

Violences faites aux femmes migrantes : mieux les repérer

Elles ne cessent pas à l'arrivée en France

CLAIRE TANTET*,
CLÉMENTINE
DELAPORTE**,
HUGUES CORDEL*

* Service des maladies
Infectieuses et
tropicales, hôpital
Avicenne, Bobigny,
France

** Département d'aval
des urgences, hôpital
Henri-Mondor, Créteil,
France

claire.tantet@aphp.fr

Les auteurs déclarent
n'avoir aucun lien
d'intérêts.

Aujourd'hui, dans le monde entier, les personnes se déplacent. Elles migrent pour échapper à la pauvreté, améliorer leurs moyens de subsistance et trouver de meilleures opportunités, ou pour fuir la guerre et la dévastation qui frappent leur propre pays. Les femmes et les filles représentent près de la moitié des 244 millions de migrants (125 millions) et la moitié des 19,6 millions de réfugiés à l'échelle mondiale.¹ Les fonds envoyés par les travailleuses migrantes améliorent les moyens de subsistance et les conditions de santé de leur famille tout en renforçant l'économie de leur pays d'origine. Les femmes sont souvent les premières personnes à répondre à une crise et, qu'elles soient en déplacement ou dans des camps, dans leur pays d'origine ou dans le pays où elles ont émigré, elles jouent un rôle crucial dans la reconstruction de leur communauté et dans la manière dont elles s'en occupent et la soutiennent. Elles sont parfois amenées à quitter leur pays d'origine pour fuir des violences physiques, psychologiques ou sexuelles. Puis la route migratoire et la nouvelle vie en pays d'asile les exposent à des situations de vulnérabilité et elles sont donc à risque d'abus physiques, psychologiques ou sexuels. Et pourtant, les besoins, les priorités et les voix des réfugiées et des migrantes sont souvent ignorés dans les politiques mises en place pour les protéger et les aider. Comment décrire les traumatismes subis par ces femmes migrantes et quel accompagnement leur proposer ?

Chaque étape du parcours de vie des patientes primo-arrivantes, en particulier demandeuses d'asile et réfugiées, est à risque de violences.

Des violences multiples...

Tout d'abord, les motifs d'exil du pays peuvent être liés à des violences sexuelles ou liées au genre :

- les mutilations sexuelles féminines qui concernent plus de 200 millions de femmes dans le monde² peuvent être un motif d'exil pour les femmes ou pour protéger leur(s) fille(s) d'une mutilation ;
- les mariages forcés : parmi les 700 millions de femmes victimes de mariage forcé dans le monde, plus d'une sur trois, soit 250 millions, l'a été avant son 18^e anniversaire comme l'a dénoncé le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) à l'occasion de la Conférence « *Girls Unit 2014* » à Londres en 2017 ;

– les viols de guerre : le viol des femmes et des hommes a toujours été présent dans les conflits armés. Il est parfois utilisé comme une arme massive comme en Bosnie, au République démocratique du Congo, et en Syrie notamment. Il n'est plus seulement un dommage collatéral mais un outil stratégique puisqu'il permet de détruire le tissu social en humiliant la femme et donc son mari, ses frères, sa famille. Il entraîne la destruction du noyau familial, et le corps devient le terrain de la guerre ;

– les violences conjugales : elles s'inscrivent dans un rapport de domination et peuvent s'exprimer par des agressions verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, des menaces, des pressions ou des privations de liberté. Les structures sociales et les systèmes légaux de certains pays sont fondés sur une organisation patriarcale et entraînent la domination masculine. À ce titre, certaines femmes sont exposées aux violences au sein de leur couple si elles ne respectent pas les croyances patriarcales traditionnelles ;

– la discrimination autour d'une maladie et notamment l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le lien entre les violences sexuelles et l'infection par le VIH est étroit : les violences sexuelles peuvent constituer un risque de transmission direct lors du viol ou indirect par les comportements à risque, la prostitution, le sexe transactionnel. Le fait d'avoir subi des violences expose à en subir de nouvelles.³ L'accès au circuit de soins est moindre, et parfois des désordres mentaux rendent difficile l'accès aux soins.⁴

Le trajet migratoire, ensuite, souvent précaire et effectué en solitaire au travers de pays dangereux (Libye, Maroc, Algérie), expose à de nombreux viols et violences physiques. Les femmes sont particulièrement vulnérables (viols dans les camps, monnaie d'échange pour les passeurs ou les gardiens de prison). De nombreuses sources font état de tortures et de viols dans les prisons libyennes.

