes actions, avec ou sans contact, qui portent atteinte à l'intégrité sexuelle de la personne comme la manipulation pour des faveurs sexuelles, les attouchements sexuels et l'agression sexuelle” (Blondin, 2015). L'auteur de ces violences est souvent convaincu qu'il s'agit d'un rapport normal, faisant partie du devoir conjugal. Les violences sociales font référence à l'isolement de la victime, par l'agresseur, de ses amis, sa famille, etc. La violence économique quant à elle “vise à faire subir des conséquences financières à la victime par une privatisation des ressources monétaires et matérielles” (Blondin, 2015). Une autre forme de violences qui peut survenir dans les violences domestiques sont celles administratives. “Cette violence limite ou interdit toute tentative d'échapper au conjoint violent” (Daligand, 2019, p. 68). Enfin, les violences psychologiques et émotionnelles peuvent se manifester de diverses façons : disqualification, manipulation, indifférence, infantilisation, dévalorisation, intimidation, etc. Le caractère subjectif de ces dernières rend leur définition et repérage compliqué. Cependant et parallèlement, j'ai pu observer lors de mes expériences professionnelles, que ce sont les violences les plus fréquentes, les plus difficiles à supporter et les plus destructrices. Il est important de préciser que toute victime de violence entre partenaires intimes ne subira pas nécessairement toutes les formes que peuvent prendre les violences conjugales. En effet, ces divers types d'actes de violence peuvent se manifester indépendamment les uns des autres, ou simultanément.

1.2. Les violences sexuelles

En ce qui concerne les violences sexuelles, celles-ci peuvent se manifester de différentes façons: viol, tentative de viol, exploitation sexuelle, attouchements forcés et harcèlement sexuel. Le viol est défini comme “une pénétration non consensuelle - même légère - de la vulve, de la bouche ou de l'anus, à l'aide d'un pénis, d'une autre partie du corps ou d'un objet” ([OMS], 2020). Il est important de préciser que la définition légale du viol peut varier d'un pays à l'autre, elle peut également différer des définitions médicales et sociales. De plus, le terme “agression sexuelle” va souvent être employé de manière interchangeable avec le viol. Enfin, la tentative de commettre ce crime est appelé “tentative de viol”. Dans les milieux humanitaires, les violences sexuelles sont définies comme “tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances sexuelles non désirés, ou actes visant à trafiquer, ou autrement dirigés, à l'encontre de la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, par toute personne, indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel cadre” ([OMS], 2002).

1.3. Le mariage forcé et précoce

Le mariage forcé a été défini, par la Résolution 1468 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les mariages forcés et mariages d'enfants (2005), comme étant “l'union de deux personnes dont l'une au moins n'a pas donné son libre et plein consentement au mariage”. Le Ministère de l'Europe (s.d.) et des Affaires étrangères ajoute que cela peut être “un mariage, civil, religieux ou traditionnel”. La Convention relative aux droits de l'enfant (1989) précise que le mariage précoce, mariage où l'un ou les deux époux ont moins de 18 ans, est nécessairement considéré comme un mariage forcé. Ils justifient cela par le fait que d'un point de vue légal, un mineur ne peut donner son consentement de façon libre et éclairée. Ces pratiques nocives concernent majoritairement, et affectent de façon disproportionnée, les jeunes filles et les femmes. En effet, une étude anglaise (Kazimirski, Keogh, Kumari, Smith, Gowland, Purdon et Khanum, 2009) a montré qu'elles représentent 96% des victimes de mariages forcés. Une autre étude menée au Canada a obtenu des résultats similaires et a rapporté que 92% des victimes étaient des femmes (Anis, Konanur et Mattoo, 2013). C'est pour cette raison, qu'au niveau international et européen, les mariages forcés et précoces sont considérés comme une forme de discrimination envers les femmes, bien que les garçons et les hommes puissent aussi en être victimes (Psaila, Leigh, Verbari, Fiorentini, Dalla Pozza, et Gomez, 2016). De façon générale, ces unions sont obtenues par l'utilisation de la force, par la famille ou la communauté.

Mais elles peuvent également être le résultat d'autres facteurs comme la pauvreté, la pression sociale ou d'une volonté de respecter une prescription religieuse. Bien que ces pratiques soient prohibées par des lois internationales et des lois nationales, elles restent tout de même très répandues. Environ 12 millions de filles mineures sont mariées de force chaque année dans le monde (UNICEF, 2019).

1.4. Les mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines, tout comme les autres formes de violences que nous avons décrites, constituent une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes. “Les mutilations génitales féminines sont des interventions visant à modifier ou à endommager les parties génitales d'une femme ou d'une fille, sans raison médicale. Il s'agit le plus souvent d'une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes” (Unicef, 2019). Bien que d'importants progrès ont été réalisés pour mettre fin à cette pratique nocive, elle reste tout de même répandue partout à travers le monde. D'après les recensements de l'Unicef, près de 4 millions de filles dans le monde (généralement âgées de moins de 15 ans), chaque année, risquent d'être victimes de ces mutilations. De plus, les progrès qui ont pu être réalisés, et qui font qu'aujourd'hui les filles courent moins de risques que leurs mères et grands-mères de subir cet acte, se limitent à certains pays et/ou régions. Ces progrès ne sont pas universels et dans certains pays, “cette pratique est tout aussi courante aujourd'hui qu'elle l'était il y a 30 ans. Plus de 90 % des femmes et des filles en Guinée et en Somalie subissent une forme ou une autre de mutilation génitale féminine ou d'excision” (Unicef, 2019). Dans beaucoup de pays, cette pratique constitue une tradition profondément ancrée, une norme sociale, trouvant son origine dans l'inégalité de genre. Les motifs derrière les mutilations génitales féminines sont multiples. “Dans certains cas, il s'agit d'un rite de passage vers la féminité, dans d'autres, d'une tentative pour réprimer la sexualité féminine. De nombreuses communautés pratiquent les mutilations génitales féminines parce qu'elles sont convaincues que celles-ci permettront aux filles de faire un bon mariage ou de préserver l'honneur de la famille. Certaines l'associent à des croyances religieuses, même si aucun texte sacré ne prône une telle pratique” (Unicef, 2019). Quelle que soit la raison, cette pratique incite la société à tolérer et même accepter les violences envers les femmes et les filles. Pour preuve, les mutilations génitales féminines sont pratiquées, dans de nombreux pays, par du personnel médical formé à cet effet.

2. Quelles sont leurs conséquences ?

Nous avons pu voir que le terme de violence basée sur le genre comprend de multiples formes de violences. Cependant, elles ont toutes un point commun, qui est l'assujettissement de la femme et la domination de l'homme sur elle. Ces violences ont des dommages importants sur la santé des femmes, sur le court terme et sur le long terme. Les effets des violences peuvent être physiques (comme c'est le cas pour les mutilations génitales féminines), sociales et économiques (comme c'est souvent le cas dans les mariages forcés et précoces, et parfois dans des situations de violences conjugales) et psychologiques. Les violences conjugales et les violences sexuelles étant les plus courantes, nous allons surtout nous attarder sur les effets de ces deux types de violences.

2.1. Les répercussions des violences conjugales

Une des particularités des violences domestiques est la multiplicité des formes que celles-ci peuvent prendre (parfois simultanément), comme nous avons pu le décrire précédemment. De ce fait, les violences intimes entre partenaires vont non seulement entraîner une atteinte à l'intégrité physique des victimes, mais vont également nuire à leur psychisme. En effet, ces "actes violents intentionnels perpétrés dans le but d'atteindre l'intégrité psychique et de générer un état de colonisation et de soumission" (Salmona, 2016) ont des effets sur leur comportement, sur leur santé physique et mentale, sur leurs relations, etc. L'impact psychotraumatique des violences conjugales sur les victimes est dévastateur. Les stratégies mises en place par l'auteur des violences, afin de dominer et d'assujettir la victime, sortent cette dernière de sa position de sujet. Chosifiée, déshumanisée, elle est réduite à n'être que l'objet de son partenaire violent. Un des aspects de cet état de passivité dans lequel les victimes se retrouvent est que « leur histoire, elles n'y croient pas vraiment ; leurs opinions sont incertaines ; elles doutent de leurs perceptions » (Korff-Sausse, 2003). Elles vont alors remettre en cause la réalité de leur vécu et leur ressenti. Ces éléments participent au fait que physiquement elles vont se présenter comme inertes et vides, et psychiquement un "brouillard, confusion, désordre s'installent dans leur tête, témoignant de la régression formelle qu'impose l'envahissement de leur appareil psychique par le mari" (Korff-Sausse, 2003). L'auteur ajoute que, vidées de leur pensée, de leur substance, les victimes vont exprimer « des sentiments d'inexistence qui les conduisent à une mort psychique, ou plutôt un anéantissement ».

Tous ces mécanismes mentaux, et notamment la colonisation psychique par l'auteur, ont pour conséquence une difficulté des victimes à se séparer de leur bourreau. Au contraire, elles vont s'octroyer la responsabilité des violences qu'elles subissent, vont alors justifier et pardonner l'auteur des violences. De cette destruction psychique vont s'ensuivre des troubles psychotraumatiques, qui piègent encore plus la victime dans cette relation violente. Effectivement, la violence a "un pouvoir anesthésiant sur les émotions et la douleur, que ce soit sur la victime, sur l'agresseur, ou sur un témoin de violences. Ce pouvoir anesthésiant est au cœur des stratégies de survie des victimes et de la reproduction des violences" (Salmona, 2010). L'état de stress extrême, dans lequel les violences vont mettre la victime, la rend incapable de réagir. Elle est immobilisée, et son psychisme effracté et paralysé. De plus, les mécanismes de "sauvegarde" qui se mettent en place pour faire face à cet état de stress extrême (disjonction des circuits de la mémoire et émotionnel), vont produire dans le temps, un état chronique d'anesthésie émotionnelle et physique. Les victimes vont donc développer une alexithymie (elles seront cependant en capacité de reconnecter avec leur émotions suite à un travail thérapeutique, et surtout une sortie de cette relation violente). Elles vont alors vivre les violences, mais sans rien ressentir (Salmona, 2010). La disjonction des circuits de la mémoire et émotionnels "va être responsable de l'apparition de deux symptômes traumatiques qui sont au cœur des troubles psycho-traumatiques et des processus d'emprise : une dissociation traumatique [...] et une mémoire traumatique" (Salmona, 2016). Celle-ci va encore plus sceller l'emprise de l'auteur sur la victime. En outre, la dissociation traumatique et la mémoire traumatique vont être à l'origine de plusieurs symptômes traumatiques que peuvent subir certaines victimes: reviviscences, cauchemars, troubles du sommeil, émotionnels, etc.

Afin de tenter d'échapper à leurs souffrances, les victimes vont inconsciemment mettre en place des stratégies, qui à long terme vont participer à leur épuisement psychique, telles que des conduites d'évitement, de contrôle, de hypervigilance, etc. Ce sont ces comportements qui vont générer chez certaines victimes de multiples troubles: de l'attention, du sommeil, de la concentration, de l'alimentation, une fatigue chronique, un retrait affectif, phobies, etc. Tous ces symptômes sont des caractéristiques d'un état de stress post-traumatique (ESPT) (Auxemery, 2019). D'après l'article de Nathanson, Shorey, Tirone, et Rhatigan (2012), la prévalence d'état de stress post-traumatique (ESPT) chez les victimes de violences conjugales est entre 51% et 75% (en fonction des outils de mesure). L'ESPT dont les victimes souffrent les empêchent de mener à bien une vie personnelle, sociale et professionnelle; elles vont donc se retrouver isolées. Les stratégies qu'elles vont mettre en place pour tenter d'échapper à leurs

souffrances vont cependant se montrer insuffisantes, les victimes vont alors rechercher l’anesthésie de deux façons: par la prise de drogues exogènes et donc des conduites addictives (alcool ou substances psycho-actives) ; ou en ayant des comportements à risques qui vont aggraver leur stress et donc entraîner une disjonction des circuits de la mémoire et émotionnel (Salmona, 2010). Dans les deux cas, les victimes vont se mettre en danger. La violence dans le couple a également d’autres répercussions sur la santé, que celles que nous venons d’expliquer: lésions traumatiques de nature variée (hématomes, fractures, érosions, etc.); effets “psychiatriques, gynécologiques et obstétricaux. Elle aggrave les pathologies chroniques” (Daligand, 2019, p. 79). Dans certains cas l’issue de ces violences sera celle ultime et fatale, la mort (de la main de leur partenaire/expartenaire, ou de la leur par suicide).

2.2. Les répercussions des violences sexuelles

Les différents types de violences sexuelles constituent tous une expérience traumatique qui vont laisser des séquelles à long terme chez leurs victimes. Si elles ne sont pas prises en charge, les effets qu’entraînent ces violences auprès des victimes “peuvent perdurer tout au cours de la vie, et se poursuivre à travers les générations avec des effets néfastes sur la santé, l’éducation, l’emploi, la criminalité et l’économie des personnes qui en sont victimes, mais aussi de leur famille, des communautés et des sociétés”(Institut National de Santé Publique du Québec, 2018). Il est également important de préciser que bien souvent, les dégâts engendrés par les sévices sexuels apparaissent après un temps de latence, dans certains cas des années après l’agression. Certain(e)s survivant(e)s vont essayer de mettre en place des stratégies pour surmonter leur traumatisme. Cependant, celles-ci sont souvent plus destructrices qu’aidantes, notamment sur le long terme. Parmi elles, on retrouve les mêmes stratégies d’adaptation néfastes que chez les victimes de violences conjugales, à savoir des conduites addictives et des comportements à risques. Un nombre important d’études montre une grande diversité de conséquences dont les victimes de violences sexuelles peuvent souffrir, et ce dans plusieurs sphères, les principales étant celles sociales, psychologiques et physiques.

D’après le tableau accompli par l’Université d’Ottawa (s.d) concernant les effets dans la sphère sociale, nous pouvons retrouver:

- “Dépendance aux autres pour du soutien;
- Difficulté à interagir avec les autres ou problème d’intimité;
- Difficulté à prendre soin de soi dans les relations interpersonnelles;

- Évitement total des relations sexuelles ou promiscuité;
- Incapacité d'être touché ou touchée;
- Isolement ou solitude;
- Rejet (distanciation des autres à son égard);
- Sensibilité envers les préjugés;
- Sentiment de méfiance;
- Victimisation (difficulté à faire confiance aux autres, refus d'intimité, difficulté à s'affirmer)"

En outre, certaines études s'intéressent aux effets intergénérationnels de l'agression sexuelle. Celles-ci laissent présumer que les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences sur plusieurs générations, ainsi que d'être un facteur à risque de sévices sexuels dans la génération suivante. "Il apparaît en effet que les difficultés qui sont davantage vécues par des parents ayant été victimes d'agression sexuelle risquent de persister et de s'accumuler au fil du temps, exposant leurs enfants à divers facteurs de risque (ex. : problèmes de santé mentale des parents, instabilité familiale, événements de vie stressants, difficultés parentales, etc.) qui sont susceptibles de les affecter tout au cours de leur développement et d'interférer avec leur adaptation" (Institut National de Santé Publique du Québec, 2018).

Les séquelles les plus fréquemment rapportées et de ce fait connues, concernent les manifestations psychologiques. Les effets des violences sur la santé psychique sont constants, durables, gênent l'intégration sociale des victimes et ont des répercussions sur leur vie quotidienne (difficultés professionnelles, relationnelles, scolaires, etc.). Les manifestations psychologiques sont protéiformes et souvent associées (Thomas, 2015). Parmi elles, les plus recensées sont l'état de stress post-traumatique (ESPT), les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que les comportements suicidaires. L'Institut National de Santé Publique du Québec (2018) ajoute que les manifestations "incluent également l'abus et la dépendance aux substances, les difficultés d'ordre relationnel et conjugal, ainsi que des conséquences sur la santé physique, incluant un plus grand risque de maladies chroniques". D'après la revue de littérature de Thomas (2015), les 6 principaux "troubles psychiques et comportementaux pouvant être induits par les violences sexuelles [sont]:

- les troubles de l'humeur: dépression, trouble bipolaire
- les troubles anxieux: anxiété, panique, agoraphobie, obsessions, phobies, syndrome de stress post- traumatique

- les troubles de la personnalité: irritabilité, faible estime de soi, conduites suicidaires, automutilations, fugues, instabilité, troubles du comportement
- les troubles du sommeil: insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes
- les troubles du comportement alimentaire: anorexie, boulimie
- les troubles addictifs: alcoolisme, tabagisme, toxicomanie”

Concernant l’ESPT, toutes les victimes de sévices sexuels ne vont pas en développer un, sa survenue dépend de la fréquence et de la gravité de ces violences, ainsi que de facteurs psychologiques (capacité de résilience), individuels, génétiques ou sociaux (environnement). Sa prévalence est tout de même importante, variant entre 30 et 80 % après un viol, selon les études et les cohortes de victimes (Thomas, 2015). L’État de Stress Post-Traumatique, qui survient en réaction à un événement traumatique qui menace l’intégrité psychologique ou physique de l’individu, peut apparaître “après un délai variable et peut persister des années après l’événement déclenchant et est fréquemment accompagné au cours de son évolution par des manifestations somatiques. [...] L’ESPT se manifeste par des symptômes persistants qu’on classe en trois catégories : – les symptômes intrusifs : le sujet revit en permanence l’agression sans pouvoir s’y opposer [...]; – les symptômes d’évitement : la victime tente d’éviter toute situation ou tout facteur déclenchant ou toute personne qui pourrait lui rappeler l’agression passée [...] ; – les symptômes d’hypervigilance : la peur de revivre l’événement traumatisant maintient la victime en alerte constante.” (Thomas, 2015).

