

Nov 2007

direction
Jane Freedman
Jerome Valluy

persécutions des femmes

savoirs,
mobilisations
et protections

éditions du croquant

TERRA

Femmes, soin et parcours d'exil

Grâce au GRAF (Groupe asile femmes), de nouvelles associations s'impliquent dans le combat pour le droit d'asile des femmes victimes de violences spécifiques: mariages forcés, viol, exploitation sexuelle, violences conjugales, mutilations génitales, etc. C'est aussi en tant que femmes que celles qui transgressent ou refusent les lois, normes, contraintes, discriminations qui leur sont imposées, sont persécutées ou craignent de l'être².

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence comme *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, une autre personne, une communauté*. Cette violence entraîne ou présente un risque important de traumatisme, de décès, de dommage moral. La définition de l'OMS comprend aussi bien les violences interpersonnelles que les conflits armés et les comportements suicidaires. Outre la mort, elle englobe des conséquences comme les atteintes psychologiques, les problèmes de carences et de développement qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire³.

-
1. Communication lors du colloque international organisé par le réseau TERRA: « Persécutées des femmes, mobilisations sociales et droit d'asile » (Sorbonne, 14, 15, 16 sept. 2006).
 2. Extraits de l'appel du GRAF *Droit d'asile pour les femmes persécutées en tant que femmes*. Le GRAF travaille notamment avec la Coordination française du droit d'asile (CFDA).
 3. Site Internet de l'OMS: www.who.int/fr

Sans aborder directement la menace ou le risque préconisés par l'OMS, une étude⁴ propose une définition du terme « violences contre les femmes » qui désigne tout acte de violence liée au genre (« sexo-spécifique ») entraînant des *dommages corporels, sexuels ou psychologiques* pour la femme, la jeune fille ou la fillette qui en est victime. Ce type de violence englobe les *actes perpétrés contre une femme parce qu'elle est une femme et les actes dont les femmes sont plus fréquemment victimes que les hommes*. L'expression « violences contre les femmes » désigne notamment les actes suivants :

- les violences perpétrées au sein de la famille ou au foyer (violence domestique, viol conjugal, conditions de vie proches de l'esclavage, mariage forcé, crime dit d'honneur);
- les violences au sein du groupe social (prostitution forcée, travail forcé, excision);
- les violences commises ou approuvées par l'État (par exemple viol par des agents des pouvoirs publics, torture en détention, actes de violence perpétrés par des agents des services de l'immigration);
- les violences commises au cours d'un conflit armé, aussi bien par les forces régulières que par les membres de groupes armés (attaques contre la population civile, composée bien souvent en majorité de femmes et d'enfants, viols et autres violences sexuelles).

Le GRAF a élaboré un document intitulé *Droit d'asile et persécutions visant spécifiquement les femmes*⁵ qui définit des objectifs d'action :

- améliorer l'accès des femmes au droit d'asile: former les agents intervenant dans l'accueil des demandeurs d'asile; offrir un accompagnement médico-psycho-social; attention des instances d'asile à certaines situations rencontrées spécifiquement par les femmes; adapter les structures d'accueil et d'hébergement; prise en compte des persécutions spécifiques par le dispositif « asile à la frontière » ;

4. Marion Boyer, *Les persécutions spécifiques aux femmes ouvrent-elles droit à une protection internationale?*, collection « Synthèses », TERRA Editions, 2004.

5. Disponible sur le site de la CFDA: <http://cfda.rezo.net> - Thèmes de travail - Asile et femmes.

- pour un droit d'asile plus effectif par l'intégration des persécutions spécifiques aux femmes dans le champ d'application de la Convention de Genève: les motifs de persécution; les persécutions fondées sur l'appartenance à un certain groupe social, avec l'application aux femmes de la notion de groupe social telle que définie par le HCR; le défaut de protection de l'État.

C'est un véritable réseau qui se développe à nouveau depuis plus de deux ans, car le GRAF constatait récemment que ce combat et cette problématique étaient déjà portés par les associations dans les années quatre-vingt et surtout au début des années quatre-vingt-dix :

« La constitution de ce réseau [GRAF] vise à se fédérer et à transformer le problème social des persécutions liées à la condition féminine en un problème public, en interpellant les autorités publiques (à commencer par l'OFPRA et la CRR). On retrouve l'idée, dans la constitution de ce groupe, d'un réseau de spécialistes qui, du fait de leur travail de terrain et de leur connaissance du droit d'asile, se réunissent pour réfléchir sur la question des persécutions liées au genre et réclamer des avancées⁶. »

Par rapport à ces violences vécues par les femmes, se reconnaissant et/ou revendiquant l'appartenance à un groupe social, le Comede⁷ commence à approfondir l'analyse de cette problématique de genre, avec une réflexion qui se construit à partir des situations particulières des femmes exilées, principalement demandeuses d'asile.

Les objectifs de travail

Nous essaierons de proposer des réponses à la question suivante: comment une éthique égalitaire du soin et de l'accompagnement s'inscrit dans le parcours d'exil des femmes victimes de

6. Agnès Goubin, « L'accueil associatif des demandeuses d'asile victimes de persécutions spécifiques aux femmes: l'exemple de la Cimade », université Panthéon Sorbonne (Paris), master de science politique, dossier de recherche, 2005.

7. Je remercie chaleureusement les professionnels du Comede pour leur contribution à cette réflexion. Certain(e)s se reconnaîtront plus particulièrement.

violences spécifiques dans le cadre d'une double prise en charge, l'une étant commune à tous les exilés et l'autre étant orientée vers ces violences particulières ?