... qui ne cessent pas dans le pays de destination

Une fois arrivées, enfin, dans le pays de destination, ces femmes ont trop souvent des conditions de logement précaires les exposant aux violences sexuelles. Elles sont exposées au trafic d'êtres humains à Paris et dans la région, avec travaux domestiques forcés et exploitation

SANTÉ DES MIGRANTS (II)

sexuelle. L'étude Parcours a montré que les violences sexuelles subies sur le territoire français par les femmes migrantes multiplient par 4 leur risque d'infection par le VIH. Les femmes africaines vivant en Île-de-France sont nombreuses à avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie (définies comme des rapports sexuels imposés contre leur volonté) : 18 % des femmes non infectées par le VIH et 24 % de celles qui ont été infectées par le VIH après leur arrivée en France ont été victimes de rapports forcés. Si l'on considère uniquement les violences sexuelles subies après leur arrivée en France, il apparaît que le risque pour les femmes africaines de contracter l'infection par le VIH est fortement augmenté par les violences sexuelles : en effet, 15,1 % des femmes qui ont été infectées par le VIH après leur arrivée en France ont subi des violences sexuelles en France (contre 3,5 % chez les femmes non infectées). Les violences sexuelles subies en France sont 4 fois plus fréquentes chez les femmes qui ont contracté le VIH après la migration, apportant un argument fort en faveur du rôle causal des violences sexuelles dans l'acquisition de l'infection.⁵ Les conditions de vie (situation administrative de séjour, mode de logement) impactent sur la survenue de violences sexuelles. L'insécurité administrative vis-à-vis du séjour (pas de titre de séjour établi ou de très courte durée), l'instabilité du logement et la situation d'hébergement par des proches exposent aux violences sexuelles de façon directe (quel que soit le type de relations) et indirecte (lorsque la précarité s'accompagne de relations multiples, occasionnelles, parfois transactionnelles, c'est-à-dire acceptées contre de l'argent, un hébergement, des aides).⁵

Alors comment dépister les violences sexuelles chez ces femmes ?

Les déplacements fréquents de ces femmes sur tout le territoire français, les problématiques liées à leur subsistance et aux démarches administratives, ainsi que le système politique et la discrimination ou la mauvaise connaissance de leurs droits et la limitation de l'offre de soins sont autant d'obstacles à leur prise en charge. Par ailleurs, les violences sexuelles sont un sujet tabou, et ces femmes, préoccupées par toutes leurs autres problématiques, consultent souvent pour un problème aigu, lorsqu'elles décident de voir un médecin.

En tant que professionnels de santé, nous avons un rôle de dépistage et d'action quand nous voyons des femmes migrantes en consultation. La formation des professionnels de santé reste largement insuffisante⁶ et doit être améliorée. Comprendre le parcours de vie des patientes permet de réfléchir dans un second temps à une prise en charge adaptée et « sur mesure ». En pratique, c'est l'interrogatoire le plus souvent qui doit permettre ce dépistage. Il peut être long et nécessite un climat de confiance et de confidentialité entre le médecin et la patiente. Raconter son histoire permet aussi de créer du lien entre les deux.

Le médecin doit donc chercher à comprendre les motifs de départ, la route migratoire et enfin la situation en France, pour mieux identifier les femmes à risque et faciliter le dépistage. Comme il n'est pas toujours facile de trouver les bons mots pour aborder ces sujets, nous proposons quelques exemples de ces questions :

« Pourquoi avoir quitté le pays ? Avez-vous été mariée ? Avez-vous choisi votre mari ? À quel âge ? Avez-vous été coupée (excisée) ? Est-ce que vous pensez que cela entraîne des problèmes dans votre quotidien ?

Par quel pays êtes-vous passée pour arriver en France ? Quel moyen de transport avez-vous utilisé ? Étiez-vous seule ou accompagnée ? On sait que ces parcours peuvent être très dangereux : avez-vous subi sur cette route des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ? Avez-vous été emprisonnée ? Êtes-vous passée par le désert (Maroc, Algérie) ?

Depuis votre arrivée en France, où logez-vous ? Vous sentez-vous en sécurité dans ce logement ? Avez-vous déjà eu des rapports sexuels non consentis ou en échange de quelque chose comme un logement ? ».

Au-delà de la nécessité d'une généralisation du dépistage/repérage des personnes exposées ou victimes de violences sexuelles, il faut aussi savoir orienter les femmes et leur proposer un réseau de prise en charge globale multidisciplinaire efficace.

Certains centres de santé ont des structures de soins qui permettent ce suivi avec des psychologues, des gynécologues, des médecins généralistes et parfois des sexologues. Des activités sont organisées autour de la thématique des violences sexuelles comme des groupes de paroles, par exemple. Le réseau associatif permet aussi d'accompagner les patientes et est présent dans de nombreuses régions.