Si les manifestations psychologiques et psychiatriques engendrées par les violences sexuelles sont bien connues, les dégâts somatiques, particulièrement ceux qui surviennent à long terme, le sont moins. Ils peuvent parfois même être sous-estimés, alors que ces derniers altèrent longuement la santé des victimes. Dans la grande majorité des cas, ces conséquences sont “en partie liées aux atteintes psychiatriques, comme le suggèrent les biomarqueurs du syndrome de stress post-traumatique ou les conséquences des troubles compulsifs : troubles du comportement alimentaire, dépendance aux drogues ou à l’alcool...” (Thomas, 2015). Effectivement, la barrière, entre les dégâts psychologiques et les désordres somatiques, n’est pas étanche. Les troubles comportementaux ont un retentissement sur le corps et sa santé. Si l’on prend l’exemple du comportement alimentaire à risque ou des conduites addictives, il est aisé de comprendre que de surcroît, ces agissements vont affecter la santé du corps de façon négative. Ou encore, de façon plus immédiate, les conduites suicidaires et scarifications. Parmi les troubles somatiques, qui ont été répertoriés et mis en lien avec les violences sexuelles, nous

retrouvons (Institut National de Santé Publique du Québec, 2018; Thomas, 2015; Université d'Ottawa, s.d):

- les troubles gastro-intestinaux: douleurs gastriques, vomissements, indigestion, etc.
- les troubles musculaires et articulaires: douleurs affectant les membres, la face, etc.
- les troubles neurologiques: vertiges, bourdonnements d'oreilles, malaises, etc.
- les troubles gynécologiques: plaies du vestibule, grossesses non désirées, douleurs pelviennes chroniques, etc.
- les troubles nutritionnels et métaboliques: diabète, obésité, etc.
- les troubles cardiovasculaires: infarctus, artérite, coronaropathie ischémique, etc.
- les cancers
- les maladies infectieuses, allergiques et auto-immunes: IST, MST, asthme, etc.

2.3. Les répercussions des mariages forcés et des mutilations génitales féminines

Concernant les mariages forcés et précoces, les répercussions qu'une telle union peut avoir à l'encontre des filles et des femmes sont multiples. L'une d'elle est l'impact sur le genre, et plus précisément, les effets qui permettent d'entretenir et de perpétuer les inégalités entre les femmes et les hommes. Nous pouvons problématiser ces mariages en tant qu'actualisation des idéologies patriarcales, comme un outil de maintien et de mise en œuvre des rôles sexués. Effectivement, les jeunes filles et femmes sont forcées de se marier plus jeunes, comparativement aux garçons et aux hommes. En résulte alors une déscolarisation plus importante de la gente féminine. Ces jeunes filles sont dans l'incapacité de poursuivre leurs études secondaires ou professionnelles. Cela de part l'injonction qui leur est donnée "d'embrasser le rôle de femme au service de son mari, de reproductrice pour assurer la descendance, et de mère dévouée aux soins et à l'éducation des enfants" (Larici, 2020). Leur statut et leur identité deviennent alors intrinsèquement liés et dépendants de leur union. Suite à cette contrainte de mariage, elles perdent toute possibilité de choix personnel et de travailler, et sont liées à l'autorité de leur conjoint ou de leur belle-famille. Cela conduit alors à une dépendance économique et conséquemment réduit la possibilité d'éventuellement sortir de ce mariage, les perspectives professionnelles étant très limitées. En outre, contraintes d'aller vivre dans la maison de leur conjoint, parfois loin de leur famille à elles et sans avoir accès à un moyen de transport, elles se retrouvent alors dans une situation d'isolement social. Elles rompent tout contact avec leurs amis et leur propre famille, et ne créent pas de nouvelles relations dans leur nouveau lieu d'habitation, leur liens étant restreints à leur conjoint, la famille

de ce dernier et leurs enfants. Cet isolement les enferme encore plus dans une situation d'assouvissement (Igareda, 2017). Par ailleurs, cette auteure ajoute que “ si elles sont contraintes de se marier contre leur gré, cela peut représenter le début d'une vie pleine d'autres formes de violence de genre : violence physique, sexuelle, psychologique, économique, grossesses non désirées et autres”. Effectivement, les expériences de violences, que les victimes de mariages forcés et précoces rencontrent, peuvent inclure un continuum de comportements violents et abusifs, de coups, de viols et de violences sexuelles, d'enlèvements, etc. Et cela, au moment de l'entrée dans le mariage, pendant le mariage et lors de la tentative de quitter ces relations (Igareda, 2017). Ce continuum rend également compte des multiples agresseurs aux différents stades du mariage (parents, fratrie, adultes de la communauté, conjoint, belle-famille, etc.) (Lamboley, 2015). Toutes ces violences ont des conséquences physiques et psychologiques. Celles-ci sont similaires à celles qu'on peut retrouver, et que nous avons déjà décrites, chez les victimes de violences conjugales et violences sexuelles. Pour cela, nous n'allons pas les reprendre en détail ici. Nous allons seulement ajouter que parmi les troubles de la santé qui ont été constatés chez les femmes mariées précocement, et dont la prévalence est très élevée, on retrouve des troubles dépressifs pouvant conduire à des tentatives de suicide et des ESPT (Nour, 2009).

Les mutilations génitales féminines posent plusieurs risques et aucun avantage pour la santé des filles et des femmes. Parmi ses multiples conséquences, on peut observer des effets néfastes psychologiques et physiques à long terme. D'un point de vue physique, cette intervention peut accroître les risques de transmission du VIH et entraîner des complications médicales, telles que des hémorragies prolongées, des douleurs intenses, de l'infertilité, des infections, et dans les cas les plus graves, des décès. En outre, “les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine peuvent être victimes de complications lors de l'accouchement, notamment une hémorragie du post-partum, une mortinatalité et un décès néonatal précoce” (Unicef, 2019). Malgré le fait que dans de nombreux pays cette pratique est conduite par des professionnels de la santé, cette médicalisation ne rend pas la procédure plus sûre. Effectivement, l'intervention consistera tout de même à endommager et retirer des tissus sains, et de ce fait continuera à entraver le fonctionnement normal de l'organisme féminin. En ce qui concerne les conséquences psychologiques de cette pratique, les filles peuvent perdre confiance dans les personnes qui s'occupent d'elles. Elles risquent également d'être en proie à des sentiments de dépression et/ou d'anxiété tout au long de leur vie. Effectivement, la prévalence

de troubles dépressifs et anxieux est plus importante dans cette population de femmes excisées que dans la population générale (OMS, 2020).

Les conséquences des violences sont donc multiples et nuisent gravement à la santé des filles et femmes qui les subissent. L'impact physique peut comprendre (liste non exhaustive) des blessures corporelles liées à des coups, des complications pendant la grossesse, des risques d'infections sexuellement transmissibles importants (dont le VIH), des grossesses non désirées, des douleurs pelviennes, des maladies chroniques, etc. Concernant l'effet des VBG sur la santé mentale on retrouve une prévalence importante de syndrome de stress post-traumatique, de troubles dépressifs et anxieux, de troubles de sommeil, de pathologies addictives, etc. "En outre, les survivants peuvent être confrontés à la stigmatisation et au rejet de leur famille et de leur communauté" (OMS,2020).

II. **La prise en charge psychologique des violences**

Comme nous avons pu le mentionner auparavant, les populations touchées par des crises humanitaires liées à des catastrophes naturelles ou à des conflits, courent un risque accru de subir des violences (OMS, 2020). Non seulement de par les violences qu'elles peuvent subir, en relation avec le contexte humanitaire (guerre, conflits, catastrophes naturelles, etc.), mais également en raison de l'effondrement des protections sociales et des déplacements massifs. Dans un premier temps, nous allons faire un "état des lieux" des personnes immigrées en France et les différentes problématiques qu'elles rencontrent. Dans un deuxième temps, nous allons exposer comment les violences sont prises en charge en France.

1. **Etat des lieux concernant les personnes immigrées ou en situation d'exil**

Dans les zones de crise humanitaire, répondre aux violences basées sur le genre est une priorité, en raison de la haute prévalence de ces agressions liées aux conflits ou à la destruction des lieux de vie et des mécanismes de protection dans les catastrophes naturelles. Il est effectivement admis que les personnes touchées par ces crises humanitaires rencontrent multiples formes de VBG pendant les crises et les déplacements. Les violences sexuelles ont depuis longtemps retenu l'attention internationale, et depuis quelques années, les violences

entre partenaires intimes sont de plus en plus considérées comme “un problème critique dans les zones de crise humanitaire. Les VBG, sous toutes leurs formes, ont de terribles conséquences physiques, émotionnelles et sociales pour les personnes qui en sont victimes, souvent désignées sous le terme de « survivantes »” ([GBVIMS], 2017).

1.1. Situation de précarité et de multiples vulnérabilités

Une majorité des personnes migrantes, notamment les femmes, ont subi des violences dans leur pays d'origine. D'après les chiffres de 2017 de Gynécologie Sans Frontière, 70% des femmes immigrées auraient subi des violences. Pour beaucoup ce sera d'ailleurs la raison, ou du moins une des raisons, qui vont les pousser à quitter leur pays d'origine. Malheureusement, pour un grand nombre, les violences ne vont pas s'arrêter suite à leur départ. Effectivement, elles vont être soumises à des violences et des dangers, tout au long de leur parcours de migration, mais parfois aussi au sein du pays d'accueil. En effet, d'après Prieur, Dourgnon, Jusot, Marsaudon Wittwer et Guillaume (2022) 54 % des personnes migrantes interrogées, lors d'une enquête à Paris et Bordeaux, “déclarent avoir vécu un événement traumatique. 33 % dans leur pays d'origine, 19 % au cours de la migration, et 14 % en France”.

Les violences subies par ces femmes dans leur pays d'origine sont celles que nous avons explicitées précédemment, à savoir des violences conjugales, sexuelles, les mutilations génitales féminines, ainsi que les mariages forcés et précoces. Lors du parcours migratoire, les violences subies vont principalement être d'ordre sexuel et coercitif. Nous retrouvons des agressions sexuelles, violences conjugales, exploitation sexuelle, traite des êtres humains, esclavage et ventes, exploitation par le travail pour payer les différentes étapes du parcours, emprisonnement et meurtre (Guédon et Armagnat, 2022). D'après ces deux même auteurs, les violences faites en France sur cette population sont multiples et principalement liées à la précarité de leurs conditions de vie. Ils listent comme violences: “l'absence de reconnaissance des violences subies, l'absence de droit au travail, perte d'un environnement affectif stable [...], non respect des droits fondamentaux, très grande situation de précarité sociale et administrative, sans revenus augmentant ainsi leur vulnérabilité, isolement social et affectif, violences administratives, la prostitution”. De plus, les filles et les femmes sont toujours à risque de subir des mutilations génitales féminines et des mariages forcés et précoces en France (Hamel, 2011). Ainsi que des violences sexuelles et conjugales.

Si les personnes migrantes forment une population très hétérogène, la majorité vivent dans la précarité en France, et elles révèlent une multitude de facteurs de vulnérabilité, notamment d'ordre juridique, social et épidémiologique (Gittinger, 2022). La précarité, à la différence de la pauvreté qui désigne seulement une insuffisance ou absence de ressources monétaires, prend en compte la fragilité au niveau des positions sociales ainsi que des revenus. La vulnérabilité, quant à elle, se définit comme l'état d'un individu en référence à une situation. Elle désigne une fragilité qui englobe les problématiques psychiques et sociales. La situation précaire des migrants est liée à des "problématiques liées aux dimensions culturelles, à l'exil, mais aussi à la situation administrative et sociale" (Chambon, 2022). Concernant la précarité des femmes en situations d'exil, Guédon et Armagnat (2022) recensent des "conditions d'hébergement très précaires pour 97% des patientes du Centre de santé du Comède dont 16 % sont sans abri, ressources inférieures au plafond de la Protection Universelle Maladie". Ils ajoutent que dans la majorité des cas, elles sont dépourvues de protection maladie et qu'1/4 d'entre elles déclarent ne pas manger à leur faim.

S'ajoutent à ces situations précaires, de multiples vulnérabilités notamment d'ordre social et juridique. Parmi celles que nous avons déjà mentionnées, nous retrouvons un déficit d'alimentation ainsi qu'une absence de protection maladie. A cela peuvent s'ajouter une situation irrégulière pour certain(e)s (sans titre de séjour), l'absence d'un hébergement et d'un emploi stable, ces deux derniers souvent en lien avec l'irrégularité de leur situation (mais pas que ou pas forcément). Les personnes migrantes ont pour la plupart de très faibles ressources et moyens financiers, en dessous ou égal au seuil de la C2S. En outre, elles peuvent être allophones et de se fait avoir une maîtrise orale insuffisante "du français ou de l'anglais pour s'orienter, comprendre une information, solliciter un recours" (Veïsse, 2022). Cet auteur ajoute que ces populations sont isolées, n'ont personne à qui se confier, partager ses émotions ou sur qui compter. Enfin, elles peuvent également rencontrer des difficultés à se déplacer "difficultés (handicap, pas de carte de transport) à venir aux rendez-vous des structures qui soignent-accompagnent, ou pour réaliser les démarches administratives".

La précarisation et les diverses vulnérabilités des populations en situation migratoire ou d'exil font que les déterminants sociaux prennent le devant de la scène (Gittinger, 2022). Effectivement, ces derniers vont avoir un impact à plusieurs niveaux, qui eux-mêmes auront une influence négative sur la santé mentale. Parmi ces différents impacts, nous pouvons mettre en évidence une répétition d'expériences de violences subies. De fait, les procédures

administratives complexes vont être vécues comme des violences (violences administratives), les personnes et notamment les femmes sont à risque de subir des violences physiques sur le territoire (reviviscences traumatiques), etc (Gittinger, 2022). En outre, Gittinger ajoute que, les conditions de vie précaires et la barrière de la langue vont rendre l'accès aux soins ardu (déqualification pour certains patients). En effet, la langue aura un impact dans la relation de soin et peut constituer un blocage quand les individus (soignants-soignés) ne partagent pas de langue en commun. Dans ce cas de figure, avoir recours à un interprète peut apparaître comme une bonne solution. Cependant, le dispositif peut être méconnu ou difficile d'accès, le patient peut refuser, etc. Enfin, la précarité administrative et psychosociale vont également avoir de multiples autres effets: "insécurité sociale et administrative, précarité des liens sociaux, conflit des temporalités (temporalité psychique, temporalité sociale), hébergement, impact sur la santé mentale de la procédure (le récit), incapacité à se projeter, "immobilité" psychique, effet cumulatif, intrication reconnaissance statutaire et attente de reconnaissance interhumaine, exacerbation de la méfiance" (Chambon, 2022).

1.2. Santé mentale

Comme nous avons pu le voir, la grande majorité (70% pour les femmes immigrées) des personnes migrantes subissent ou ont subi des violences en tout genre (sexuelles, conjugales, etc.). Nous avons explicité que toutes ces violences ont des conséquences désastreuses sur la santé des victimes. Cela nous amène alors facilement à présumer que la prévalence de problèmes psychiques et physiques dans cette population sera élevée. En outre, plusieurs déterminants sociaux vont venir aggraver la santé des migrants, une fois arrivés dans le pays d'accueil. L'un d'eux étant la difficulté d'accéder aux soins, dont ils auraient cependant grandement besoin, notamment au niveau de la santé mentale.

Les problèmes de santé que les populations migrantes rencontrent sont multiples. Parmi eux on retrouve principalement, des maladies chroniques et somatiques (40% des maladies graves), des maladies infectieuses (25% des maladies graves) et des troubles psychiques (35% des maladies graves). Les conséquences physiques des violences faites aux femmes peuvent varier de "simple" fatigue ou céphalées, à des maladies graves et/ou chroniques comme des cancers, le diabète, l'obésité, des maladies cardiovasculaires, etc. (Guédon et Armagnat, 2022; Veisse, 2022). Les mêmes auteurs recensent également des maladies infectieuses: infections sexuellement transmissibles (IST) incluant le VIH (5x plus chez les femmes que chez les

hommes), la tuberculose, l'hépatite C, dont peuvent souffrir jusqu'à 25% des personnes migrantes et sont des priorités de santé publique. Parallèlement, les maladies chroniques et somatiques qui composent 40% des maladies graves qui touchent les populations migrantes, sont toujours "largement ignorées des politiques de santé". De la même façon, les troubles psychiques qui représentent 35% des maladies graves chez les immigrés, sont "largement absents des plans de santé mentale pour ces populations" (Veisse, 2022).