L'éthique est entendue comme une adhésion à des valeurs, recommandations, principes qui donnent sens à notre action.⁸

- À partir des *parcours d'exil* où les récits et témoignages des femmes seront privilégiés, nous aborderons deux réalités très différentes et très liées.

Nous inscrirons le vécu des violences, parfois répétitives, dans des espaces et territoires différents : au pays d'origine (les violences spécifiques et les autres violences); pendant le trajet et les voyages; en France, notamment avec des hébergeants, conjoints ou amis violents.

Nous commencerons aussi à tracer des perspectives sur leur devenir d'actrices de leur propre reconstruction et de leur propre avenir en développant des résistances et des ressources (sociales, individuelles, politiques, culturelles).

- Comment lier *les souffrances de l'exil, les soins et l'hospitalité* reconnue comme « la mise à la disposition des hôtes accueillis de tout ce qui répond à leurs besoins essentiels⁹ » ?

Nous décrirons et analyserons cet accueil inconditionnel des exilées dans un espace de confiance et de sécurité, où les paroles libres des femmes sont écoutées et reconnues pour retrouver une authentique dignité c'est-à-dire le respect de la personne humaine.

.....
8. Nous nous appuyons sur les travaux de la commission Éthique du Conseil supérieur du travail social cités dans l'ouvrage de Brigitte Bouquet, *Éthique et travail social*, Dunod, 2003, p. 15. L'éthique a une visée (comment doit-on vivre ?); elle est un impératif hypothétique (alors que la morale est catégorique); c'est une philosophie de l'action (un questionnement critique permanent permettant un éclairage de sa pratique); elle est évolutive (elle n'est jamais close, l'incertitude y règne); l'éthique moderne place au centre la subjectivité (association au concept de sujet); elle doit conduire à des considérations sociales et politiques (être humain pour l'autre).

9. Jacques Barou, « Les lieux d'asile sont-ils des lieux d'hospitalité ? » in *L'autre* (revue transculturelle), dossier « Hospitalités », n° 18, vol. 6, n° 3, La pensée sauvage, 2005, p. 367.

La démarche méthodologique

- *Recherche-action*¹⁰ avec les professionnels du Comede et du GRAF sous la forme d'une réflexion-action permanente: entretiens individuels, échanges réguliers sur des situations de femmes, réunions thématiques (Comede et GRAF), problématique abordée dans les réunions de coordination, rapports d'activité et d'observation.
- *Parcours de femmes*: entretiens avec des femmes exilées à partir d'un guide d'entretien ouvert (un entretien en mai); reconstruction de parcours par des professionnels (dossier ONU du Comede sur les victimes de tortures); situations sur dossiers.
- *Violences spécifiques des femmes* signalées dans les relevés de consultations des patients du Comede (outil statistique et épidémiologique interne).
- *Bibliographie* en deux volets: ouvrages et revues sur le droit d'asile, les violences, l'hospitalité et la santé; les pratiques du Comede analysées et théorisées par ses professionnels dans différentes revues.
- *Restitution directe* lors du colloque de septembre: d'une part, les entretiens individuels avec les femmes se poursuivront en juin et juillet; d'autre part, l'observation et l'analyse des dossiers (une cinquantaine) permettront de mieux connaître les situations vécues par les femmes et leurs démarches et orientations réalisées.

Des données sur les femmes au Comede

Nous sommes partis de quelques constats recensés au Comede:

- En 2005¹¹, 27 % des patients accueillis au Comede sont des femmes, avec des variations conséquentes: par exemple, 43 % sont originaires d'Afrique Centrale, 25 % d'Afrique du Nord,

.....
10. L'appellation est ambitieuse mais elle représente un travail régulier et un état d'esprit qui se construisent progressivement au Comede et dans d'autres lieux (GRAF, CFDA...).

11. Comede, *La santé des exilés*, rapport d'activité et d'observation 2005.

24 % d'Europe de l'Est, 21 % d'Afrique de l'Ouest, 12 % d'Asie du Sud¹².

- En ce qui concerne leur état de santé, elles sont plus vulnérables que les hommes puisque sur l'ensemble des patients victimes de psychotraumatismes, 40 % sont des femmes. Sur la période 1999-2004¹³, la surreprésentation des femmes est assez importante puisque 38 % de ces patients souffrant de psychotraumatisme sont des femmes, 58 % sont atteintes d'infection à VIH, 46 % de maladies cardio-vasculaires, 38 % d'hépatite C, 30 % de diabète.
- En 2006, sur presque cinq mois, 99 femmes (sur 750 femmes et sur 2 900 patients hommes et femmes) ont vécu des violences spécifiques. C'est une donnée nouvelle au Comede, et nous ne pouvons pas encore établir de comparaisons véritables. Il faut noter que plus de 38 % des femmes concernées sont originaires de la République Démocratique du Congo (RDC)¹⁴.
- Sur 20 récits d'exilés victimes de tortures (dossier ONU), cinq femmes sur six ont subi des violences spécifiques. Plus largement, en 2005, 24 % des patients victimes de violences et de tortures sont des femmes¹⁵, ce qui correspond presque à leur représentation globale au Comede.