Mais à l'hôpital public, le dépistage et l'accompagnement holistique de ces patientes sont encore trop rares : ils concernent certains services de gynécologie-obstétrique, organisés pour la prise en charge des violences sexuelles ou des mutilations sexuelles féminines, mais sont praticien-dépendants dans la majorité des situations. Par ailleurs, ils ne sont pas étendus à tous les services accueillant ces femmes. Elles ne consultent en effet pas uniquement en gynécologie mais aussi en pédiatrie (mineures non accompagnées et enfants des femmes), en médecine interne et en maladies infectieuses, où elles sont hospitalisées pour des motifs variés (découverte de l'infection par le VIH, suspicion de tuberculose, ou autre infection communautaire). Dans ces zones de santé recevant des femmes migrantes, le dépistage des violences sexuelles doit être systématique, et le personnel soignant formé à cette problématique spécifiquement. Il faut cependant avoir à l'esprit que les psychotraumatismes générés par certains parcours migratoires « barbares » sont tels que les femmes se murent dans une forme de déni souvent inconscient qui rend difficile le repérage de ces violences. C'est paradoxalement souvent plusieurs mois ou années après, une fois que la situation globale s'est un peu améliorée, que le barrage psychique cède et que le traumatisme psychique s'exprime, parfois violemment.

SANTÉ DES MIGRANTS (II)

UN IMPACT AUSSI À LONG TERME

La prise en charge des patientes migrantes victimes de violences sexuelles ne relève pas d'un réseau de soins organisé et généralisé au sein des hôpitaux parisiens. Il existe de grandes lacunes en termes d'information et de formation des médecins et soignants paramédicaux, dans toute la région parisienne. La prévention et la prise en charge des violences sexuelles chez les migrants, femmes et hommes, représentent un large enjeu de santé publique en France.

Au-delà du traumatisme physique immédiat, ces violences ont un impact sur la santé mentale et somatique à long terme de ces femmes (avec le risque infectieux). Nous avons pour devoir d'améliorer l'accueil et le suivi en santé de ces femmes qui sont exposées à chaque étape de leur parcours de vie. ↻

MOTS-CLÉS

femmes migrantes, violences, violences sexuelles.

KEYWORDS

migrant women, violence, sexual violence.

RÉFÉRENCES

1. United Nations, Refugees and migrants. In safety and dignity addressing large movements of refugees and migrants. Rapport de l'Assemblée générale des Nations-Unies, 2016. <https://refugeesmigrants.un.org/2016-secretary-generals-report>
2. United Nations International Children's Emergency Fund. Female genital mutilation/cutting: a global concern. UNICEF, 2016. www.unicef.org ou <https://uni.cf/2Jq7knR>
3. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet* 2010;376:41-8.
4. Miller E, Decker MR, Raj A, Reed E, Marable D, Silverman JG. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Matern Child Health J* 2010;14:910-7.
5. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A; Parcours study group. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health* 2018;3:e16-23.
6. Tantet C, Aupiais C, Bourdon M, et al. Female genital mutilation: an evaluation of the knowledge of French general and specialized travel medicine practitioners. *J Travel Med* 2018;25. doi: 10.1093/jtm/tax090.

RÉSUMÉ VIOLENCES FAITES AUX FEMMES MIGRANTES : MIEUX LES REPÉRER

Aujourd'hui, dans le monde entier, les personnes se déplacent. Les femmes et les filles représentent près de la moitié des 244 millions de migrants. Elles sont parfois amenées à quitter leur pays d'origine pour fuir des violences physiques, psychologiques ou sexuelles et des discriminations liées au genre. Puis la route migratoire et la nouvelle vie en pays d'asile les exposent à des situations de vulnérabilité et elles sont donc à risque d'abus physique, psychologique ou sexuel.

Le risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine est important. Dans les pays d'accueil, les praticiens reçoivent ces femmes pour des motifs de consultation divers. Connaître leur parcours permet de les accompagner et de leur proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins et à leurs demandes. La première étape est le dépistage systématique par les professionnels. Ensuite, la prise en charge pluridisciplinaire est essentielle : acteurs sociaux, psychologues, sexologues, infectiologues, gynécologues, médecins spécialistes de la douleur... Cela implique une formation spécifique des professionnels confrontés à ces populations.

SUMMARY VIOLENCE AGAINST MIGRANT AND REFUGEE WOMEN: HOW TO IDENTIFY THEM

Today, people all over the world are on the move. Women and girls account for nearly half of the 244 million migrants. They are sometimes forced to leave their country of origin to flee physical, psychological or sexual violence and gender discrimination. Then the migratory route and the new life in the country of asylum expose them to situations of vulnerability and they are therefore at risk of physical, psychological or sexual abuse. The risk of HIV infection is high.

Practitioners in host countries receive these women for various reasons in consultation. Knowing their background allows us to support them and offer them care adapted to their needs and requests. The first step is systematic screening by professionals. Secondly, multidisciplinary care is essential: social actors, psychologists, sexologists, infectiologists, gynaecologists, pain specialists, etc. This requires specific training for professionals confronted with these populations.

Infographic showing search results for 'Hypertension'. The central text reads 'Hypertension' with a magnifying glass icon. Below it, '1547 résultats' is displayed. The background is dark blue with circular icons for 'Traitements', 'Prises en charge', and 'Épidémiologie'.



Rendez-vous sur : larevuedupraticien.fr/docdoc