Les psychotraumatismes sont au premier plan de ces troubles psychiques, avec un taux de prévalence plus élevé chez les femmes. Les principaux tableaux cliniques étant les ESPT et traumatismes complexes (69%), troubles dépressifs et dépressions réactionnelles (31,5%), psychoses (<2%) et les troubles anxieux (9%) (Tortelli, 2022 ; Veisse, 2022). A cela peut s'ajouter: des problèmes d'alimentation (boulimie, anorexie, etc.); des troubles de l'estime de soi, la honte, la culpabilité; des conduites addictives; troubles du sommeil; comportements associés aux états dépressifs (automutilation, tentative de suicide, suicide); des épisodes de dépersonnalisation, confusion, stupeur etc. (Guédon et Armagnat, 2022). Nous constatons que les ESPT sont disproportionnellement représentés au sein de cette population. Leur prévalence peut atteindre les 16% chez les individus sans titre de séjour, alors qu'elle est estimée entre 1 à 2% dans la population française (Prieur et al., 2022). Ces auteurs ajoutent que l'ESPT se traduit par "une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle". De ce fait, ils requièrent une prise en charge spécialisée.

Malgré une forte prévalence et une multiplicité de maladies graves chez les migrants, et de ce fait une nécessité d'être pris en charge, l'accès aux soins est très compliqué si ce n'est absent. Une des raisons pour lesquelles les prises en charges sont insuffisantes est un cumul des barrières aux soins. Parmi elles Tortelli (2022) rapporte: la langue, la culture, les priorités, la méconnaissance des institutions, l'isolement et les moyens. Gittinger (2022) confirme que les conditions de vie précaires et la barrière de la langue vont rendre l'accès aux soins ardu. Le système de soins n'étant pas égalitaire, cela va probablement en affecter son accès. Un des éléments qui va avoir des répercussions négatives quant à l'accès à la protection maladie est "la précarisation du statut des étrangers au cours des lois successives sur l'immigration depuis 30 ans, les personnes les plus vulnérables étant celles qui rencontrent le plus d'obstacles à l'accès aux soins" (Veisse, 2022). S'ajoutent à cela des restrictions d'application du droit par les caisses de sécurité sociale, ainsi que des restrictions progressives du droit à la protection maladie pour les étrangers. "Parmi les personnes souffrant d'ESPT éligibles à l'AME, 53 % ne sont pas

couvertes, contre 48 % dans le reste de cette population” (Prieur et al., 2022). S’ensuivent alors un allongement des délais et retards des soins. Dans certaines villes et hôpitaux, dans un contexte de pression financière et de discrimination, les soins peuvent même leur être refusés. En outre, le recul du droit à la santé pour les migrants à rendu encore plus inaccessibles les soins en santé mentale. “Les obstacles à l’accès aux soins en santé mentale représentent la moitié des appels de la permanence téléphonique dédiée au Comede, barrière de la langue et absence d’interprète professionnel (58%), difficultés liées à la sectorisation (9%) et refus de soins (6%)” (Veïsse, 2022). Enfin, toujours d’après cet auteur, depuis la mainmise du Ministère de l’Intérieur sur les questions de santé des migrants, celles-ci sont aujourd’hui plutôt utilisées pour contrôler l’immigration (“transfert de l’évaluation médicale à l’Ofii, même si les critères et instructions du ministère de la Santé n’ont pas changé, le taux d’accord a chuté à la moitié des demandes, et un quart pour les troubles psychiques”, etc.).

On note donc une forte précarité au niveau de l’accès aux soins, celle-ci a pour conséquences des effets délétères sur la santé mentale et physique des personnes immigrées. Cette dernière est également majorée par les autres types de précarité que subissent les migrants. Effectivement, nous savons que les conditions de vie des migrants en France sont souvent précaires. De ce fait, elles “sont susceptibles d’exposer à des expériences traumatisantes supplémentaires” (Prieur et al., 2022). L’isolement et la précarité peuvent alors, augmenter le poids des traumatismes antérieurs, venir renforcer les symptômes de l’ESPT, ou contribuer au développement d’un ESPT chez des personnes déjà traumatisées. Ces auteurs ajoutent que “les conditions de vie précaires en France sont associées à des prévalences plus élevées de TSPT”. Rappelons, les différentes formes de précarité que peuvent éprouver les individus issus de l’immigration sont: l’insécurité alimentaire, la précarité financière, l’isolement, la précarité du logement, la barrière de la langue, la précarité sociale, etc. Cette dernière et la souffrance qui en découle aggrave les méfiances des personnes migrantes envers les institutions, les défenses paranoïaques, les attitudes de découragement et une clinique de la survie (Chambon, 2022). Cette précarité sociale, cet isolement, et donc cette perte d’un environnement affectif stable vont également renforcer “les symptômes psychologiques existants et peuvent même conduire à des décompensations psychiques” (Guédon et Armagnat, 2022). En ce qui concerne la précarité du logement, sont associés à ces conditions d’hébergement précaire, un risque plus élevé de ESPT. En effet, “28 % des personnes dormant en hébergement d’urgence en souffrent et 20 % de celles dormant en foyer, contre 7% des personnes vivant dans leur logement personnel” (Prieur et al., 2022).

On constate donc l'impact important de la précarité sur la santé mentale et physique. Cela de façon indirecte (barrière de la langue, isolement, etc.) et/ou directe (inaccessibilité aux soins, précarité alimentaire, etc.) (Gittinger, 2022). Il est important de préciser que les femmes migrantes subissent/ont subi plus d'expériences de violences, comparativement aux hommes immigrés. En outre, ces dernières ont plus de risques que leurs homologues masculins, de se retrouver dans une situation de précarité (notamment en lien avec les violences conjugales et/ou les mariages forcés et précoces). En conséquence, il est cohérent que si les migrantes ne sont pas prises en charge, la prévalence de maladies graves et de troubles psychiques sera considérable au sein des femmes issues de l'immigration. Cela dans une proportion plus importante que chez les hommes immigrés. D'où notre choix de parler des femmes migrantes ayant subi des VBG.

2. La prise en charge des victimes de violences en France

Nous avons pu voir que l'accessibilité aux soins de santé mentale et physique est très compliquée pour les personnes migrantes. De ce fait, les violences qu'elles ont subies ne sont que peu, ou parfois pas du tout, prises en charge. Pourtant plusieurs structures, prenant spécifiquement en charge les victimes ayant subi tout type de violences, existent. Dans cette partie nous allons aborder mon expérience professionnelle dans une unité de victimologie et dans une association d'aide aux victimes, à Clermont-Ferrand.

2.1. Fonctionnement de deux structures différentes de prise en charge des victimes

Les unités de victimologie, ainsi que les associations d'aides aux victimes sont deux structures d'accueil et d'aide aux victimes, présentes dans tous les départements de France. Le point commun de ces deux lieux de prise en charge des victimes, autre que la population accueillie, est la présence et l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire. Nous allons voir plus particulièrement, comment ces deux sites sur Clermont-Ferrand fonctionnent. Il est à noter, que des différences peuvent exister entre ces structures sur Clermont-Ferrand, et celles présentes dans les autres départements et villes en France. Cependant, les missions dont on leur a donné la charge restent les mêmes à travers la France. De ce fait, leur fonctionnement est similaire à travers l'Hexagone.

En effet, il y a 30 ans, 130 associations professionnelles spécialisées dans l'aide aux victimes ont été rassemblées dans la fédération française « France Victimes ». L'objectif, qui a été à l'origine de ce regroupement, était de permettre la promotion, ainsi qu'une coordination de ce réseau. La fédération a comme volonté principale d'animer son réseau associatif, ce qui implique: "Aider les associations à se structurer sur l'ensemble du territoire, pour offrir l'accès à toute personne victime à un service égal, de qualité et de proximité ; Organiser une coordination entre les associations d'aide aux victimes du réseau ; Assister et soutenir les associations locales pour leur permettre d'assurer au mieux leurs missions ; Favoriser la communication ascendante et descendante entre les associations et la fédération" (Service de France Victimes, s.d.). En outre, le dessein était d'engager des partenariats pour faciliter l'accès des victimes vers les associations (France Victimes, s.d.). Les associations adhérentes à cette fédération partagent alors les mêmes missions, et ont une obligation de respecter certains principes comme la gratuité, la confidentialité, etc. Cependant, elles demeurent des structures juridiques indépendantes. Cela permet donc à chacune d'avoir une certaine liberté dans les actions qu'elles mènent, ainsi que dans leur organisation.

L'Association Victime Ecoute Conseil 63 (AVEC 63), dans laquelle j'ai pu faire l'un de mes stages professionnalisants, est l'une de ces 130 associations. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire de 11 salariés et 5 bénévoles. Ces derniers interviennent en tant qu'administrateurs ad hoc. Leur rôle est d'assurer la protection des intérêts d'un mineur et d'exercer en son nom les droits reconnus à la partie civile. L'équipe de salariés est composée d'1 directeur, de 2 juristes, de 5 travailleuses sociales et 3 psychologues. L'intervention pluridisciplinaire, permettant une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les victimes, est donc assurée, de par l'intervention de ces professionnels dans les divers cadres, spécifiques à leurs formations et fonctions. Le directeur "assure le développement de l'association et l'application des décisions du conseil d'administration, représente l'association sur délégation du Président auprès de différentes instances, anime et coordonne l'équipe de bénévoles et de salariés" ([AVEC 63], 2019). Les juristes expliquent aux victimes le déroulement des procédures judiciaires, le fonctionnement de cette même institution, et les informent sur leurs droits et comment les faire valoir. En outre, le directeur (juriste de formation) et les juristes assurent des permanences d'information juridique au siège social, à la maison des associations d'Issoire, aux tribunaux d'instance de Riom et Thiers, ainsi qu'au Bureau d'Aide aux Victimes d'Infraction (BAVI) du Tribunal de grande instance de Clermont-Ferrand. Les 5 travailleuses sociales ont divers rôles et missions. L'une d'elle occupe le poste

de « Référente départementale en faveur des femmes victimes de violences conjugales ». Sa fonction est de “réaliser avec la femme victime de violences conjugales une évaluation de sa situation en déterminant ses besoins (psychologique, social, juridique et/ou administratif) ; suite à ce bilan, définir avec la victime, les démarches à effectuer et les dispositifs à solliciter pour un retour à l’autonomie” ([AVEC 63], 2019). L’une des travailleuses sociales occupe le poste « d’accompagnatrice sociale et de co-référente du Point d’Accueil de Jour en faveur des femmes victimes de violences ». Elle a pour mandat de répondre aux problèmes d’ordre social que ces femmes peuvent rencontrer (logement, etc.). Enfin, 3 des travailleuses sociales ont pour titre « Intervenant Social en Commissariat et Gendarmerie » (ISCG). Leurs missions s’articulent autour de 3 axes: “1. Accueil des victimes et/ou des personnes en situation de détresse sociale et repérées lors d’une intervention de police ou de gendarmerie; 2. Orientation et conseil des personnes mentionnées ci-dessus; 3. Relai entre lesdites personnes et les instances policières, judiciaires et sociales” ([AVEC 63], 2019).

Pour finir, parmi les 3 psychologues, l’une intervient auprès des enfants co-victimes des violences conjugales, et les 2 autres auprès des adultes. Parmi ces 2 dernières, l’une d’elle a pour mission la prise en charge psychologique de toute victime d’infraction pénale, sous réserve que celle-ci ait porté plainte. L’autre psychologue prend exclusivement en charge les femmes victimes de violences conjugales, dans le cadre d’un « Point Accueil de Jour » spécifiquement destiné à cette population. Il est nécessaire de préciser que ce dernier est une particularité de l’AVEC 63, et n’est pas présent dans toutes les associations du réseau « France Victimes ». En effet, la mise en place de ce dispositif s’est faite suite à une réponse de l’association à l’appel à projet de la circulaire n°DGCS/SDFEFH-B2/2012/158 du 13 avril 2012. Projet prévu dans l’action 21 du 3ème plan interministériel (2011-2013) de lutte contre les violences faites aux femmes. Ses objectifs sont triples : “1. Permettre “une prise en charge en amont des femmes victimes de violences conjugales afin de prévenir les situations d’urgence, en particulier préparer, éviter ou gérer le départ du domicile pour elle-même, ainsi que, le cas échéant, leurs enfants”; 2. Mettre à la disposition des femmes victimes de violences, une structure de proximité, ouverte en accès libre et durant la journée, pour les accueillir, les informer et les orienter. Il s’agit d’une offre préventive, en complément des dispositifs existants; 3. Être un lieu de transition, d’échange et de convivialité pour permettre aux femmes victimes de violences de rompre leur isolement et de recevoir dans un premier temps une aide et un soutien, sans démarche préalable” (Point Accueil de jour, 2019).

Quant à l'unité de victimologie, dans laquelle j'ai également pu avoir une expérience de stage de fin d'études, elle est séparée en 2 unités, à Clermont-Ferrand. Toutes les 2 sont cependant rattachées au même hôpital, le CHU de Clermont-Ferrand. La première unité est celle adulte. Cette dernière accueille les majeurs de plus de 18 ans, victimes d'agressions sexuelles, ainsi que les majeurs et mineurs de plus de 16 ans victimes de tout type d'agressions (morales, d'accident de la voie publique, physiques, violences conjugales, etc.) (CHU-Clermont-Ferrand, s.d.). La deuxième est "l'unité de victimologie enfants et femmes enceintes". Celle-ci a nouvellement été renommée "service de victimologie". Cette unité est destinée aux femmes enceintes et aux mineurs victimes de tout type d'agressions (CHU- Clermont-Ferrand, s.d.). Contrairement au fonctionnement dans d'autres unités ou associations, les victimes sont reçues avec ou sans dépôt de plainte préalable. Les deux unités sont pourvues d'une équipe pluridisciplinaire, composée de médecin, psychologue, infirmier, etc. Par le concours de cette équipe diversifiée, une prise en charge psychologique ainsi qu'une prise en charge médicale sont proposées. Cette dernière a pour mission de réaliser les soins nécessaires à la victime, dans le cas d'une réquisition des autorités judiciaires elle est mandatée à déterminer une incapacité de travail, mais également d'effectuer les « actes médicaux, examens et prélèvements nécessaires à la constitution du dossier médico-légal [...] et d'établir un certificat médical de constatation des lésions et traumatismes » (CHU- Clermont-Ferrand, s.d.). La prise en charge psychologique, quant à elle, permet d'offrir un espace d'écoute aux victimes pour parler de leurs expérience(s) traumatique(s), ainsi que des difficultés qu'elles rencontrent. Elle permet également aux professionnels de donner des informations aux personnes reçues sur les conséquences possibles de ce type de vécu, et de ce fait pouvoir les rassurer sur la "normalité" de certains de leurs ressentis, notamment en cas de symptômes traumatiques (tels que nous avons pu les décrire dans notre première partie). Cette aide est systématiquement proposée aux victimes. Contrairement à l'équipe pluridisciplinaire de l'unité adulte, celle de l'unité enfants et femmes enceintes est également composée d'une juriste et d'une sage-femme. Cette dernière assure le suivi des femmes enceintes accueillies dans l'unité. Elle a également un rôle dans le dépistage et la prévention de situations de violences conjugales auprès de ces femmes. Pour ce faire, elle se rend disponible auprès des équipes soignantes en gynéco-obstétrique, qui bénéficient donc de son expertise sur le sujet. En outre, la sage-femme intervient dans les écoles du secteur, pour faire de la prévention (parler de ce qu'est le consentement, etc.), et pour donner des cours d'éducation sexuelle. La juriste a comme rôle de donner, aux victimes qui le souhaitent, des informations juridiques. Cela dans le but de les aider à s'orienter dans les

démarches judiciaires, qui peuvent être complexes et fastidieuses. Elle peut également les préparer à certaines décisions de justice (non lieu, classement sans suite, etc.).

2.2. La prise en charge psychologique des victimes

Les psychologues des deux structures que nous avons décrites précédemment ont un cadre de prise en charge similaire. Elles reçoivent les victimes en entretien individuel, et les accompagnent dans leur reconstruction. Les suivis n'ont pas une temporalité prédéfinie, outre que de suivre celle des patients. Ils sont alors à court, moyen ou long terme selon leurs besoins. Cet élément est important, car l'un des aspects primordiaux à la prise en charge thérapeutique est l'adaptation du thérapeute au patient et à sa demande (implicite, explicite). En outre, les psychologues peuvent parfois être amenés à soutenir leurs patients au-delà du cadre des entretiens individuels, notamment auprès de cette population. Effectivement, que ce soit à l'unité de victimologie ou à l'AVEC 63, les psychologues accompagnaient certaines victimes qu'elles suivaient lors du procès de l'auteur des violences. Cette procédure peut être psychologiquement très dure pour les victimes. Le fait d'avoir un professionnel soutenant à leur côté, permettait aux plus anxieuses d'être rassurées et de vivre moins violemment ces procès. Le travail de psychologue étant avant tout un travail d'écoute, non seulement de ce que dit le patient, mais également du patient, fait dans la bienveillance de l'autre et ses besoins.