Les violences spécifiques et les résistances vécues par les femmes dans les parcours d'exil

Éléments empiriques sur les parcours d'exil¹⁶

En contact avec les patientes vivant des violences spécifiques et avec leurs différentes appartenances culturelles (par exemple traduites

.....
12. En dessous de 100 patients par région, les proportions sont souvent plus importantes: 48 % des patients d'Afrique Australe (principalement Madagascar) sont des femmes, 43 % d'Asie de l'Est (principalement Chine et Birmanie), 38 % d'Amérique du Nord (Haiti), 29 % d'Asie Centrale (principalement Mongolie et Afghanistan).

13. Comede, *La santé des exilés*, Rapport d'activité et d'observation 2005.

14. Dans la préparation de l'intervention de septembre, nous serons attentifs à la situation de ce pays (voir démarche méthodologique en introduction).

15. Données 2005 du Comede.

16. Ce passage doit beaucoup à une rencontre spécifique avec des professionnels du Comede.

dans la difficulté de rupture avec le groupe ou par l'exclusion communautaire), des professionnels du Comede remarquent que l'appartenance au groupe social des femmes dépend beaucoup du statut attribué aux femmes dans le pays d'origine. Et en même temps, ils soulignent que le refus des femmes est universel, au-delà de tout déterminisme culturel qui pourrait presque justifier cette oppression.

Les violences sexuelles et les viols semblent les actes les plus révélés, avec de lourdes conséquences psychotraumatiques, des maladies graves (VIH), des atteintes à la sexualité et l'intimité, un avenir marqué par un avortement ou une naissance difficilement supportable:

« Les effets de ces viols sont multiples et laissent des séquelles parfois physiques mais toujours psychologiques. Le sida ou autres infections sexuellement transmissibles rappellent sans cesse les blessures premières et perpétuent le travail de destruction. La honte s'abat sur les victimes. Ne reste alors que le silence. Toutes disent se sentir souillées. Beaucoup se vivent comme impures et coupables¹⁷. »

Dans cette continuité, les situations citées spontanément par les professionnels sont les suivantes: viol parfois suivi d'une grossesse (IVG envisagée ou non par rapport aux croyances religieuses), violences conjugales et familiales (exercées par des parents ou des proches), prostitution, mariages forcés, répression contre l'homosexualité. Elles sont souvent cumulées à d'autres persécutions liées au combat politique ou à une appartenance ethnique. Mais il est parfois difficile de distinguer les différents types de violences, afin de faire émerger les violences spécifiques vécues par les femmes.

Les professionnels constatent que certaines femmes arrivent à partir grâce au soutien d'organisations politiques, caritatives, féministes ou religieuses, qui se poursuit avec des associations similaires en France (« des femmes aident d'autres femmes »): elles se retrouvent moins seules et isolées là-bas et ici. Elles seraient plus éduquées et émancipées que d'autres femmes, notamment par une proximité avec des mouvements civiques et politiques qui favorisent

.....
17. Jamila Moussaoui, « Viols de femmes, violence de l'exil », in *L'autre*, op. cit., p. 404.

l'obtention du statut de réfugiée. En France, leurs rapports avec les professionnels sont empreints de liberté de parole et d'égalité, notamment avec les hommes. Cet aspect est important et nous essaierons de vérifier cette hypothèse à travers l'observation des situations (entretiens et dossiers).

Ils constatent aussi que ces violences peuvent se poursuivre en France par des viols et violences sexuelles, la contrainte de prostitution avec des hommes sans scrupule qui les hébergent, « des exploiters de femmes, des proxénètes qui menacent de les expulser d'un logement très provisoire ».

Ils pensent que la protection des enfants – empêcher l'excision de leurs filles en particulier – constitue une des raisons essentielles de leur départ, cumulées parfois aux violences conjugales ou à d'autres violences. Ce point avait été précisément souligné dans le cadre d'une recherche-action sur les femmes victimes de violences conjugales¹⁸:

« Nous soulignons à plusieurs reprises la place prioritaire accordée aux enfants par les femmes en tant que mères : les projets d'insertion professionnelle, les dégâts considérables des violences, les processus d'insertion sociale, semblent surdéterminés par l'extrême importance accordée à l'amour et l'éducation des enfants. »

Des parcours de femmes en exil

« Le voyage de l'exil s'avère pour certains très périlleux : leur route est souvent parsemée d'embûches et leur vulnérabilité est la porte ouverte aux abus. Les menaces prennent différentes formes : viols, prostitution, vols, violences... Et personne n'est épargné, ni les enfants, ni les femmes, ni même les hommes¹⁹. »

Dix-huit ans de violences, fuite en extrême urgence, demande d'asile refusée (J., originaire du Cameroun, 36 ans, entretien en mai 2006).

18. Philip Aidan, Viviane James-Gautier, *L'insertion professionnelle des femmes victimes de violences conjugales*, rapport de recherche-action réalisé par Le Relais de Sénart et AIPI pour l'État et la Ville Nouvelle de Sénart, octobre 2003.