La clinique des violences sexuelles et conjugales, comparativement à d'autres types de prises en charge psychologiques, peut se distinguer et avoir certaines particularités. Selon le type de vécu traumatique (lié aux relations durables à forme d'emprise, événements ponctuels, etc.), l'approche adoptée par le thérapeute peut être différente (approche d'orientation phénoménologique, approche de type cathartique, etc.). Cependant, certains éléments (parfois propre à la prise en charge thérapeutique des victimes) vont être communs peu importe l'approche suivie, c'est pourquoi il nous semble important de les expliciter. Le travail du psychologue consiste à offrir un espace de parole, accompagner les patients face aux difficultés rencontrées, écouter et aider à mettre du sens à ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils ressentent. Pour cela, le thérapeute se doit de créer l'environnement nécessaire à la victime pour débiter un processus d'élaboration psychique. Cela passe par l'instauration d'un cadre bienveillant, sécurisant et de confiance, permettant la parole du sujet; et d'une posture singulière propre aux psychologues (silences, relances, écoute réflexive, etc.) pour accompagner et faciliter le travail psychique associatif du patient.

Une définition claire du cadre d'intervention est primordiale dans la clinique victimologique. Effectivement, poser des limites, poser un cadre et s'y tenir permet de sécuriser le patient et faciliter l'alliance thérapeutique. Dans le cas des victimes de violences, cette délimitation est d'autant plus importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en présentant le cadre d'intervention au premier entretien (prise en charge des victimes de violences), et par la suite leur signifier qu'elles rentrent bien dans ce cadre et de ce fait il y aura une prise en charge dans ces structures spécifiques, cela vient poser le fait que ces personnes sont bien reconnues comme victimes. Cet élément est important dans les situations de violences sexuelles et dans les violences conjugales, car souvent ces victimes ont du mal à reconnaître les agressions qu'elles ont subies. Dans le cas des violences sexuelles, cela s'explique par 2 principales raisons: la délimitation peu claire, et qui fait d'ailleurs souvent débat, de ce qui constitue des violences sexuelles; et le fait que dans la majorité des cas, les violences sexuelles sont commises par une personne connue de la victime (partenaire, ancien partenaire, ami, membre de la famille, etc.). Se mêle alors confusion par rapport à l'acte subi, culpabilité et une impression d'avoir une certaine responsabilité dans ce qu'elle a vécu. Dans le cas des violences conjugales, cela se comprend par les différents mécanismes en place dans ce type de violence (destruction du psychisme, emprise, etc.) et les conséquences de ces stratégies (minimisation des agressions, honte, culpabilité, etc.). Par le biais de ce cadre, le psychologue vient donc légitimer leur souffrance, mais surtout reconnaître ce qu'elles vivent/ont vécu. Une autre raison pour laquelle l'instauration d'un cadre clair est important est que les victimes sont fragilisées psychiquement par le(s) traumatisme(s) qu'elles ont subi(s). Il est donc nécessaire de leur procurer un espace thérapeutique contenant, sécurisant et structurant. Enfin, particulièrement dans le cas de violences conjugales, il est primordial pour le praticien de rester dans son cadre d'intervention, qu'il s'en tienne à sa mission d'accompagnement psychologique, pour ne pas "se retrouver à toutes les places". Bien qu'il soit bénéfique que le praticien ait des connaissances sur le plan social, juridique, etc. (domaines dans lesquels les victimes peuvent se retrouver en difficulté); d'apporter des réponses aux victimes dans ces disciplines serait aller en dehors de ses compétences de psychologue. Le risque étant, au-delà de dépasser ses fonctions, que le thérapeute se mette dans une position de toute puissance (de domination) par rapport à la victime, en lui apportant de l'aide sur tous les sujets. Cela aurait pour conséquence de reproduire une relation d'emprise, dans laquelle la victime se trouverait de nouveau dans une position passive/de soumission. La prise en charge pluridisciplinaire offerte par ces structures prend du sens de ce point de vue également.

La posture singulière du praticien est essentielle. En premier lieu, nous pouvons aborder la position d'écoute active. Selon Carl Rogers, les contenus émotionnels d'une situation décrite par le patient sont plus importants que ceux intellectuels. L'écoute active permet d'entendre au plus près ce que l'autre a à dire de ce qu'il vit. Cette position "implique une attitude qui traduit chaleur, bienveillance, confiance, tout en garantissant une juste distance à l'autre, que Carl Rogers a appelé l'empathie. [...] Par l'écoute active, je permets à l'autre de se dire et de se révéler à lui-même. Mon écoute est active en ce qu'elle fait naître la parole de l'autre, elle permet à l'autre de s'exprimer véritablement" (Créalité Coaching, s.d). Par expérience, ce type d'écoute facilite l'alliance thérapeutique et aide à construire un espace sécurisant, de confiance et de bienveillance pour les patients. Un autre positionnement particulier à la clinique victimologique est essentiel: la position active et normative du psychologue. En effet, plusieurs auteurs affirment que sans un positionnement actif, les victimes risqueraient d'être renvoyées, de façon insupportable, à leur détresse (au sens winnicottien du terme) (Damiani, 1997 ; Legibot, 2005). Concernant la position normative, Douville et Jacobi (2009) expliquent que lorsque la victime semble incapable "d'apprécier le caractère illégal et/ou inacceptable de ce qu'elle a subi", le thérapeute exprimera alors des "jugements de valeurs sur les actes et/ou sur leur(s) auteur(s)". L'absence de réaction risquant d'être "comprise par la victime comme une caution tacite, ou une normalisation des actes en question". En outre, le silence du psychologue, face à un récit de violences subies, peut être difficile à supporter pour les victimes. Parfois même, le silence peut être vécu comme une violence, car il renvoie la victime à la même position dans laquelle elle pouvait être avec l'auteur des violences. En tenant ce positionnement normatif, le praticien peut intervenir et se positionner, notamment par rapport à l'illégalité des actes qu'elles ont subis et leur aspect traumatique, ce qui est primordial. Cela va venir valider les expériences des victimes (des violences, ainsi que des conséquences des celles-ci), et leur permettre une prise de conscience par rapport à leur vécu (notamment pour celles en déni ou qui tendent à minimiser la gravité des agressions). Il est important de préciser que cette position prend appui "explicitement sur les codes et plus globalement sur les droits des personnes (tels que définis non seulement par la loi mais aussi par les coutumes et les usages)" (Douville et Jacobi, 2009), et non sur des valeurs/opinions personnelles du psychologue. Enfin, Girard, Baud, Rey Hanson et Poujouly (2004), ainsi que Douville et Jacobi (2009) s'expriment sur la posture singulière que le praticien se doit d'adopter dans cette clinique et ce contexte thérapeutique. En psychologie, la notion de neutralité bienveillante et l'importance d'adopter cette attitude revient très souvent. Si les auteurs, que nous venons de citer, s'accordent pour

dire que dans beaucoup de situations cliniques cette attitude est effectivement à privilégier, dans la pratique victimologique elle serait à éviter. La “distance émotionnelle, la non-intervention, le silence [...] représentent autant d’attitudes à proscrire” (Douville et al., 2009). C’est d’ailleurs pour cela qu’ils affirment qu’une position normative et active est nécessaire, car “les violences ne peuvent être abordées du point de vue de la neutralité bienveillante du thérapeute” (Girard et al., 2004). La neutralité prenant ici comme définition la proposition initiale de Freud que “l’analyste doit être indifférent, impersonnel, impénétrable” (Dispaux, 2007).

Pour finir, il nous semble essentiel pour tout thérapeute, d’avoir des connaissances théoriques sur certaines problématiques spécifiques à la population auprès de laquelle il intervient, afin de pouvoir les prendre en charge et les accompagner au mieux. Pour appréhender la clinique des violences sexuelles et conjugales, il est important d’avoir des savoirs sur : les symptômes traumatiques, la dissociation et la mémoire traumatique, le système judiciaire et les institutions pouvant intervenir dans le parcours de la victime, l’emprise, etc. Ceci afin de pouvoir rassurer la victime sur ce qu’elle ressent et vit, mais également pour pouvoir discerner certains phénomènes/mécanismes dans le discours de celle-ci. Grâce à mes expériences en unité de victimologie et à l’AVEC 63, j’ai pu remarquer que d’autres problématiques, que celles que nous venons de citer, revenaient fréquemment dans le discours des victimes. Il serait donc important que les psychologues les prenant en charge en aient connaissance; dans le but de pouvoir les questionner sur ces sujets, ainsi que pour avoir une meilleure appréhension de cette clinique singulière. Deux notions me semblent particulièrement primordiales à saisir (pour le psychologue), et par la suite, questionner (auprès du patient), dans la prise en charge des violences sexuelles et les violences conjugales. La première est la relation à l’auteur des violences. Dans le cas des violences sexuelles nous avons pu amener le fait que dans la majorité des cas, l’auteur est une personne de l’entourage, ou du moins connu par la victime. Dans la situation des violences conjugales, l’auteur des faits est le partenaire ou ex-partenaire. Questionner la relation peut permettre de mettre en lumière l’ambivalence des victimes par rapport à l’agresseur et aux violences. De surcroît, cela amène à travailler sur leurs sentiments de honte, de responsabilité et de culpabilité, qui sont rattachés et sont en lien avec le type de relation qu’elles entretenaient/entretiennent avec l’auteur. Le deuxième élément important à venir questionner est l’histoire de la personne, selon l’approche sérielle. Cela dans le but de pouvoir interroger et révéler d’éventuelles répétitions dans les schémas de violences, dans le mode relationnel, dans le vécu traumatique, etc.; et pour mettre en lumière les vulnérabilités des patients (celles-ci participant à cette répétition, et donc avec l’objectif d’amener les victimes

à pouvoir se protéger et faire en fonction de leurs vulnérabilités). En victimologie, la “victimisation à répétition” (Blondin, 2015) a d’ailleurs reçu une attention croissante ces dernières décennies. Les études ont cherché à analyser les facteurs de risques individuels et relationnels, dans le cadre des violences sexuelles et conjugales. Celles-ci ont montré que: les femmes qui ont subi des violences autres que celles conjugales, seraient 2 fois plus à risque d’être victime de plusieurs épisodes de violence conjugale; une première victimisation présage souvent une seconde, car elle est signe d’une certaine vulnérabilité; le fait d’avoir été victime de violences sexuelles durant l’enfance, est associé au risque d’être victime de violences sexuelles et/ou conjugales (Blondin, 2015; Wathen, 2012; Wemmers, 2003). Les études, et j’ai pu l’observer au travers de mon expérience professionnelle auprès de ces femmes victimes de violences conjugales et/ou sexuelles, montrent donc bien cette réitération de situations victimantes, avec la présence d’un persécuteur caché (mettant en évidence une situation victimale antérieure). Cette répétition peut être appréhendée comme une absence d’élaboration et de symbolisation des violences antérieures. Ces dernières sont alors sources de souffrance et signes de vulnérabilité chez la victime. Il sera alors essentiel dans l’entretien clinique en victimologie, que le praticien accompagne la personne à questionner son passé, ainsi qu’à faire des liens entre ce dernier et les violences subies plus récentes. Ce travail de symbolisation et d’élaboration permettra à la victime de mettre du sens sur ce qu’elle a vécu, de repérer ses vulnérabilités, et ainsi pouvoir sortir de cette répétition traumatique.

III. Prise en charge des migrants

Nous avons pu voir, qu’en France, dans la prise en charge psychologique des victimes, 2 notions importantes à venir questionner sont, la relation à l’auteur et l’histoire de la personne. Cependant, nous pouvons nous questionner sur si ces schémas se jouent également au niveau de la population migrante. Effectivement, le contexte des violences subies par les migrantes est particulier, et se distingue de celui des victimes reçues en victimologie ou en associatif. Ces violences sont souvent le fait d’une crise humanitaire (qui sera d’ailleurs à l’origine de la fuite) et/ou de coutumes et traditions (dans le cas des mutilations génitales féminines et des mariages forcés et précoces). Les agressions subies sont multiples, elles prennent différentes formes (sexuelles, psychologiques, etc.), et sont répétées à travers le temps (dans le pays d’origine, pendant le parcours migratoire, dans le pays d’accueil). Si cette réitération de situations victimantes à travers l’histoire de l’individu se retrouve également chez les victimes que j’ai pu accueillir en victimologie et à l’AVEC 63, celle des migrantes se distingue par le fait que cette

répétition semble plutôt être en lien avec le contexte et l'environnement, plutôt qu'étant associées à des vulnérabilités intrinsèques à la personne.

Nous pouvons alors nous demander si la façon de prendre en charge psychologiquement et la manière d'accompagner les migrantes, telle qu'elle est mise en place en France, serait adaptée. En outre, de par mon expérience professionnelle, j'ai constaté que cette population est absente dans ces structures de soin. Ce qui est questionnant quand on considère la proportion de troubles psychologiques, psychotraumatiques et somatiques au sein de cette dernière (comme mentionné plus tôt). Les deux seuls cas de figure où des personnes immigrées sont arrivées en victimologie ou en association d'aide aux victimes sont: pour une demande d'examen médical attestant d'une MGF dans le cadre d'une demande d'asile auprès de l'OFPRA, et la prise en charge se limite à cet examen; les femmes sont très bien insérées et présentes sur le territoire français depuis plusieurs années, et ont donc un profil particulier. Se pose donc la question de l'origine de cette absence des migrantes dans ces structures de soin, alors que ça aurait du sens au vu de leur vécu, et qu'elles devraient donc y avoir leur place. Nous allons essayer d'amener des éléments de réponse à cette question. Cependant, avant cela, nous allons présenter un protocole de prise en charge, dans un contexte humanitaire, des VBG. Cela dans le but, par la suite, d'utiliser ce protocole comme support pour proposer des réaménagements à ce qui est déjà mis en place en victimologie et en association d'aide aux victimes, afin d'adapter leur façon d'accompagner aux spécificités des populations migrantes.

1. Présentation du protocole SMSPS de UNFPA

La santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) est une composante essentielle de l'ensemble des activités du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). L'UNFPA est l'agence des Nations Unies chargée des questions de santé sexuelle et reproductive (SSR), inclues les Violences Basées sur le Genre (VBG). La SMSPS n'est pas considérée comme un programme vertical par UNFPA mais au contraire est à la fois un élément de la prise en charge complète en SSR et des VBG et une approche pour promouvoir la qualité des soins et le respect des droits des patients. "L'incorporation des approches, des compétences et des interventions de la SMSPS dans les programmes de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles contribue à améliorer les résultats en matière de santé, à renforcer la sécurité et à réaliser les droits des femmes, des filles et des minorités sexuelles dans les

communautés que nous servons” (UNFPA, 2022). C’est dans cette optique qu’un protocole SMSPS spécifiquement pour la SSR et les VBG dans les situations humanitaires, a été rédigé.

1.1. Présentation des grands principes du protocole

L’objectif de la rédaction du protocole était de proposer aux intervenants travaillant dans les contextes humanitaires, un outil permettant d’améliorer la qualité des programmes de SSR et de VBG. Tout cela en protégeant et en améliorant la santé mentale et le bien-être psychosocial des utilisateurs des services grâce à un ensemble de compétences, d’approches et d’interventions SMSPS .

Le protocole explicite les différentes étapes et actions à mener à bien afin d’intégrer les interventions, les compétences et les approches de la SMSPS dans les programmes de VBG et SSR mis en œuvre . Le protocole est organisé autour de:

- La conception des programmes et les actions à entreprendre de l’évaluation à la mise en œuvre de la programmation.
- Les compétences des travailleurs de première ligne, en particulier les sages-femmes et les travailleurs sociaux, afin de renforcer leurs compétences psychosociales.
- Le devoir de diligence de l’organisation envers les travailleurs de première ligne afin d’assurer leur propre santé mentale.
- Le suivi de programme afin de mesurer son impact sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des personnes utilisant les services de SSR et VBG.
- La coordination inter-agence afin d’assurer la cohérence et le partage des expériences.

Les lignes directrices s’appuient sur la pyramide d’interventions de santé mentale et soutien psychosocial du Comité Permanent Interorganisations (CPI), et sur le cadre spécifique développé par UNFPA en lien avec son mandat afin de clarifier l’impact escompté par niveau, et les interventions et les approches de SMSPS nécessaires.

Figure 1: Niveaux d'intégration de la SMSPS (UNFPA 2022)

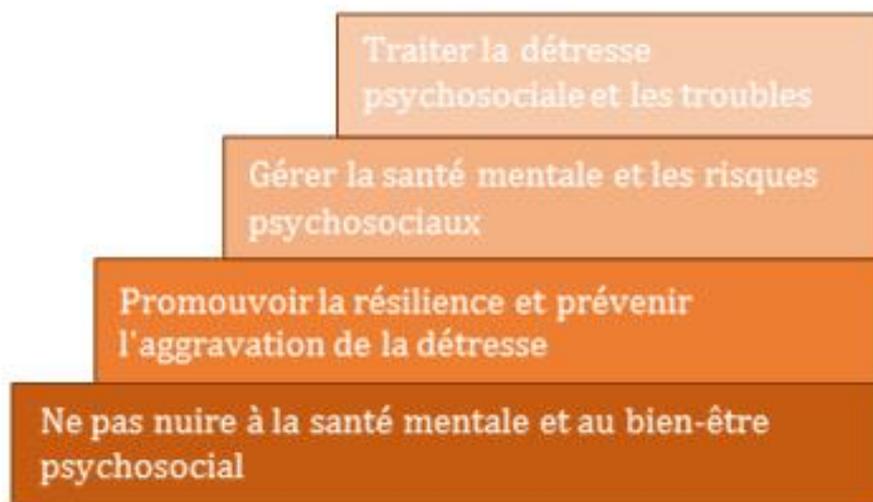


Figure 2: Pyramide d'interventions du CPI sur la SMSPS (UNFPA, 2022)



Les niveaux d'intégration (Figure 1) sont organisés autour de l'impact escompté sur la SMSPS et encouragent un échelonnement de l'intégration de la SMSPS dans la mise en œuvre de programmes SSR et VBG, chaque niveau s'appuyant sur le niveau inférieur.

La pyramide d'interventions (Figure 2) est organisée autour des utilisateurs et des prestataires de services. Elle présente une approche globale et des interventions de SMSPS dans l'ensemble d'un programme médico-social, mais chaque niveau est indépendant et peut donc éventuellement être soutenu séparément.

1.2. Les différents niveaux d'intégration de la SMSPS

Comme le montre la figure 1, ce modèle est constitué de quatre niveaux d'interventions. Contrairement à la pyramide d'interventions où chaque niveau est indépendant, dans ce modèle, le passage d'un niveau à l'autre se fait progressivement, les programmes étant dans la nécessité de maîtriser les niveaux inférieurs avant de passer aux niveaux supérieurs.

Le premier échelon "Ne pas nuire à la santé mentale et le bien-être psychosocial" est facilement mis à mal dans les contextes humanitaires, en raison du chaos, d'un environnement de travail complexe et de ressources humaines souvent limitées, parfois inadaptées et presque toujours peu supervisées. Il en résulte un risque élevé de mise en œuvre des activités de SSR et VBG sans intégrer pleinement toutes les approches, compétences et interventions psychosociales pertinentes. Le protocole décrit les actions minimales à accomplir afin de ne pas nuire au bien-être psychologique et social des personnes.

Le deuxième niveau "Promouvoir la résilience et prévenir l'aggravation de la détresse" s'appuie sur la mise en place des actions du premier niveau, qui sont des conditions préalables à l'intégration des compétences, des approches et des interventions de SMSPS du niveau deux. Les actions répertoriées sont fortement recommandées afin d'améliorer la qualité des soins et sont basées sur un modèle de soins centrés sur le patient ou la victime (traduction de patient centered care). Le modèle vise à positionner le patient ou la victime au centre de toutes les prises de décisions le/la concernant en s'appuyant sur ses capacités et ses forces existantes, en leur fournissant les informations et les outils dont ils ont besoin pour prendre les décisions qui leur conviennent tout en garantissant un traitement digne qui respecte les droits des individus.

Comme les services VBG et SSR sont souvent la première interaction pour les personnes en crise, le mode et la qualité de la réponse des intervenants de première ligne est de première importance pour façonner la trajectoire de la guérison et du rétablissement psychosocial de l'individu. Une première réponse empathique et qui réduit la stigmatisation peut faire la différence entre un rétablissement rapide et le développement de besoins de santé mentale à long terme. Les travailleurs de première ligne dont le rôle nécessite de s'engager auprès des personnes en détresse aiguë doivent donc être équipés pour évaluer les risques psychosociaux, fournir un soutien immédiat et effectuer les références appropriées au besoin. Ces responsabilités sont abordées dans les orientations opérationnelles et le matériel de formation

pour les activités qui relèvent du troisième niveau d'intégration "Gérer la santé mentale et les risques psychosociaux". Il s'agit de services de prise en charge continue sur une période de plusieurs semaines à plusieurs mois (ex : la gestion des cas de VBG) ou de services qui ne constituent qu'une seule interaction (ex : hotline). Quel que soit le nombre d'interactions, les compétences et les ressources dont l'intervenant a besoin sont les mêmes.

Le quatrième niveau : "Traiter la détresse psychosociale et les troubles de santé mentale" est sans aucun doute le niveau le plus complexe dans les situations humanitaires.

Les conséquences d'interventions inadaptées peuvent faire subir aux femmes et aux filles un préjudice supplémentaire et les exposer à de nouveaux risques. De plus, l'utilisation de critères de diagnostic développés en Amérique du Nord et en Europe et basés principalement sur des modèles de santé mentale conçus par et pour les hommes, peut ne pas être universellement utile ou approprié, dans la prise en charge de la détresse des femmes et de minorités de genre, en total décalage avec les cultures d'où les modèles sont originaires. Pour ces raisons, la réponse à ce niveau d'intégration préconise la gestion des programmes par des professionnels de la santé mentale afin de prendre en charge les symptômes de détresse psychosociale avec des interventions PSS structurées et assurer l'aiguillage vers des prestataires de santé mentale spécialisés, le cas échéant. La population nécessitant ce type d'interventions représente une partie relativement faible de la population, en particulier si les objectifs des niveaux 1, 2 et 3 sont correctement mis en œuvre.

Le protocole SMSPS de UNFPA propose une autre façon de prendre en charge les victimes de VBG, comparativement à celle offerte en France. Mais, en toute logique, nous pouvons retrouver des similitudes dans les principes de base et les éléments considérés comme indispensables. Effectivement, dans les deux protocoles, la prise en charge globale de la personne est vue comme essentielle. Cela est dit explicitement dans le protocole SMSPS. En France nous observons cela par le fait que, les équipes qui prennent en charge les victimes dans ces structures spécialisées sont toujours des équipes pluridisciplinaires. Les deux considèrent que l'accompagnement ne peut se cantonner à une aide purement psychologique quant aux traumatismes vécus, et que l'environnement et le contexte de vie des victimes sont également importants pour leur santé mentale, et doivent donc être appréhendés. Ces éléments de la vie quotidienne des migrantes peuvent venir dégrader leur santé mentale et constituer des vulnérabilités s'ils sont ignorés. Au contraire, s'ils sont pris en charge, ils ont la potentialité de devenir une ressource et donc d'améliorer la santé mentale des immigrées. Comme nous avons

pu l'expliciter plus tôt, les victimes de VBG dans la population migrante en France semblent être absentes dans le parcours de soin et les structures dédiées à la prise en charge des victimes. Il se pose alors 3 questions: à quoi est due cette absence?; Est-ce que la prise en charge telle qu'elle est proposée en France est adaptée?; Et dans le cas contraire, comment faire en sorte qu'elle le soit? Nous allons tenter de répondre à ces questionnements dans cette dernière partie.

IV. Absence des migrantes dans les dispositifs spécialisés à la prise en charge des violences

Une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de traiter ce sujet était de pouvoir faire état d'une situation que nous avons observée lors de nos expériences professionnelles. Notamment de cette absence des populations migrantes, ayant dans beaucoup de cas subi des violences, dans les structures de soins pourtant dédiées à la prise en charge des victimes. Comme nous avons pu le signifier dans notre introduction, un autre motif qui nous a amené à élaborer sur ce sujet, était de chercher à répondre aux questionnements suscités par les expériences de travail dans une unité de victimologie et d'une association d'aide aux victimes.

À quoi est due l'absence des migrantes victimes de VBG dans ces structures, alors qu'elles y auraient leur place de par leur vécu traumatique ? Avant d'amener des éléments de réponse, on peut se poser une autre question : sont-elles informées de l'existence de ces structures ? Est-ce que le recours à ces organisations leur a été proposé ? Car on peut facilement comprendre que dans le cas contraire, il serait compliqué pour elles de solliciter une aide dont elles n'ont même pas la connaissance. Tortelli (2022) semble défendre cette position, ou du moins la considérer dans les différentes barrières à l'accès aux soins pour cette population. Il exprime, en effet, une méconnaissance des institutions d'aide et de soins. En outre, il y a quelques années ces structures étaient peu connues même au niveau de la population française. Ce sont les derniers mouvements sociaux de luttes contre les violences sexistes et faites aux femmes qui ont mis en lumière leur existence auprès des français. De ce fait, on peut se douter que pour des personnes migrantes arrivant dans ce nouveau pays, il va y avoir une méconnaissance de ces structures. L'isolement peut également participer au fait qu'elles n'aient pas connaissance de l'existence de ces structures, car dans ce cas de figure elles n'auraient personne pour leur en informer. Parallèlement, "l'isolement dans les pays européens provoque chez les migrants un état dépressif qui peut engendrer un repli sur soi voire des tentations suicidaires" (Carretero, 2017). Leur santé mentale s'en voit alors encore plus dégradée, et un besoin d'aide et d'accompagnement psychologique devient encore plus nécessaire. Cependant,

cela n'accélère et ne facilite pas une prise en charge. Tortelli (2022) ajoute qu'il est possible que les besoins des personnes ne soient pas repérés, notamment dans les dispositifs de « droit commun », et de ce fait l'orientation dans les structures compétentes ne se fait pas. Une autre réponse à ce questionnement peut être apportée par des éléments que nous avons pu expliciter auparavant, notamment une difficulté d'accès aux soins de façon générale, et de fait, des raisons à l'origine de cet écueil. Nous avons montré que les situations de vulnérabilité et de précarité dans laquelle les personnes migrantes se trouvent, font qu'elles n'ont pas accès aux structures de soin. En outre, les différentes formes de précarité qu'elles subissent (sociale, financière, de logement, insécurité alimentaire, etc.) peuvent les amener à avoir d'autres priorités que celle d'une prise en charge de leur santé. De ce fait, elles n'entament pas les démarches de demande d'aide. Parmi d'autres barrières à l'accès aux soins, Tortelli (2022) répertorie les moyens, la culture et la langue. Les difficultés financières peuvent poser problème à plusieurs niveaux. Comme décrit plus haut, la recherche d'un emploi (stable ou mieux rémunéré) peut être prioritaire à une prise en charge de la santé, ces dernières peuvent être un obstacle si la victime doit se déplacer sur le lieu de soin et que celui-ci est loin de son domicile, etc. La langue peut constituer une barrière à l'accès aux soins et/ou à la prise en charge. Notamment lorsque la structure de soin méconnaît les dispositifs existants, de recours à un interprète. Enfin, la culture peut également être un frein et expliquer l'absence des migrantes dans les associations d'aide aux victimes et les unités de victimologie. Notamment concernant leur intérêt, ou plutôt désintérêt, pour des consultations d'ordre psychologique. Effectivement, la profession de psychologue n'existe pas, ou est peu connue, dans divers pays. Pour quelques personnes, ce métier est confondu avec celui de médecin, celles-ci pensent donc que les psychologues ne font que délivrer des médicaments. En outre, dans certains pays «recevoir des soins psychologiques est tabou voire honteux» (Carretero, 2017). Si un travail n'est pas élaboré en amont, de présentation et d'explication du métier, il nous paraît difficile que les migrantes se saisissent de ces dispositifs. Gittinger (2022) dit qu'il faut cependant «éviter le déni des déterminants sociaux de la santé mentale par le biais de la pathologisation de « la culture des migrants »».

Plusieurs éléments peuvent donc venir expliquer l'absence des migrantes dans les structures spécifiques à la prise en charge des victimes de violences. Un autre facteur qui pourrait participer à cette absence serait l'inadaptation de ces dispositifs. Il est donc important de se questionner, la prise en charge telle qu'elle est proposée en France est-elle adaptée? Si les migrantes arrivaient jusque dans ces structures spécifiques, l'accompagnement psychologique serait-il adéquat pour cette population? Concernant la première question, en raison des

différentes formes de précarité que ces personnes traversent, la réponse semble plutôt être négative. Tout d'abord, la sous-utilisation d'interprètes empêche toute communication, la langue devenant une barrière importante. En outre, bien que ces lieux soient plus facilement repérables depuis quelques années, grâce aux différentes prises de conscience autour des violences faites aux femmes, ils ne le sont pas forcément pour les populations migrantes. Effectivement, les messages de prévention et "publicitaires" que l'on peut trouver dans différents endroits (télévision, arrêts de bus, etc.) sont en français. Donc pour les personnes qui ne parlent pas le français, l'information est plus difficilement accessible, ou du moins pas par ces médias. De plus, ces structures n'interviennent pas dans les lieux d'accueil de ces populations (comme les centres d'accueil pour demandeurs d'asiles, etc.). Il y a donc beaucoup de raisons pour que les personnes migrantes n'aient pas connaissance de ces lieux. Les dispositifs, n'allant pas à la rencontre des migrants, n'adaptent pas non plus leur prise en charge à cette population, notamment aux immigrés les plus isolés et/ou à ceux manquant de moyens financiers. Un travail en réseau est donc grandement absent entre les structures accompagnant les victimes de violences et celles accueillant les populations migrantes. Pourtant, un élément qui peut nuancer ce que nous venons de présenter est que certaines migrantes sollicitent les unités de victimologie, mais principalement dans le cas d'un examen médical pour l'OFPPA. Cela veut donc dire que dans un contexte bien précis une orientation des femmes est faite vers ces dispositifs par les professionnels travaillant au plus près des migrants. Ces structures sont donc tout de même un minimum connues, alors pourquoi la prise en charge ne va-t-elle pas plus loin? Il nous semblerait intéressant que des liens (plus étroits) soient tissés entre ces deux types de structures, pour améliorer le repérage des protagonistes, ainsi qu'afin de pouvoir orienter et améliorer la prise en charge des migrantes. Nous devons cependant soulever le fait que les associations et unités d'aide aux victimes manquent souvent de moyens, et que les délais de prise de rendez-vous, notamment pour un suivi psychologique, sont très longs. Cette saturation est possiblement une des causes pour lesquelles les migrantes ne sont pas accompagnées dans ces structures, et sont plutôt prises en charge par les dispositifs spécifiques accueillant ces populations. Enfin, les équipes pluridisciplinaires des structures d'aide aux victimes ne sont pas, ou très peu, formées pour travailler avec une population migrante. La prise en charge pourrait donc être inadaptée sur plusieurs points à cause de cela (aide juridique, accompagnement psychologique, etc.).

De multiples éléments peuvent donc expliquer l'absence des populations migrantes dans les structures d'aide aux victimes. Concernant plus précisément la prise en charge

psychologique des victimes telle qu'elle est organisée dans ces dispositifs, serait-elle adaptée aux migrantes ? Selon nous, certains éléments seraient effectivement appropriés et nécessaires, comme le fait d'avoir une connaissance et spécialisation dans le psychotrauma, que le psychologue adopte une position d'écoute active et de ce fait ne laisse pas la victime face au vide créé par un silence, etc. Cependant, d'autres particularités pourraient constituer un frein à un accompagnement psychologique de ces personnes. Nous avons pu dire que la définition d'un cadre clair est importante dans ce type de pratique. Celui-ci comprend, dans les unités de victimologie et les associations d'aide aux victimes, uniquement des prises en charge individuelles des victimes (parmi d'autres éléments). Ce type d'approche "met l'accent sur une vision de la santé mentale qui établit une prédominance de la personne sur tous les autres facteurs" (Coral, 2021). Or, comme nous avons pu le voir, les déterminants sociaux ont une influence importante sur l'état de santé des migrants. Ceux-ci, s'ils sont pris en compte, peuvent participer au développement, à l'évolution et au rétablissement des immigrants. A l'inverse, s'ils sont ignorés, ils peuvent participer à une dégradation de la santé mentale et physique des personnes. Cette approche centrée sur la personne minimise donc l'importance des relations communautaires et sociales chez les populations migrantes, et de ce fait, exclut d'autres types de pratiques plutôt tournées sur le groupe. "La création de processus collectifs qui reconstruisent le sens de l'identité, de l'appartenance et de la confiance au sein d'une communauté est la base sur laquelle les réponses émotionnelles positives sont développées" (Coral, 2021). Pour pouvoir adapter leur prise en charge à un public migrant, il pourrait donc être intéressant que les dispositifs en France accueillant les victimes de violences, développent ce type de soutien. Cela dans l'idée de recréer du lien entre la personne et sa communauté d'origine (avec d'autres migrants), ce qui peut permettre une valorisation au niveau identitaire et une amélioration de l'estime de soi. Effectivement, dans certains pays la communauté « passe avant » l'individu, et ils se définissent par rapport à leur rôle dans celle-ci. Leur identité est donc fortement rattachée à leur groupe d'appartenance, il nous semblerait donc important de pouvoir réparer ces liens, notamment lorsque le contexte de migration est relié à un conflit ayant déstabilisé la communauté et leur confiance en celle-ci. Développer des processus collectifs d'aide peut également créer du lien entre le migrant et sa communauté d'accueil, ce qui pourrait faciliter leur intégration, lutter contre l'isolement et potentiellement aller dans le sens d'une réduction de la stigmatisation de la population migrante chez les français. Les démarches de soutien collectif peuvent prendre la forme de : programmes de soutien parental, aide au deuil, groupes de femmes, clubs de jeunes (migrants + population locale), etc. (Coral, 2021). En outre, comme nous avons pu le dire : dans certains pays le métier de psychologue n'existe pas, dans