19. J. Moussaoui, *op. cit.* in *L'autre*, p. 401.

À 16 ans, en 1986, au Cameroun, après la disparition de ses parents, puis de sa grand-mère, J. est confiée à une sorte de père adoptif qui doit la soigner suite à un problème sanguin et qui devait la « considérer comme sa fille », avec trois épouses et plusieurs enfants. Les viols et violences physiques sont multiples, répétitifs, permanents de 1986 à 2004 :

« Ma peine a commencé. Il m'interdisait de parler de tous les viols à d'autres personnes, il m'interdisait de rester avec les autres et de sortir, avec des menaces de mort et des bastonnades. Je n'avais pas le droit de chanter. Tout le monde avait peur de lui. J'ai eu cinq enfants (dont des jumeaux) entre 1995 et 1999. Mon appareil génital est touché et j'ai subi une opération. En 2002, on me prend et on m'enlève tous mes enfants comme si je ne pouvais pas m'en occuper. Les violences redoublent : il me jette une marmite d'aliments bouillants, je tombe sur un couteau ; malgré cette blessure et ces grandes brûlures à l'huile chaude, je suis obligée de rester trois jours sans aller à l'hôpital. C'était triste, très triste... »

Un soir, quand il profère très violemment des menaces d'enfermement définitif et de mort, elle s'enfuit, reste dans la brousse pour se protéger, et prend une pirogue collective pour partir le plus loin possible :

« Je pleure beaucoup. Me voyant ainsi dans la pirogue, une dame m'aborde et je lui dis : je n'ai personne, je suis seule, je n'ai pas de famille. D. me répond : je vais t'aider, je suis ta maman, tu vas te battre, je t'emmène chez moi. C'est une rencontre très importante. J'ai quitté le Cameroun le 24 décembre 2004. Je pars au Gabon puis au Nigeria. D. me donne les coordonnées de sa fille, de passage en France. Le formidable soutien de D. et les conseils d'un pasteur m'encouragent à poursuivre ma route. Il y a vraiment des gens bien sur cette terre ! »

La première partie du parcours d'exil dure de décembre 2004 à novembre 2005, soit presque un an : sans papiers, avec un peu d'argent, elle prend le bateau en clandestine de Libreville à Marseille, en passant par Alger, puis le train jusqu'à Paris et Neuilly-Plaisance où elle est accueillie par la fille de D.

Elle rencontre des assistantes sociales et surtout l'AFTAM (Association d'insertion et d'hébergement) pour le soutien social et la domiciliation administrative. Elle écrit son histoire et dépose à l'OFPRA²⁰ une demande d'asile qui lui est refusée par « *manque de preuves* » :

« La production de la preuve se heurte à des obstacles inhérents à la condition même de « persécuté ». Le simple fait de prouver, par des documents, son état civil est parfois impossible pour les réfugiés. Bien souvent en effet [...], ils ont dû quitter précipitamment leur pays, pour échapper à la répression et aux massacres.²¹ »

Elle va déposer un recours à la CRR²², notamment avec l'appui d'un certificat médical rédigé par un médecin du Comede :

« À l'examen, cette patiente présente d'importantes cicatrices caractéristiques de brûlures de l'hémithorax droit (sein), de la face interne du bras droit, ainsi que quelques cicatrices sur la face antérieure des cuisses et des jambes. On constate une cicatrice chirurgicale pelvienne et une cicatrice du tiers supérieur de la cuisse droite compatible avec une séquelle de plaie par un couteau ».

À ce propos (sans entrer dans le débat très contradictoire sur la certification médicale qui n'est pas notre sujet direct), le Comede²³ estime que le certificat destiné à la demande d'asile doit pouvoir être délivré par tout soignant, pourvu qu'il soit accueillant et informé, et qu'il puisse s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire ou un réseau incluant des spécialistes en droit des étrangers. Et lorsqu'on dispose des conditions nécessaires (cadre, temps, interprète professionnel), le certificat peut aider le patient à se sentir reconnu, mais risque de le fixer dans une position de victime qui bloque les possibilités d'évolution, dans l'espoir que les mots du médecin puissent remplacer les siens.

.....

20. OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides.

21. Gérard Noiriel, *Refugiés et sans papiers. La République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle*, collection « Pluriel », Hachette, 1999, p. 201.

22. CRR : Commission des recours des réfugiés.

23. Arnaud Veisse, « Les lésions dangereuses », *Plein Droit* n° 56, GISTI, mars 2003.

J. se retrouve actuellement sans hébergement fixe, entre des amis, la rue et le Samu social. Avec indignation, elle ne comprend pas qu'une association caritative connue ait refusé de lui donner un repas parce qu'elle n'avait pas encore une pièce d'identité. Elle possède une couverture sociale et une carte de séjour très provisoire.

Elle se trouve atteinte d'un psychotraumatisme et souhaite maintenant bénéficier du suivi d'un psychologue. Les conséquences physiologiques et psychologiques des violences sont très lourdes :

« *Je commence à pouvoir parler de tout ce qui m'est arrivé. Mais parfois, j'étouffe. J'ai été reçue à l'hôpital Avicenne [consultation spécifique migrants] et au Comede où j'ai été bien accueillie, sauf pour les conditions d'attente, trop longues. Ma santé peut vite dégénérer : j'ai été malade pendant un mois avec un suivi gynécologique ; j'ai consulté un cardiologue car mon cœur est enflé ; je vais chez l'ophtalmo car mes yeux sont touchés. J'ai beaucoup de problèmes qui demandent des examens approfondis. Et en même temps, je pense beaucoup à mes enfants : sont-ils en vie ? Est-ce digne de quitter ses enfants ?* »

Militantisme féministe, viols par des policiers, suivi psychothérapeutique (S., originaire de la République Démocratique du Congo, 20 ans, larges extraits du récit pour le dossier ONU)

Militante féministe contre les traitements dégradants infligés aux femmes dans son pays, cette jeune étudiante est arrêtée lors d'une manifestation. Emprisonnée en janvier 2005, elle a enduré la torture. Afin de la punir de ce qu'elle appelle un « non-respect de l'ordre public », la police gouvernementale lui fait subir l'intraduisible. Non seulement elle est violée par six policiers, mais ceux-ci se permettent d'introduire des matraques dans son appareil génital. Progressivement, son état de santé se dégrade, ne pouvant plus tenir sur ses jambes, elle est transportée dans un hôpital de Kinshasa. Et alors qu'elle est encore convalescente, ses parents la sortiront clandestinement. Ils la confient alors à une personne qui se charge de la faire voyager.