d'autres cela peut être honteux de consulter, ou encore il peut y avoir une incompréhension concernant les activités accomplies par un thérapeute. Ces idées reçues, ou au contraire être dans l'ignorance, génèrent des tabou autour de la prise en charge psychologique. Autre que de faire un travail de présentation et d'explication du métier, la communauté (et l'organisation de processus collectifs d'aide) pourra venir faire office de médiateur. Effectivement, la participation à des activités groupales peut être moins angoissante pour des nouveaux arrivants, elles vont alors permettre « d'accrocher » cette population à une démarche de soin. Par le groupe une alliance pourra se construire entre les soignants et les migrants, et à long terme facilitera une orientation vers une prise en charge individuelle. Ces dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes pourraient donc s'appuyer sur la communauté pour encourager les migrantes, et s'adapter à la culture de cette population. D'autre part, le travail de psychologue est avant tout un travail d'écoute et le professionnel parle rarement de lui (ou du moins n'apporte pas des éléments de sa vie personnelle). De par mes conversations avec des psychologues travaillant auprès de migrants, il m'a été rapporté que cette particularité empêche l'alliance et la parole de ces personnes. Ces populations seraient plutôt dans une dynamique de partage réciproque. Que le psychologue ne partage rien de lui crée une distance empêchant la création d'un lien de confiance. Il serait donc nécessaire pour les psychologues de s'adapter lorsque la personne accueillie est issue de l'immigration. Enfin, comme nous l'avons mentionné, dans le suivi psychologique des victimes, la relation et l'histoire de la personne sont importantes à aller questionner. Considérant le contexte particulier des violences subies par les populations migrantes, cet aspect pourrait s'avérer inadapté. Effectivement, les VBG en France sont principalement des violences intrafamiliales où l'auteur est connu des victimes, et celles-ci ont tendance à se répéter dans l'histoire de la personne (enfance, adolescence, adulte). La dimension relationnelle avec l'auteur et l'histoire de la personne sont donc importantes à interroger, car la non-symbolisation de ces aspects sont intrinsèquement liées à la répétition de situations victimantes. Dans le cas des femmes migrantes, ces violences peuvent être commises par un individu qu'elles connaissent (violences conjugales, mutilations génitales féminines, mariages forcés et précoces), et dans ce cas la dimension relationnelle pourrait être importante à venir questionner. Les violences peuvent aussi être inhérentes au contexte et à l'environnement (crise humanitaire dans leur pays d'origine, sur le parcours de l'exil dont les modalités les mettent dans des situations de grande vulnérabilité, dans le pays d'accueil où elles se trouvent en grande précarité), dans ces circonstances, interroger les relations et l'histoire de la personne n'aurait pas beaucoup de sens. Dans le cas des violences sexuelles (et notamment pour sa prise en charge) un élément qui est important et donc qui nous paraît indispensable à

mentionner, est la distinction contextuelle entre l'évènement isolé et le viol collectif. L'expérience d'une agression isolée va, dans la majorité des cas, générer de forts sentiments de honte et de culpabilité, d'autant plus quand ces femmes proviennent de sociétés où la culture de l'honneur est prégnante. A ces sentiments va s'ajouter le danger qu'encourt la femme violée, dans le cas où la famille va chercher à « sauver » son honneur, ce qui peut conduire à des violences sur cette dernière pouvant aller jusqu'au meurtre. Lors de viols collectifs, quand toutes les femmes d'un village ont été violées (ce qui a été le cas dans certains conflits, par exemple en Bosnie ou en République du Congo), la stigmatisation est réduite car toute la communauté est touchée. Ces différences contextuelles conduisent à des vécus, des perceptions de ces vécus et des sentiments générés par ceux-ci, très différents. Leur prise en charge devra donc également s'adapter.

L'absence des migrantes dans les structures spécialisées dans la prise en charge des victimes de violences peut donc être comprise par une difficulté d'accès aux soins, et une forme d'offre qui n'est pas forcément adaptée à ce public. Nous tenons à préciser que dans cet écrit nous avons fait le choix de nous concentrer sur les dispositifs spécifiques à la prise en charge des victimes (unité victimologie/association d'aide aux victimes et SMSPS). Cependant, nous avons bien conscience que les migrants peuvent être accueillis dans d'autres structures spécialisées dans l'accompagnement de cette population, et que de ce fait cette problématique de vécu de violence peut être abordée dans ces dispositifs. La question qui peut se poser est, qui devrait prendre en charge ces problématiques chez les populations migrantes ? Les services spécialisés en victimologie, ou ceux prenant en charge les migrants ? Plusieurs éléments sont à considérer. Tout d'abord, «les migrants sont très souvent en mouvement, ils ne restent qu'un temps en CAO (centre d'accueil et d'orientation) ou en CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile). Ainsi, une séance avec un psychologue ou un psychiatre est rarement reconduite. [...] Or, les traumatismes sont tellement grands qu'une séance ne suffit pas» (Carretero, 2017). De plus, hormis les violences vécues dans le pays d'origine des migrants, s'ajoutent à elles celles subies sur la route de l'exil et dans le pays d'accueil. Cette répétition d'expériences traumatisantes, couplée à l'isolement sur le territoire a pour conséquence «l'aggravation des symptômes, notamment psychotraumatiques et le pronostic est mauvais» (Tortelli, 2022). L'absence de suivi étant vécu comme une situation de violence supplémentaire, vient réactiver les anciens chocs traumatiques et l'ESPT s'installe. «Dans ce genre de cas, la thérapie nécessite donc du temps avec chacun d'eux [migrants]. Or, c'est là que le bât blesse. [...] Sans prendre le temps, nous ne pouvons pas faire un réel travail de psychiatrie ou de

psychologie mais seulement d'écoute" (Carretero, 2017). Au vu de ces éléments, peut-être qu'une prise en charge en victimologie serait plus judicieuse. Cette dernière ne dépendant pas du lieu de vie. Deuxièmement, les associations d'aide aux victimes et les unités de victimologie n'ont pas forcément les moyens d'accueillir les migrants, il y a saturation. Si l'on offrait les moyens nécessaires à ces structures « d'absorber » cette population supplémentaire, il n'est pas certain que la prise en charge telle qu'elle est organisée aujourd'hui serait adaptée (pour les raisons déjà décrites). C'est pourquoi il serait nécessaire non seulement de former les professionnels aux spécificités de ces populations, mais également élargir leurs missions et fonctions. Bien évidemment, l'inverse pourrait également être pensé. C'est-à-dire élargir les missions et dispositifs d'accueil des migrants pour permettre des suivis psychologiques, et s'assurer que les professionnels soient formés au psychotraumas pour permettre un repérage de ces problématiques et faciliter l'orientation vers un accompagnement approprié. Un autre élément qui est à considérer selon nous, pour répondre à la question de savoir qui devrait prendre en charge ces problématiques chez les populations migrantes, est la symbolique. Comme nous l'avons déjà mentionné dans une partie antérieure, l'unique fait d'être reçu et suivi dans une unité ou association d'aide aux victimes, permet une reconnaissance des violences subies, du statut de victime, et une légitimation de leur souffrance. Par le simple biais du cadre de prise en charge très spécifique de ces lieux d'aide, qui est d'accompagner uniquement des personnes ayant vécu des expériences de violences, va être posé le fait que ces migrantes ont effectivement subi des agressions. Notamment parce que ces structures vont être perçues comme une autorité compétente et légitime pour nommer ces faits, et poser le constat d'un vécu d'expériences traumatisantes. De la même façon que de se voir accorder le statut de réfugié par les autorités compétentes mène à une reconnaissance de ce que ces individus ont traversé, et marque une étape importante permettant un début de reconstruction. Notons cependant que pour certaines, ce statut de victime peut être rejeté, cette symbolique sera alors mal supportée et parfois même vécue comme une nouvelle violence. En outre, de pouvoir être reçues dans un dispositif qui accueille également les victimes non issues de l'immigration peut offrir une symbolique additionnelle. Celle-ci étant d'être traité et considéré comme les citoyens français, et permettant potentiellement un ressenti de déstigmatisation.. Pour ces raisons, selon nous, il serait intéressant et bénéfique que les migrantes puissent être prises en charge dans les unités de victimologie et les associations d'aide aux victimes.

La question de "qui devrait prendre en charge les migrantes qui ont subi des violences, les lieux spécifiques à l'accueil des migrants ou les lieux d'accueil des victimes?" nous paraît

donc légitime. Une distinction entre les citoyens français et les migrants ayant subi des violences, et de ce fait un dispositif d'accompagnement différent, est-il vraiment nécessaire? Le public migrant ne peut-il vraiment pas être pris en charge de la même façon que la population française? Une universalité de la prise en charge psychologique des victimes de violences est-elle impossible? Nous avons amené des éléments de réponse concernant les aspects qui pourraient être inadaptés et donc entraver un bon accompagnement des migrantes dans les structures d'aide aux victimes en France. Dans cette dernière sous-partie, nous allons tenter de voir comment elles pourraient s'adapter à ce public.

V. Adaptation de la prise en charge les migrantes victimes de VBG en France

La population migrante est absente des structures de soin accompagnant les victimes de violences. Ce qui est principalement ressorti de notre discussion, tentant d'expliquer les raisons de cette absence, est que celle-ci est potentiellement en lien avec une inadéquation du fonctionnement des dispositifs face aux spécificités et difficultés rencontrées par les immigrants. Parallèlement, les programmes de SMSPS ciblent exclusivement les situations d'urgences complexes, les interventions dans un contexte humanitaire, et les personnes vivant encore dans les zones de conflit. Les migrants se trouvant sur le territoire français et européen ont réussi à fuir cette crise humanitaire. Ils ne sont donc pas pris en compte dans ces programmes, et sont alors également absents de ces dispositifs d'accompagnement des victimes de violences. Pour rappel, les 4 étapes d'intervention du protocole de SMSPS, qui a été rédigé dans le but d'améliorer les programmes de SSR et VBG, sont:

1. Ne pas nuire à la santé mentale et au bien-être psychosocial
2. Promouvoir la résilience et prévenir l'aggravation de la détresse
3. Gérer la santé mentale et les risques psychosociaux
4. Traiter la détresse psychosociale et les troubles de santé mentale

Pour mener à bien ces missions et aider les professionnels à évaluer à quel niveau d'intervention ils se trouvent, le protocole liste les actions nécessaires à valider pour pouvoir passer d'une étape d'intervention à l'autre. Nous allons utiliser le protocole en quatre étapes "Évaluer, Traiter, Améliorer et Réfléchir" (UNFPA, 2022), comme support pour analyser comment la prise en charge des victimes en France pourrait être remaniée afin qu'elle soit adaptée aux populations issues de l'immigration, et de ce fait, permettre qu'elles soient incluses dans ces dispositifs.

Précisons que nous allons tenter de voir comment il faudrait repenser l'offre de soin fournie par les structures d'aide aux victimes, afin d'accompagner les migrantes à tous les niveaux. Nous avons bien conscience que d'autres structures existent prenant en charge certains de ces aspects. Le premier élément à identifier est le niveau d'intégration où le dispositif se trouve à l'heure actuelle. Le seul cas de figure, où les femmes issues de l'immigration et ayant subi des VBG viennent en unité de victimologie, est lorsqu'elles ont besoin de faire un examen médical pour avoir une attestation de MGF pour l'OFPRA. Cette offre de soin se trouve à la 2ème étape d'intégration car les migrantes ont subi une VBG et de ce fait une expérience traumatisante en SSR, et bien que dans ce cas la prise en charge est spécialisée (car faite par un médecin), elle se limite à la délivrance d'une attestation, le soignant s'assurant alors principalement que par son attitude il ne va pas aggraver l'état de détresse dans laquelle la femme se trouve. Cependant, nous pouvons identifier de multiples actions qui pourraient facilement être réalisées, car elles sont déjà accomplies auprès des victimes du territoire français. Pour ce faire, il suffirait que les victimes issues de l'immigration soient reçues dans ces services. Cela permettrait donc d'atteindre des niveaux d'intégration plus élevés, en étendant la délivrance de ces actions aux migrantes. En outre, certains éléments du fonctionnement de ces structures sont compatibles avec les populations migrantes et leurs difficultés. De ce fait, ils ne vont pas constituer un obstacle à la prise en charge des migrantes dans ces dispositifs. Tout d'abord, l'offre de soin est gratuite, donc il n'y a pas de barrière à l'accès aux soins. Ensuite, le principe de confidentialité régit la façon dont ces aides sont apportées. Pour les migrantes qui peuvent avoir une crainte que de parler leur porte préjudice (OFPRA, OFII, leur famille, etc.), cette confidentialité particulièrement mise en avant peut donc faciliter leur accompagnement. Troisièmement, ces services sont constitués d'équipes pluridisciplinaires. Une prise en charge globale de la personne étant essentielle avec les immigrées, cet aspect sera donc un atout (n'ayant pas besoin d'être modifié, ni mis en place). Entre autres, cette équipe est constituée de juristes et de travailleurs sociaux. Etant donné la grande précarité dans laquelle se trouvent les migrantes, recevoir un accompagnement dans différents domaines de vie et par rapport à de multiples déterminants sociaux est primordial. La précarité des immigrées concerne beaucoup d'aspects (logement, social, emploi, etc.): leur contexte de vie est très insécure (violences antérieures et dans le présent, statut en cours de détermination, pas d'accès aux structures de soins, aux aides financières), et le recours à des mécanismes d'adaptation à risque, du travail au noir à la prostitution, augmentant leur vulnérabilité. Quatrièmement, les membres de cette équipe pluridisciplinaire sont formés au psychotrauma. Ils sont donc en capacité, et ont les compétences, pour accompagner les

migrantes face aux difficultés suite à leur vécu traumatique. Enfin, les professionnels ont une attitude d'écoute et de bienveillance envers les victimes qu'ils reçoivent, ce qui est en adéquation avec la notion principale des deux premiers niveaux d'intégration "Do no harm (Ne pas nuire)" (UNFPA, 2022). Cependant, un élément qui pourrait aller à l'encontre de ce principe est l'inadaptation des services d'aide aux victimes en France à la barrière de la langue. Cela peut effectivement aggraver l'état de détresse des personnes reçues, étant alors dans l'impossibilité de communiquer et d'exprimer leur mal être. Nous avons précédemment discerné certaines raisons qui feraient que, selon nous, la prise en charge telle qu'elle est menée dans les services d'aide aux victimes en France serait inadaptée à la population migrante: pas de « démarchage »/partenariats avec les dispositifs d'accueil de migrants ce qui fait que ces services ne sont pas, ou mal, identifiés par les migrantes; positionnement du psychologue qui ne partage pas des éléments de sa vie personnelle; pas de prise en charge groupale; absence de présentation et d'explicitation des fonctions du psychologue qui permettraient de dépasser les tabous des migrantes par rapport à ce métier; et manque de moyens financiers pour élargir l'aide à un nombre plus important de personnes (dont les migrantes). Un dernier élément que soulève cette évaluation des actions non-réalisées, engendrant alors une inadéquation de l'aide apportée par les structures françaises de soutien aux victimes, est le manque de formations de l'équipe pluridisciplinaire aux spécificités des publics migrants. Les professionnels risquent de ne pas avoir les compétences et connaissances nécessaires pour adapter leur prise en charge

Suite à cette évaluation que nous venons de mener, nous allons passer au deuxième point du « four-step process » proposé par le guide de l'UNFPA: Traiter. Cette étape consiste à "Classer par ordre de priorité toutes les actions minimales non réalisées en fonction du niveau de la SMSPS sous lequel elles apparaissent en premier lieu. (Par exemple, si une action est répertoriée comme nécessaire pour ne pas nuire à la santé mentale et au bien-être psychosocial, sa réalisation est généralement plus urgente que les actions qui ne concernent que le traitement des troubles de la santé mentale et de la détresse psychosociale)" (UNFPA, 2022). Voici le classement par ordre de priorité, selon nous, des actions (minimales et les autres) non réalisées:

1. pallier à la barrière de la langue
2. former le personnel afin qu'il acquière des outils pour comprendre, accompagner et travailler avec les publics migrants
3. chercher des nouveaux financements
4. faciliter l'accès aux soins
5. partenariat avec les dispositifs d'accueil de migrants

6. faire connaître les services pour que les victimes, parmi la population migrante, puissent mieux les identifier et les solliciter si besoin
7. mettre en place des dispositifs de soutien collectif
8. présenter et expliquer des fonctions du psychologue auprès des migrants
9. adapter la prise en charge psychologique

Afin de bien répondre à toutes les conditions des deux premiers niveaux d'intégration, à savoir "ne pas nuire à la santé mentale et au bien-être psychosocial" et "promouvoir la résilience et prévenir l'aggravation de la détresse" (UNFPA, 2022); les actions minimales à mener selon nous sont les trois premiers points de notre classement. Voici les propositions que nous pouvons faire afin qu'elles soient réalisées par les services d'aide aux victimes. Pour rappel, les 2 première étapes de la pyramide d'intervention ont comme notions principales: la qualité des services apportés et une attitude correcte de la part du personnel (afin d'éviter d'engendrer ou d'accentuer l'état de détresse dans laquelle la victime se trouve). L'action minimale à mettre en place en priorité selon nous, est de pallier la barrière de la langue (pour les raisons que nous avons déjà explicitées). Pour cela, il est possible de procéder de deux façons différentes. La première est d'étayer le dispositif d'interprétariat à disposition des professionnels, et faire en sorte que ces derniers fassent "appel lorsqu'il n'y a pas de langue en commun, à un service d'interprétariat linguistique et culture l(ISM)" (Gittinger, 2022). La deuxième solution sur le long terme est l'aide à l'apprentissage du français pour les migrants grâce aux cours de français langue étrangère (FLE) gratuits ou de l'apprentissage de la langue des migrants par les professionnels, selon la cohérence et la faisabilité. La deuxième action minimale à réaliser selon nous, est de faciliter la formation du personnel de ces services aux particularités et difficultés du public migrant. Il nous semble essentiel de renforcer les compétences et les capacités des membres de l'équipe pluridisciplinaire afin qu'ils puissent adopter une attitude adéquate qui tient compte des problématiques spécifiques que rencontrent cette population, ainsi que des éventuelles différences culturelles. L'objectif principal étant d'honorer le précepte: "Do no harm". Cette formation peut se faire par "l'élaboration et/ou fourniture de programmes d'études, d'outils et d'autres ressources" (UNFPA, 2022). L'équipe pourrait également s'inscrire et acquérir un diplôme universitaire comme celui-ci, axé sur une volonté de répondre "aux besoins des professionnels de se former, d'acquérir des outils pour comprendre et travailler avec les publics migrants, que ce soit dans le champ médical, social, juridique..." (Orspere Samdarra, s.d.). Enfin, une dernière action qui nous semble importante à mener est d'obtenir de nouveaux financements. Effectivement, comme nous avons pu le mentionner, les unités de victimologie et les associations d'aides aux victimes sont saturées.