S. arrive en France en juillet 2005. Elle est dépossédée du passeport (d'emprunt) puis livrée à elle-même. Hébergée chez un

couple de compatriotes, c'est par des connaissances de ces derniers qu'elle entend parler du Comede, où elle est rapidement orientée par le médecin vers la psychologue.

Dès la première rencontre avec celle-ci, elle fait part de ses insomnies, de ses céphalées qui se manifestent à des heures bien précises. Elle commence peu à peu à élaborer ce qu'elle a vécu et à faire le lien entre les manifestations de ses maux de tête et les moments où les différents agresseurs se relayaient pour la violer.

Nous estimons que cette jeune femme va être suivie pendant neuf mois. Cette période est non seulement nécessaire à l'élaboration de ce qu'elle a enduré, mais à l'intégration puis à la digestion de ce qu'elle ne peut pour le moment concevoir: l'idée qu'elle ne portera jamais d'enfant.

Viol à 11 ans par un militaire, fuite en France, statut de réfugiée (K., originaire de la République Démocratique du Congo, 19 ans, larges extraits du récit pour le dossier ONU)

K, orpheline, a été élevée par une communauté religieuse protestante. À l'âge de 11 ans, elle a été violée par un militaire congolais. Elle n'en a parlé à personne jusqu'à ce que, plusieurs années après, elle reconnaisse son agresseur et décide de porter plainte avec l'aide du pasteur de sa communauté. Non seulement la plainte ne lui a pas permis d'obtenir gain de cause mais, après le jugement, elle a subi des menaces de mort de la part du militaire incriminé et de sa hiérarchie. Aidée par le pasteur, elle a pris la fuite et s'est réfugiée en France où elle est arrivée en octobre 2004.

K. a consulté au Comede pour des troubles intermittents du sommeil depuis l'âge de 11 ans (cauchemars où elle revit des scènes de viols), des difficultés relationnelles accompagnées d'un sentiment d'isolement et de honte. Elle confie sa peur de ne pouvoir rencontrer un homme dont elle serait amoureuse. À la suite de la première consultation, outre un bilan de santé qui s'avère normal, une consultation avec une psychologue lui est proposée. Elle a bénéficié de plusieurs entretiens de psychothérapie. Avec la psychothérapie, un traitement anxiolytique a contribué à restaurer son sommeil.

Progressivement, K. est sortie de son isolement et a décidé d'améliorer son français et de suivre des cours d'informatique. Elle a repris contact avec le pasteur congolais qui l'a aidée et lui a adressé des documents importants à joindre à son dossier de demande d'asile.

Par la suite, K a obtenu le statut de réfugiée. Elle a débuté une formation d'aide-soignante. Elle a rencontré un ami mais reste très réservée sur leur relation. Elle a téléphoné récemment à la psychothérapeute pour reprendre contact après deux mois d'interruption de suivi.

Violences spécifiques, traumatismes, demande d'asile, résistances (quelques repères)

VIOLENCES ET PSYCHOTRAUMATISME

Les violences et les souffrances, permanentes et enfin évoquées ou racontées, habitent totalement les récits. Très souvent marquées par des viols caractérisés (« *les femmes paient un lourd tribut aux violences sexuelles, avec des atteintes profondes à la sexualité, l'intimité, la vie privée* »), ces violences sexuelles, physiques et psychologiques provoquent un psychotraumatisme (ou névrose traumatique) qui représente l'affection la plus répandue parmi les nouveaux patients du Comede. Et malgré les progrès thérapeutiques, la découverte du VIH reste un traumatisme majeur, surtout lorsqu'il peut s'agir d'une conséquence des violences subies:

« Celui qui a appris à expulser la douleur psychique va, pour survivre, commencer par s'abandonner aux maux physiques avant d'acquiescer la capacité à penser, à revenir par la parole vers ce qu'il a vécu. Les praticiens du Comede offrent donc les possibilités de recoller les morceaux éparpillés par l'exil et par ce qu'a vécu chacun dans son pays d'origine²⁴. »

Massacré par des violences institutionnelles (armée, police) ou des violences conjugales et familiales, le corps exprime de grandes

.....
24. Isabelle Erangah-Ipendo, « Du sursaut traumatique aux rendez-vous manqués. Entre la vie et la loi », *Maux d'exil* n° 9, Comede, mai 2004.

douleurs, avec des consultations médicales multiples qui ponctuent les journées de certaines patientes dans l'attente, pour J. par exemple, du recours au refus de sa demande d'asile. En creux, il semble que cette reconnaissance médicale donne une légitimité à son existence en France, pendant que les représentations politiques et sociales évoluent vers une double négation :

« Il y a quelques décennies, le corps de l'immigré valait pour sa force de travail et sa maladie en était la négation. Dans la période récente, le corps de l'étranger devenu indésirable avait retrouvé quelque reconnaissance sociale pour autant qu'il était souffrant et menacé. Désormais, l'illégitimité tend à envelopper à la fois l'immigré d'hier et l'étranger d'aujourd'hui, le corps travailleur et le corps malade. On aurait tort de négliger cet ultime retournement.²⁵ »

LE DÉPART ET LA FUITE

Souvent, la fuite est brutale, clandestine, solidaire (aide d'un parent ou d'un ami) et pose très directement la question de la survie. Il semble que les femmes d'Afrique Centrale (RD Congo, Cameroun, Angola, Congo) soient encore plus isolées en France, ce qui accroît leur vulnérabilité et leur précarité :

« L'exil signifie ne pas avoir choisi les conditions d'un départ le plus souvent brutal ; c'est ignorer ce que sont devenus les proches dans la fuite, c'est la souffrance psychologique de n'avoir aucune nouvelle de son conjoint, de ses enfants.²⁶ »

L'ARRIVÉE EN FRANCE ET LES DÉMARCHES INSTITUTIONNELLES

La demande d'asile est possible dans ce pays appréhendé comme un espoir ou une illusion, selon les moments, les situations, les rencontres, les décisions d'asile. Nous n'allons pas entrer dans le détail de tous ces processus, mais la Cimade (entre autres institutions) reste un champ d'action et un observatoire privilégié de ces multiples démarches complexes et compliquées :

25. Didier Fassin, « Le corps de l'étranger », *Maux d'exil* n° 12, Comede, septembre 2005.

26. Arnaud Veisse, « La dignité dans l'accès des étrangers aux soins médicaux : une expérience au Comede », in Charlotte Girard, Stéphanie Henneville-Vauchez (dir.), *La dignité de la personne humaine. Recherche sur un processus de juridicisation*, PUF, Paris, 2005, p. 283.

« Le terme de double discrimination est bel et bien adapté : discrimination en tant que demandeuse d'un asile difficile à obtenir dans le contexte général actuel et discrimination du fait de la reconnaissance non systématique du groupe social comme critère d'octroi. [...] Le profil idéal-typique de ces femmes accueillies à la permanence Femmes [de la Cimade], toutes persécutions liées au genre confondues, est donc le suivant : elles sont vulnérables, traumatisées par les violences subies et par l'exil, elles vivent dans des situations précaires, leur avenir est incertain et du fait de leur statut d'étrangères, elles sont très souvent isolées²⁷. »

LES SOINS AU COMEDE

Même quand tous les autres droits n'existent plus ou que survivent des lambeaux de droits, il reste le droit à la santé qui sera exposé plus loin (3^e partie).

LES RESSOURCES ET LES RÉSISTANCES

Les professionnels du Comede constatent que, malgré leur très grande précarité psychologique, sociale et administrative, ces patientes se comportent davantage en survivantes qu'en victimes passives. Elles s'inscrivent dans une démarche d'insertion, comme en témoigne l'énergie avec laquelle elles tentent d'être reconnues dans leurs droits : droit d'asile, droit au séjour, droit à la santé.

Malgré les souffrances de l'exil, nous sommes souvent surpris par la formidable énergie et les grandes résistances déployées par des femmes, par des hommes aussi bien sûr. Nous avons repéré des raisons de combat et de vie enfin possible en exil²⁸ :

– le combat pour le statut de réfugié représente l'espoir d'une reconnaissance sociale et existentielle presque vitale pour certaines femmes : « On constate combien la reconnaissance du statut de réfugié et du droit au séjour représente le point de départ d'une

27. A. Goubin, « L'accueil associatif des demandeuses d'asile victimes de persécutions spécifiques aux femmes : l'exemple de la Cimade », *op. cit.*

28. Ces raisons, incomplètes et non exhaustives, seront travaillées et développées en d'autres occasions.

- nouvelle vie, d'une dynamique d'intégration qui améliore considérablement l'état de santé²⁹ » ;
- parfois en relation à la fois avec cette bataille et avec l'action militante dans le pays d'origine, un sens à sa vie collective est donné par l'implication dans des associations de soutien aux sans-papiers et/ou dans des organisations féministes ou politiques ;
 - l'intégration des enfants dans la vie scolaire, amicale et sociale (voir le réseau Éducation sans frontières) constitue un terrain favorable pour développer des liens avec les personnes et les réseaux de proximité ;
 - enfin, sans tomber dans le stéréotype féminin, les multiples attentes démontrent que l'apprentissage de ces patientes peut être redoutable et fécond pour la durée des combats, si cette capacité ne se transforme pas en fatalisme ou en résignation.

**Éthique du soin, exil et hospitalité pour les femmes persécutées :
une approche égalitaire et spécifique au Comede ?³⁰**

« La demande de soins recouvre toujours une demande de relation, de réparation et de reconnaissance. C'est la raison pour laquelle la reconnaissance du statut de réfugié a une portée symbolique, et donc thérapeutique, qui dépasse le « seul » bénéfice des droits attachés au statut juridique³¹. »

Les orientations quotidiennes

Au Comede, les professionnels de la santé, du social et de l'accueil doivent faire face à une demande souvent assortie de soins médicopsychologiques, d'accès aux soins, de bilan de santé, de prévention et de conseil médicojuridique de la part des exilés en situation précaire. La capacité d'accueil, d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge.

29. Arnaud Veisse, « Les salles d'attente de l'universel », *Vacarme* n° 17, automne 2001.

30. Ce chapitre doit beaucoup à des entretiens individuels avec trois médecins, une infirmière et une psychothérapeute du Comede.