Les délais d'attente pour une prise en charge sont longs, surtout pour un suivi psychologique (3 mois). De ce fait, avant de mettre en place quoi que ce soit pour que les personnes issues de l'immigration viennent consulter, il faut s'assurer que ces services soient en capacité de les recevoir. Un refus de prise en charge dû à un manque de personnel risque d'être incorrectement perçu comme un rejet dû à leur statut de migrant. Pour ces personnes qui sont déjà dans une situation de grande vulnérabilité en raison de leur parcours et de leur difficulté à bénéficier des aides médico-sociales, ce rejet des services d'aide aux victimes sera vécu comme une violence supplémentaire, contribuant à l'augmentation de leur détresse, leur ESPT et leur souffrance. L'obtention de moyens financiers supplémentaires est donc une action prioritaire et primordiale, pour pouvoir augmenter le personnel et augmenter le nombre de personnes prises en charge dans de bonnes conditions. En outre, des activités additionnelles pourront être développées, étendant donc les modalités d'accompagnement.

La troisième étape du « four-step process » correspond aux services d'évaluation des risques psychosociaux, de prise en charge immédiate et de réorientation si besoin. De solides compétences en évaluation des risques et en planification de la sécurité des patients sont essentielles. De même qu'il est important d'améliorer "les systèmes de suivi et d'évaluation afin d'intégrer un mécanisme permettant de garantir que toutes les actions sont réalisées de manière continue, avec un impact et une qualité suffisants" (UNFPA, 2022). Tout d'abord, comme déjà mentionné, il serait judicieux pour les professionnels des services d'aide aux victimes, de suivre des formations afin d'acquérir des outils pour travailler auprès d'une population migrante pour avoir une attitude adaptée aux particularités de ce public, et afin de pouvoir développer la prise en charge des migrantes. Suivre ce type de formation permettra de développer la compétence des soignants, et les aidera à s'adapter, à penser à un réaménagement des dispositifs, à avoir des outils pour mettre en place des nouvelles pratiques, etc. Il nous semble aussi primordial de pouvoir faciliter l'accès aux soins des migrantes à ce type de structure. Les difficultés d'accessibilité étant étroitement liées à la situation de précarité, il est essentiel de pouvoir accompagner les victimes migrantes sur ces dimensions. Ce travail se ferait donc principalement avec les juristes et les travailleurs sociaux, afin d'agir sur certains déterminants sociaux qui mettent les migrantes dans de grandes difficultés. Par exemple, ces femmes étant dans une grande précarité financière, les juristes vont pouvoir les informer de leur droit (notamment à des aides financières, ou par rapport à un emploi), et les travailleurs sociaux peuvent les accompagner dans les démarches. Agir sur ces déterminants va non seulement avoir un effet positif et direct sur la santé mentale (car elles auront moins de préoccupations à ces

niveaux), mais va également faciliter une prise en charge, car pour les victimes migrantes leur situation précaire est perçue comme prioritaire à tout accompagnement médical ou psychologique. Une stabilisation de leur quotidien leur permettra d'envisager un suivi psychologique. En outre, d'avoir pu commencer une prise en charge dans cette structure va permettre de créer un lien de confiance et une alliance. Les migrantes seront donc plus facilement réceptives à une proposition d'accompagnement de leur santé mentale. D'autres actions pourraient être réalisées, et faciliteraient selon nous, l'accès aux soins (entre autres bénéfiques), les points 5 et 6 du classement effectué précédemment, à savoir, effectuer un travail de partenariat avec les dispositifs d'accueil de migrants et faire connaître les services pour que les victimes, parmi la population migrante puissent mieux les identifier et les solliciter si besoin. Troisièmement, une fois les actions précédemment citées exécutées, il serait important de développer et diversifier les modalités de prises en charge de la santé mentale pour s'adapter aux besoins spécifiques de ces personnes et proposer un accompagnement global (social, somatique, familial, psychiatrique), ainsi que pour agir sur les facteurs de stress psychosocial, tel que l'intégration sociale, l'activité physique, etc. (Tortelli, 2022). Pour ce faire, nous pouvons effectuer plusieurs propositions de dispositifs à développer, liste bien évidemment non exhaustive. Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné précédemment, il serait bénéfique de mettre en place des interventions de soutien collectif. Cela peut prendre la forme d'ateliers plutôt ludiques, - atelier de marche, de cuisine, de jeux de société-. Les ateliers permettant de rompre avec l'isolement et de créer des liens sociaux, pouvant aussi faciliter une revalorisation de l'estime de soi, la libération de la parole des participants, etc. Ils peuvent également prendre la forme d'ateliers plutôt thérapeutiques, comme des groupes de paroles, des groupes d'éducation thérapeutique, des groupes d'entraide entre pairs, etc. Ces derniers seront donc plus « formels » que les premiers, et ont plusieurs avantages dépendamment du groupe considéré. Ils peuvent être un temps de partage d'expériences entre les migrants, un temps de partage d'informations et d'éducation entre les participants et des animateurs envers ces derniers. Parmi les multiples avantages de ces ateliers, nous pouvons citer, un sentiment de soutien chez les adhérents, une reconstruction du sens de l'identité (sociale et personnelle) et une augmentation de la confiance en soi. Ils peuvent aussi faciliter l'intégration des migrants et les aider à faire face à un déchirement potentiel -d'avoir dû quitter son pays, sa famille, ses repères, etc.- et l'agencement d'une appartenance (au groupe et au pays d'accueil). Ces divers dispositifs de soutien collectif permettent une meilleure adaptation à un environnement souvent chaotique et précaire, de trouver de la stabilité, de développer des réponses émotionnelles positives, et de se construire un entourage social d'individus ressources et soutenant. Un autre aménagement qu'il

serait important de développer, concernant les modalités de prises en charge de la santé mentale, serait de tenir compte du contexte transculturel. Cela implique une valorisation de “l’importance de l’écoute des souffrances exprimées par le patient (illness) au travers de ses propres modèles explicatoires et de ses représentations culturelles” (Gittinger, 2022). Cette rencontre interculturelle sera facilitée par la formation des professionnels au travail avec le public migrant, permettant alors de “cheminer à travers les différences culturelles et linguistiques pour parvenir au terrain commun de l’universalité du psychisme humain” (Mouchenik, 2019). Les 2 dernières actions globales importantes selon nous à réaliser sont la présentation et l’explicitation des fonctions du psychologue auprès des migrants; et l’adaptation de la prise en charge psychologique. La première peut se mettre en place à différents moments : lors des tissages de liens avec d’autres structures (accueillant les migrants), lors des différents dispositifs et ateliers de soutien collectif, etc. La deuxième doit s’ajuster aux besoins des patients et à leur fonctionnement (comme dans toute prise en charge), pour se faire il nous semble important que les thérapeutes aient une approche intégrative. Elle devrait également, selon nous, s’adapter au type de VBG subies, ainsi que tenir compte du contexte interculturel. Une formation complémentaire des praticiens sur la psychologie interculturelle et/ou le travail avec la population migrante, accroîtra leurs compétences et leur fournira des outils supplémentaires afin d’accompagner ces personnes. Cela permettra, in fine, l’adaptation de la prise en charge psychologique aux femmes migrantes ayant subi des VBG.

Enfin, nous allons présenter la dernière phase du « four-step process », intitulée “Réfléchir”. Celle-ci consiste à agir à deux niveaux: “examiner les données des outils de suivi et d’évaluation pour déterminer si le programme a l’impact escompté sur la santé mentale et le bien-être psychosocial” (UNFPA, 2022) et évaluer le besoin d’intégrer d’autres activités. Cela dans le cas où l’organisation dispose des ressources et capacités nécessaires, et que les actions accomplies ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins de la population migrante. Cette dernière étape du « four-step process » est donc une phase de documentation et de recherche, avec pour finalité l’amélioration des services et de la prise en charge des victimes. Celle-ci se fait suite à la mise en place du « programme », qui dans notre cas correspond aux propositions, que nous avons élaborées, des actions à mener afin que les structures d’aide aux victimes, telles qu’elles fonctionnent aujourd’hui, puissent s’adapter à un public migrant. Logiquement, nous ne pourrions pas développer ce dernier point.

Conclusion

Dans cet écrit nous avons pu voir que les violences basées sur le genre peuvent prendre de multiples formes: violences conjugales, violences sexuelles, mutilations génitales féminines, et mariages forcés et précoces. Un élément qu'elles ont toutes en commun est d'engendrer des effets désastreux sur les victimes. Effectivement, sous toutes leurs formes, les violences sexistes ont de terribles conséquences physiques, psychologiques, sociales et émotionnelles sur les victimes (GBV IMS, 2017). Les VBG sont "parmi les facteurs de stress les plus sévères que les individus peuvent subir au cours de leur vie. Elles peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé mentale" (World Health Organization, 2020). Nous avons également soulevé qu'une majorité des personnes migrantes ont subi des violences dans leur pays d'origine. De multiples facteurs, pendant les crises humanitaires, accentuent les risques de subir des VBG – déplacements, manque de ressources pour couvrir les besoins de base, etc.- (GBV IMS, 2017). Cela va d'ailleurs souvent être la cause de leur fuite et de leur décision de quitter leur pays natal. Malheureusement, ces situations de victimation vont continuer après leur départ. Pour rappel, Prieur et al. (2022) recensent que parmi les personnes migrantes interrogées et qui déclarent avoir traversé une expérience traumatique, "33% des personnes ont vécu un événement traumatique dans le pays d'origine, 19 % sur le parcours migratoire, 14% en France".

En France, outre le danger qu'elles encourent de subir de nouvelles VBG, les migrantes sont à risque d'être victimes de violences en lien avec la précarité de leurs conditions de vie. Cette précarité est due à des "problématiques liées aux dimensions culturelles, à l'exil, mais aussi à la situation administrative et sociale" (Chambon, 2022). Guédon et Armagnat (2022) listent comme violences en lien avec la situation précaire : "l'absence de reconnaissance des violences subies, l'absence de droit au travail, la perte d'un environnement affectif stable [...], non-respect des droits fondamentaux, très grande situation de précarité sociale et administrative, sans revenus augmentant ainsi leur vulnérabilité, leur isolement social et affectif, les violences administratives, la prostitution". On comprend donc que la prévalence de problèmes de santé chez ce public migrant, en lien avec ce vécu d'expériences traumatiques, sera élevée. En outre, la situation précaire va générer de multiples facteurs de vulnérabilité, notamment d'ordre juridique, social et épidémiologique (Gittinger, 2022). Parmi eux nous pouvons citer un déficit d'alimentation, une difficulté financière, une absence d'hébergement, une situation irrégulière pour certain(e)s (sans titre de séjour), une pauvre maîtrise de la langue française, etc. Cette précarisation des personnes en situation migratoire, place les déterminants

sociaux sur le devant de la scène, et augmentent le poids des traumatismes antérieurs (Gittinger, 2022). Elle va alors renforcer les symptômes de l'ESPT, ou contribuer au développement d'un ESPT chez des personnes déjà traumatisées.

Les déterminants sociaux étant fortement intriqués dans la décompensation et la souffrance, il est primordial de faciliter une prise en charge globale de la personne. “ De ne pas cliver le social, du médical et du psychologique” (Gittinger, 2022). Pour ce faire, une pluridisciplinarité des équipes accompagnant ces personnes serait à privilégier. Concernant les problèmes de santé rencontrés par le public migrant, nous avons pu voir que ceux-ci sont multiples. On les catégorise en trois groupes : les maladies chroniques et somatiques (40% des maladies graves), les maladies infectieuses (25% des maladies graves) et les troubles psychiques (35% des maladies graves). Au premier plan des troubles psychiques dont les victimes souffrent, on retrouve les psychotraumatismes. Prieur et al. (2022) précisent que l'ESPT se traduit par “une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle”. De par leurs conséquences sur les victimes et leur forte prévalence chez les femmes issues de l'immigration, la prise en charge spécialisée des psychotraumatismes est essentielle. Cependant, malgré une nécessité évidente d'accompagnement de ces populations migrantes sur le plan de la santé mentale et physique, l'accès aux soins est très compliqué si ce n'est absent. De ce fait, les violences qu'elles subissent ne sont que peu, ou parfois pas du tout, prises en charge. Pourtant, comme nous avons pu le voir, des structures spécialisées dans l'aide aux victimes existent en France.

La modalité du soutien apporté dans les dispositifs d'aide aux victimes en France est multifactorielle et globale. Que ce soit en associatif ou à l'hôpital, la prise en charge tend à être complète, à accompagner les personnes dans de multiples domaines dans lesquels elles pourraient rencontrer des difficultés (médical, juridique, social, psychologique). Cela montre donc l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire, contrairement à un accompagnement unique dans un seul champ d'intervention. En outre, pouvoir offrir cette aide multiforme dans le même espace ou lieu d'accueil est essentiel. Effectivement, leur expérience traumatique les mettant en grande souffrance, entamer une demande d'aide et de soin peut s'avérer psychologiquement et énergiquement très coûteuse. De ce fait, si à cela devait s'ajouter des obstacles (tel que le fait de devoir entreprendre les diverses démarches qu'elles nécessitent dans de multiples structures), les victimes risqueraient de ne pas bénéficier de l'aide complète dont elles ont besoin, car dans l'incapacité psychique de procéder à toutes ces demandes d'aide (et

ne sauraient probablement même pas où aller pour faire telle ou telle démarche s'il n'y avait pas cette "centralisation" de la prise en charge dans une même structure). Ces dispositifs se sont donc adaptés aux particularités de cette population victime de violences, afin de répondre aux mieux à leurs besoins. Or, une partie de ce public ayant subi une expérience traumatique, est absente de ces structures : les femmes issues de l'immigration.

En nous questionnant sur les raisons possibles à cette absence, nous avons pu souligner que comme toutes les autres structures de soin, elles n'y ont pas accès. Cela bien que les unités de victimologie et les associations d'aide aux victimes soient gratuites et de ce fait accessibles à tous, quels que soient les moyens. Cette absence semble majoritairement liée à la situation précaire des migrantes, ainsi que le fait que ces structures ne sont pas réellement orientées dans une prise en charge d'un public migrant. Nous nous sommes donc questionnés sur l'adéquation de ces dispositifs, quant à un accompagnement des femmes migrantes ayant subi des violences. Pour y répondre, nous avons suivi le « four-step process » du guide protocolaire SMSPS (UNFPA, 2022). Celui-ci donne un cadre et les étapes à suivre, pour analyser et évaluer des programmes de soins (généralement en contexte humanitaire, bien que pour nous ce n'était pas le cas).

Le premier élément qui est ressorti est que, actuellement, la seule réponse aux besoins des migrantes par ces structures d'aide aux victimes, est médicale. Les femmes issues de l'immigration ne viennent que dans un contexte d'examen médical afin qu'on leur délivre une attestation pour l'OFPRA. Dans les rares cas de présence de victimes immigrées, d'après ce que j'ai pu observer lors de mes expériences professionnelles, celles-ci ont toutes une situation particulière : très bien insérées et intégrées, en France depuis de nombreuses années et pas dans une situation de précarité. Celui-ci semble donc être déterminant quant à l'accès au soin. Le deuxième élément est que cette prise en charge, telle qu'elle est effectuée dans les structures d'aide aux victimes en France, ne semble pas être adaptée à un public migrant. La première barrière étant celle de la langue et une sous-utilisation (si ce n'est absence) des dispositifs d'interprétariat. Une seconde barrière est liée au manque de formation des professionnels, aux particularités et difficultés des migrants. Le troisième obstacle, qui est le plus important, est le manque d'accès aux soins. Que ce soit de par les éléments qui compliquent l'accès aux soins en général des migrants, et d'autres particularités aux structures d'aide aux victimes : manque de financement, manque de partenariat avec les structures d'accueil des migrants, manque de moyens, etc.