31. Arnaud Veisse, *La dignité dans l'accès des étrangers aux soins médicaux*, op. cit., p. 283.

Dans un contexte de violence et de vulnérabilité multiple, les intervenants doivent faire preuve d'un grand professionnalisme, associant compétences techniques, repères déontologiques et connaissances juridiques, afin d'élaborer les compromis les moins nocifs, dans une relation d'aide qui suppose que l'aidé(e) reste le sujet de sa demande et l'acteur (trice) principal(e) de son évolution.

Une prise en charge égalitaire/équitable et des interventions spécifiques pour les groupes vulnérables

Par rapport aux femmes victimes de violences spécifiques, les discours des professionnels du Comede affirment les mêmes valeurs d'égalité ou d'équité dans la prise en charge des patientes ou des patients du Centre de santé, tout en appliquant une approche qui intègre les groupes les plus vulnérables.

Dans un premier temps spontané, il est affirmé que l'égalité de traitement des situations représente un principe éthique essentiel. Dans un deuxième temps questionnant, il est reconnu que des priorités de consultations sont actives au Comede, avec des interventions explicitement particulières et différenciées.

Comme nous l'avons déjà constaté, les femmes appartiennent à un des groupes les plus vulnérables d'exilés, avec les patients à suivre³², les mineurs isolés et les personnes âgées : par conséquent, elles s'inscrivent dans une pratique que nous dirions égalitaire avec la reconnaissance de particularités qui peuvent atténuer ce principe.

Mais cette importante évolution est mise en œuvre depuis près de six ans avec une orientation vers l'équité, et non l'égalité qui n'intégrerait pas les différences. Le concept d'équité est avancé par l'équipe des professionnels pour améliorer l'accueil des exilés. Il reste que la relation de soin entre le soignant et le soigné renvoie à une forme d'inégalité et à une offre d'hospitalité :

« Le soignant et le soigné ne sont pas seulement séparés par la vulnérabilité de l'un et par la compétence de l'autre. De manière

32. Patients vulnérables et/ou atteints d'affection grave : ils représentent 51 % des patients du Centre de santé.

plus fondamentale, c'est la relation de soin, dans l'inégalité des positions qu'elle assume, qui engendre les postures du soignant et du soigné. En ce sens, l'instauration d'une chaîne de soin implique déjà la reconnaissance d'une dette envers la fragilité, qu'elle soit d'ordre vital ou d'ordre social, et la nécessité de répondre à cette fragilité. La relation de soin fait entrer le soignant et le soigné dans l'espace commun de l'hospitalité comprise comme processus de transformation de la vie elle-même en ses différents seuils de vulnérabilité³³. »

La reconnaissance de la vulnérabilité sociale et sexuelle des femmes

Il est encore trop tôt pour approfondir la problématique des violences spécifiques et ses résonances dans les pratiques professionnelles du Comede. Il reste que la reconnaissance de la vulnérabilité sociale et sexuelle des femmes est fortement affirmée, notamment à partir des priorités définies par les consultations infirmières, avec l'accueil, l'information et l'orientation vers les consultations des médecins :

- à partir du moment où les violences et tortures sont repérées, qu'elles soient vécues par des hommes ou des femmes, ces patients bénéficient d'une priorité de consultation et de soins pour les professionnels du Comede;
- comme nous l'avons déjà évoqué, les femmes connaissent plus de maladies graves que les hommes (surtout le VIH pour les femmes d'Afrique Centrale³⁴), à rapprocher des violences sexuelles vécues par les femmes dans cette région du monde³⁵;
- les femmes et la maternité: les femmes enceintes sont prioritaires, mais la maternité se pose aussi de manière dramatique ou tragique: enfants laissés au pays d'origine qui peut entraîner le désir d'enfant en France pour les jeunes femmes; conseils pour

33. Guillaume Le Blanc, Frédéric Worms, « Les nouvelles figures du soin » in *Esprit* n° 321, janvier 2006, p. 77.

34. Voir les données du § 1.

35. Voir Les parcours d'exil.

- une IVG; grossesse issue d'un viol avec l'enfant à garder ou non (question de l'influence religieuse); retournement de violences contre l'enfant né d'un viol;
- les femmes isolées: les conditions de survie au quotidien qu'elles doivent affronter maintiennent les femmes exilées isolées dans une situation de dépendance dont abusent certains hébergeants, faute de place dans le dispositif public.

Cette authentique attention aux groupes vulnérables, aux femmes (pour ce qui nous concerne), traduit peut-être le mieux l'hospitalité vécue par les professionnels qui accueillent des exilés :

« La propension à donner à l'œuvre dans cette offre d'hospitalité s'enracine à la fois dans des pratiques sociales – identités et savoir-faire professionnels notamment – et dans des systèmes de valeurs – convictions religieuses, idéologiques et politiques – qui en sont en quelque sorte « les causes efficaces ». La propension à accueillir des réfugiés n'est évidemment pas sans relations avec le fait de s'occuper de personnes en difficulté qui implique aussi bien une expérience de l'altérité qu'un savoir-faire de l'intégration³⁶. »

Soins, éthique et hospitalité: une expression implicite

Les professionnels du Comede évoquent plus volontiers et plus directement la protection et la sécurité des patients, inscrites dans un accueil inconditionnel, que l'éthique et l'hospitalité, concepts certainement trop lourds dans le travail quotidien.

Mais l'observation quotidienne nous fait penser que ces convictions et valeurs sont tellement incorporées et « évidentes » qu'elles sont peu abordées en tant que telles. Elles ne se disent pas ou peu, se pratiquent beaucoup et relèvent de l'expression implicite. Elles imprègnent l'activité de soins auprès des patients exilés et se manifestent dans les actes, les paroles et les gestes des professionnels. Ce chantier réflexif devrait intéresser l'avenir du Comede et nous pouvons commencer à poser la relation d'hospitalité dans une institution comme :

36. Anne Gotman, *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*, collection « Le lien social », PUF, 2001, p. 331.