En outre, nous nous sommes demandé quels changements pourraient être effectués, pour que ces structures soient adaptées à la prise en charge de ce public migrant. Dans cette démarche, il nous a paru pertinent de présenter le protocole SMSPS et de l'utiliser comme support afin d'amener des éléments de réponses. Cela car il a été rédigé autour de la prise en charge des SSR et des VBG, bien que l'accompagnement s'organise dans ce cas, dans un contexte humanitaire. De plus, bien qu'en France les migrantes ne se trouvent pas dans une situation de crise humanitaire, les conditions précaires dans lesquelles elles se trouvent génèrent une grande instabilité. L'environnement de ces femmes, et leur contexte de vie ne peut donc pas être négligé, bien qu'il ne soit pas comparable aux situations dans des zones de conflits. Deux aspects de la prise en charge dans les structures d'aide aux victimes en France qui s'adaptent d'ailleurs à cette particularité, et qui faciliteraient donc une orientation de ce public dans ces dispositifs, sont la gratuité et la présence d'une équipe pluridisciplinaire. D'autres éléments resteraient à être élaborés, comme des dispositifs de soutien collectif, un aménagement de l'accompagnement psychologique, etc.

Dans cet écrit, nous avons donc cherché à étudier quelle était la prise en charge des victimes de violences dans la population migrante en France. En est ressorti que celle-ci était très limitée dans ces dispositifs. De ce fait, nous avons tenté de proposer des changements de modalités de prise en charge afin que ces structures soient plus adaptées et à même d'aider une population migrante. Une des plus grandes limites de cette étude est le fait que nous n'ayons pas analysé la prise en charge des violences, dans les structures d'accueil de migrants. Comme nous l'avons explicité, ce choix s'est fait par rapport à l'intérêt que nous voyons dans le fait que pour ces problématiques là, les migrantes soient accompagnées dans les unités spécialisées dans l'aide aux victimes. Nous avons également fait ce choix de par une réalité pratique étant donné que mes expériences professionnelles se limitent à ces dispositifs. Une autre limite est que nous n'avons que pu faire des suggestions de changements, mais nous n'avons pas fait l'expérience de tester ces avis. Il pourrait donc être intéressant d'effectuer cet examen « sur le terrain ». Ces différents éléments nous ont également amenés à questionner certains aspects : Est-ce qu'il peut y avoir/y a une universalité de la prise en charge psychologique, ou les différences culturelles sont trop importantes pour permettre cette universalité? Les « bonnes pratiques » (do no harm) sont-elles les seules méthodes qui peuvent être universelles ? Il pourrait être intéressant de répondre à ces questionnements dans une future étude.

Enfin, notre volonté de départ était que la prise en charge des victimes de violences, qu'elles soient issues de l'immigration ou non, se fassent dans les structures spécialisées dans l'aide aux victimes. De plus, nous souhaitions que cet accompagnement soit fait à tous les niveaux (aide juridique, sociale, psychologique, etc.). Pour cette raison nous avons cherché à voir quels aménagements seraient à mettre en place, sans pour autant nier l'existence de difficultés à réellement instaurer ces changements. En outre, il n'y a pas forcément la volonté de ces dispositifs de recevoir un public de migrants, considérant que la prise en charge fait parti de la mission des structures d'accueil des migrants.

Malgré notre volonté de départ, nous avons pu voir qu'un accompagnement global des femmes issues de l'immigration et victimes de VBG, dans les dispositifs d'aide aux victimes, serait compliqué à mettre en place. Cela demanderait presque une réorganisation totale de la prise en charge. En outre, des structures d'accompagnement des migrants sont déjà en place et les soutiennent dans certaines démarches (au niveau du droit, social, légal, etc.). De ce fait, la prise en charge dans les structures d'aide aux victimes pourrait se limiter à un accompagnement psychologique, qui est celui qui finalement nécessite le moins d'adaptations. En effet, les professionnels sont déjà formés au psychotrauma, et peuvent facilement et rapidement suivre une formation à la psychologie interculturelle. C'est d'ailleurs pour cette raison que j'ai souhaité suivre ce DIU. La clinique des violences et la clinique migrante étant mes deux domaines d'intérêt en psychologie, et ma formation universitaire manquant de l'aspect interculturel. En addition à cela, afin d'améliorer l'orientation des migrantes, il serait pertinent de faire un travail de partenariat et de tissage de liens entre les différentes structures (centre d'accueil des migrants et associations d'aide aux victimes/unité de victimologie).

Dans un contexte bien précis (certificat médical attestant d'une MGF pour l'OFPRA), les migrantes sont orientées vers les structures d'aides aux victimes par les professionnels travaillant au plus près des migrants. Mais alors pourquoi la prise en charge ne va-t-elle pas plus loin? Pourquoi se limite-t-elle au certificat médical plutôt que de proposer un suivi par un psychologue formé en psychotraumatologie? Notre hypothèse, qui demanderait une étude plus approfondie est que chaque structure est régie par un cahier des charges qui limite les collaborations et qui ont chacune des limites pour une prise en charge adéquate des migrantes, limites d'accès et limites de compétences. Les structures pour migrants ont le monopole d'un groupe de population précis sans avoir forcément les compétences en psychotraumatologie. Les structures de violences quant à elles, peuvent supposer que les besoins des migrantes sont

couverts, préférant ne pas remettre en question les capacités de ces structures de le faire, par manque de moyens et de connaissances interculturelles. Les migrantes victimes de violences gagneraient au niveau de leur prise en charge si ces deux types de structures collaboraient et amélioreraient leur connaissances et capacité en prise en charge psychotraumatique pour l'un et les différences liées au parcours et à la culture pour l'autre.

Bibliographie

Agence des Nations Unies pour les réfugiés [UNHCR]. (2016). Point de vue du HCR : “Réfugié” ou “migrant” – Quel est le mot juste ?. Retrieved from UNHCR website: <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/7/55e45d87c/point-vue-hcr-refugie-migrant-mot-juste.html#:~:text=Nous%20appelons%20%C2%AB%20r%C3%A9fugi%C3%A9s%20%C2%BB%20les%20personnes>

Anis, M., Konanur, S., & Mattoo, D. (2013). Who/If/When to marry: The incidence of forced marriage in Ontario. Report of South Asian Legal Clinic of Ontario (SALCO)

Association Victime Ecoute Conseil 63 [AVEC 63]. (2019). Rapport d’activité année 2019. Document non publié.

Auxemery, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post traumatiques : Intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation = Revue*

Blondin, O. (2015) Les trajectoires de femmes victimes de violence conjugale : les facteurs qui expliquent la dynamique de la violence physique à travers le temps. Mémoire de master en criminologie non publiée, Université de Montréal, Montréal.

Carretero, L. (2017). L’impossible suivi psychologique des migrants. InfoMigrants. <https://www.infomigrants.net/fr/post/3437/limpossible-suivi-psychologique-desmigrant>

Chambon, N. (2022). Vulnérabilités et professionnalités. Document non publié, DIU Santé Société et Migration, Lyon.

CHU- Clermont-Ferrand. (s.d.). Unités de Victimologies. En ligne : <https://www.chuclermontferrand.fr/Internet/Sites/Unit%C3%A9s%20de%20Victimologie/Default.asp>

Conseil de l’Europe. (2005). Résolution 1468 : Mariages forcés et mariages d’enfants. En ligne <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-fr.asp?FileID=17380&lang=fr>

Conseil de l’Europe. (2011). Convention du Conseil de l’Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l’égard des femmes et la violence domestique.

Coral, C. (2021). Santé mentale et soutien psychosocial dans les interventions

humanitaires : analyse critique des directives du Comité permanent interorganisations. Retrieved from Alternatives Humanitaires website: <https://alternatives-humanitaires.org/fr/2021/07/20/sante-mentale-et-soutien-psychosocial-dans-les-interventions-humanitaires-analyse-critique-des-directives-du-comite-permanent-interorganisations/>

Convention relative aux droits de l'enfant. (1989). Résolution 44/25, Assemblée générale, quarante-quatrième session, 20 novembre 1989, New York, Nations Unies, 1989 (entrée en vigueur le 2 septembre 1990)

Créalité Coaching. (s.d). L'écoute active en psychologie selon Carl Rogers. En ligne <https://crealitecoaching.com/lecoute-active-en-psychologie-selon-carl-rogers/>

Daligand, L. (2008). Violences conjugales. *Le Journal des psychologues*, 255, 49-53. <https://doi.org/10.3917/jdp.255.0049>.

Daligand, L. (2019). Chapitre III. Le cycle de la violence. Dans : Liliane Daligand éd., *Les violences conjugales* (pp. 62-85). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Damiani, C. (1997). *Les victimes. Violences privées et crimes publics*. Paris, Bayard éditions.

Dispaux, M. (2007). La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien. *Revue française de psychanalyse*, 71, 669-685. <https://doi.org/10.3917/rfp.713.0669>

Douville, O., & Jacobi, B. (2009). L'entretien clinique en victimologie. Dans : , O. Douville & B. Jacobi (Dir), *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte* (pp. 107-128). Paris: Dunod.

Européenne Du Trauma Et De La Dissociation, 3(4), 245-256. doi :10.1016/j.ejtd.2019.02.002

France Victimes. (s.d.). France Victimes en chiffres. En ligne : <https://www.france-victimes.fr/>

Gender-Based Violence Information Management System (GBV IMS). (2017). *Inter-Agency GBV Case Management Guidelines*. Retrieved from GBVIMS: Gender-Based Violence Information Management System website: <https://www.gbvims.com/gbv-case-management-guidelines/inter-agency-gbv-case-management-guidelines/>

Girard, J., Rinaldi Baud, I., Rey Hanson, H. & Poujouly, M. (2004). Les violences conjugales : pour une clinique du réel. *Thérapie Familiale*, 25, 473-483. <https://doi.org/10.3917/tf.044.0473>

Gittinger, A. (2022). Parcours de soins et trajectoires migratoires des familles migrantes : expériences de terrain au Centre Françoise Minkowska. Document non publié, DIU Santé Société et Migration, Lyon.

Gouvernement Français. (2021). Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. Retrieved from Gouv.fr website:
<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>

Guédon, M., & Armagnat, E. M. (2022). Les violences faites aux femmes exilées: retour sur l'expérience de Gynécologie sans frontières. Document non publié, DIU Santé Société et Migration, Lyon.

Hamel, C. (2011). Immigrées et filles d'immigrés : le recul des mariages forcés. *Population & Sociétés*, N° 479(6), 1–4.
<https://doi.org/10.3917/popsoc.479.0001>

Igareda, N. (2017). Forced marriage in Europe: from a migration problem in a global world to the old phenomenon of gender violence. *Rivista Di Criminologia, Vittimologia E Sicurezza*, (XI, 2, 2017). <https://doi.org/10.14664/rcvs/722>

Institut National de Santé Publique du Québec. (2018). Conséquences des agressions sexuelles sur la santé. Retrieved from INSPQ website:
<https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/consequences-des-agressions-sexuelles-sur-la-sante#:~:text=Les%20s%C3%A9quelles%20les%20plus%20fr%C3%A9quemment>

Kazimirski, A., Keogh, P., Kumari, V., Smith, R., Gowland, S., Purdon, S., & Khanum, N. (2009). Forced marriage – Prevalence and service response. National Center for Social Research, Department for Children, Schools & Families, Research Report n°DCSF-RR128

Korff-Sausse, S. (2003). La femme du pervers narcissique. *Revue française de psychanalyse*, 67, 925-942. <https://doi.org/10.3917/rfp.673.0925>

Lambole, M. (2015). Le mariage forcé de femmes immigrantes au Québec. Thèse de doctorat en école de criminologie non publiée, Université de Montréal, Montréal.

Larici, G. (2020). Les représentations sociales associées aux mariages forcés. Document non publié, Mémoire Universitaire, Université de Rennes 2, Rennes.

Lessard, G., Montminy, L., Lésieux, É., Flynn, C., Roy, V., Gauthier, S., & Fortin, A. (2015). Les violences conjugales, familiales et structurelles : vers une

perspective intégrative des savoirs. *Enfances, Familles, Générations*, (22), 1–26.
<https://doi.org/10.7202/1031116ar>.

Legibot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*. Paris, Dunod.

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. (s.d.) *Mariages forcés*. En ligne sur le site de France Diplomatie <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/informations-pratiques/assistance-aux-francais/mariages-forces/>

Mouchenik, Y. (2019). Chapitre 4. Consultation transculturelle en santé mentale : la prise en charge d'une famille réfugiée en demande d'asile. Dans : Audrey Heine éd., *La psychologie interculturelle en pratiques* (pp. 65-73). Wavre: Mardaga.
<https://doi.org/10.3917/mard.heine.2019.01.0065>

Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V., & Rhatigan, D. L. (2012). The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Partner abuse*, 3(1), 59–75. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.1.59>

Nour, N. M. (2009). Child marriage: A silent health and human rights issue. *Rev Obstet Gynecol*, Winter; 2(1): 51–56.

Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.

Orspere Samdarra. (n.d.). *DIU Santé, société et migration*. Retrieved from Orspere-Samdarra website: <https://www.orspere-samdarra.com/evenements-et-formationen/diplomes-universitaires/diu-sante-societe-migration/>

Prieur, C., Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., Wittwer, J., & Guillaume, S. (2022). Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. Retrieved from <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/266-une-personne-sans-titre-de-sejour-sur-six-souffre-de-troubles-de-stress-post-traumatique-en-france.pdf>

Psaila, E., Leigh, V., Verbari, M., Fiorentini, S., Dalla Pozza, V., & Gomez, A. (2016). *Forced marriage from a gender perspective*. Brussels: European Parliament.
doi : 10.2861/701842

Point Accueil de jour. (2019). *Bilan point accueil de jour*. Document non publié.

Salmona, M. (2010). *Mécanismes des violences : quelles origines?*. Diploweb.com : la revue géopolitique, 7 novembre 2010.

Salmona, M. (2016). Chapitre 10. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. Dans : Roland Coutanceau éd., *Violences conjugales et famille* (pp. 98-107). Paris: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.02.0098>

Schauer, M., & Elbert, T. (2010). « Dissociation following traumatic stress : Etiology and treatment », *Zeitschrift für Psychologie* , 218, 109-127.

Service de France Victimes. (s.d.). Une des premières activités de France Victimes est d'animer son réseau associatif. En ligne : <https://www.france-victimes.fr/index.php/nous-connaitre/2015-06-16-21-30-20/services-de-france-victime>

Thomas, J. L. (2015). Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. Retrieved from <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>

Tortelli, A. (2022). Santé mentale des migrants. Document non publié, DIU Santé Société et Migration, Lyon.

UNFPA. (2022). UNFPA MHPSS guidance draft. Document non publié, UNFPA, Genève.

UNICEF. (2019). Child marriage. En ligne <https://data.unicef.org/topic/childprotection/child-marriage/>, consulté le 10 avril 2020.

UNICEF. (2019). Que sont les mutilations génitales féminines ? Le point en 7 questions. Retrieved from www.unicef.org website:
<https://www.unicef.org/fr/recits/mutilations-genitales-feminines#:~:text=Les%20mutilations%20g%C3%A9nitales%20f%C3%A9minines%20sont>

Université d'Ottawa. (n.d.). Violence sexuelle: soutien et prévention. Impacts de la violence sexuelle. Retrieved from Sexual violence: support and prevention website: <https://www.uottawa.ca/violence-sexuelle-soutien-et-prevention/impacts-violence-sexuelle>

Veïsse, A. (2022). Enjeux de l'accès aux soins des personnes migrantes/étrangères. Document non publié, DIU Santé Société et Migration, Lyon.

Wathen, N. (2012). Victimization avec violence: repercussion sur la santé des femmes et des enfants. Division de la recherche de la statistique. Ministère de la justice du Canada.

Wemmers, J-A. (2003). Introduction à la victimologie. Québec : La Presses de l'Université de Montréal

World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva.(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf, accessed 27 August 2019) (E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano, Eds.).

World Health Organization. (2020). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings.

Retrieved from www.who.int website:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240001411>

Femmes immigrées, victimes de violences basées sur le genre : quelle prise en charge dans les structures d'aide aux victimes en France ?

Mots clés : violences basées sur le genre, prise en charge psychologique, santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS).

De par mes expériences professionnelles, en unité de victimologie et en association d'aide aux victimes, j'ai pu constater que la population migrante est absente de ces structures et prises en charge. Pourtant, le public migrant est fortement exposé aux violences, et particulièrement les femmes. Il serait donc pertinent et recommandé qu'elles puissent être accompagnées afin de surmonter, non seulement leurs expériences traumatiques, mais également les conséquences de ces dernières. Effectivement, la prévalence de problèmes de santé mentale et somatique est très élevée chez les femmes issues de l'immigration. Ce taux élevé est corrélé aux situations de violences vécues par ces femmes.

Alors pourquoi est-ce que les migrantes ne sont pas prises en charge dans les structures spécialisées dans l'aide aux victimes en France ? Ou du moins que dans 2 contextes très spécifiques. Comment serait-il possible de modifier les modalités de fonctionnement et d'accompagnement des victimes dans ces dispositifs ?

Dans cet écrit nous avons cherché à répondre à ces questionnements. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la littérature et sur notre expérience professionnelle. En outre, à partir du protocole SMSPS (Santé Mentale et le Soutien PsychoSocial), nous avons tenté de proposer des aménagements à la prise en charge des victimes dans les structures spécialisées dans leur accompagnement, afin qu'elle soit (plus) adaptée à un travail avec un public migrant.

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Année 2021-2022