« Une relation spatialisée entre deux protagonistes, celui qui reçoit et celui qui est reçu, mais elle n'est pas que cela. Elle implique la relation entre un ou plusieurs hôtes et une organisation. Celui qui reçoit est en effet une personne elle-même intégrée dans un système [...] institutionnel. L'hospitalité pose ainsi la question de l'entrée dans l'organisé, de l'insertion dans un mode de fonctionnement existant³⁷. »

Conclusion

Finalement, le Comede oscille en permanence entre le couple juridico-administratif composé principalement du demandeur d'asile/réfugié et l'association entre la réalité essentielle de l'exil et l'éthique de l'hospitalité. Nous pouvons avancer que ces quatre dimensions sont omniprésentes dans l'institution, mais que d'incessants mouvements appellent des liens, des engagements, des passerelles, des tensions ou des difficultés entre ces différentes réalités étroitement mêlées. Et nous estimons que le respect relie toutes ces pratiques, valeurs et approches attachées au soin des exilés :

« Si la relation au soin est à ce point une relation éthique, n'est-ce pas le concept de respect comme enjeu ultime de la relation éthique qui doit être relié, d'une manière ou d'une autre, à une analyse du soin ? [...] Le privilège accordé au soin redéfinit en effet les contours d'une éthique de la sollicitude comprise comme alternative à la norme désincarnée et impartiale de la justice³⁸. »

Nous concluons par une belle réflexion de Jacques Derrida³⁹ sur l'hospitalité et les étrangers qui laisse de véritables ouvertures philosophiques et politiques :

« La question de l'hospitalité commence là : devons-nous demander à l'étranger de nous comprendre, de parler notre langue, à tous les sens du terme dans toutes ses extensions possibles, avant et

37. Anne Gotman, *Le sens de l'hospitalité*, op. cit., p. 171.

38. Guillaume Le Blanc, Frédéric Worms, *Les nouvelles figures du soin*, op. cit.

39. Jacques Derrida, avec Anne Dufourmantel, *De l'hospitalité*, Calmann-Lévy, 1997, p. 21.

afin de pouvoir l'accueillir chez nous ? S'il parlait déjà notre langue, avec ce que tout cela implique, si nous partageons déjà tout ce qui se partage avec une langue, l'étranger serait-il encore un « étranger » et pourrait-on parler à son sujet d'asile et d'hospitalité ? »

PHILIP AÏDAN, Comede

Bibliographie

- L'autre*, dossier « Hospitalités », n° 18, vol. 6, n° 3, La pensée sauvage, 2005.
- Philip Aïdan, Viviane James-Gautier, *L'insertion professionnelle des femmes victimes de violences conjugales*, recherche-action réalisée par Le Relais de Sénart et AÏPI, 2003.
- Jacques Barou, « Les lieux d'asile sont-ils des lieux d'hospitalité ? » in *L'autre* n° 18.
- Guillaume Le Blanc, Frédéric Worms, « Les nouvelles figures du soin » in *Esprit* n° 321, janvier 2006.
- Brigitte Bouquet, *Éthique et travail social. Une recherche du sens*, Dunod, 2003.
- Marion Boyer, *Les persécutions spécifiques aux femmes ouvrent-elles droit à une protection internationale ?*, collection « Synthèses », TERRA Éditions, 2004.
- Comede, « La santé des exilés ». Rapport d'activité et d'observation 2005.
- Jacques Derrida, avec Anne Dufourmantel, *De l'hospitalité*, Calmann-Lévy, 1997.
- Isabelle Erangah-Ipendo, « Du sursaut traumatique aux rendez-vous manqués. Entre la vie et la loi », *Maux d'exil* n° 9, Comede, mai 2004.

- Didier Fassin, *Le corps de l'étranger, Maux d'exil* n° 12, Comede, sept. 2005.
- Anne Gotman, *Le sens de l'hospitalité*, collection « Le lien social », PUF, 2001.
- Agnès Goubin, « L'accueil associatif des demandeuses d'asile victimes de persécutions spécifiques aux femmes: l'exemple de la Cimade », université Panthéon Sorbonne (Paris), master de science politique, dossier de recherche, 2005.
- GRAF, *Droit d'asile pour les femmes persécutées en tant que femmes*.
- Jamila Moussaoui, « Viols de femmes, violence de l'exil », in *L'autre* n° 18.
- Gérard Noiriel, *Réfugiés et sans papiers. La République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle*, collection « Pluriel », Hachette, 1999.
- Arnaud Veisse, « Les salles d'attente de l'universel », *Vacarme* n° 17, automne 2001.
- Arnaud Veisse, « Les lésions dangereuses », *Plein Droit* n° 56, GISTI, mars 2003.
- Arnaud Veisse, « La dignité dans l'accès des étrangers aux soins médicaux: une expérience au Comede », in Charlotte Girard, Stéphanie Hennette-Vauchez (dir.), *La dignité de la personne humaine. Recherche sur un processus de juridicisation*, PUF, Paris, 2005.
- Arnaud Veisse, *La raison médicale et le droit au séjour, problèmes posés aux médecins*. Actes de formation de l'École nationale de santé publique (ENSP). À paraître sur CDrom, 2006.