

Maux d'exil

Billet

Violences d'ailleurs, violences d'ici

Longtemps ignorées, les violences faites aux femmes ont fait l'objet d'une prise de conscience récente dans la société française, mais la situation spécifique des femmes immigrées et réfugiées demeure mal connue. C'est le mérite des articles réunis dans ce dossier que de l'éclairer. Pour beaucoup de ces femmes, le type de violences subies dans leur pays d'origine a conduit à reconsidérer la notion d'asile et la définition même du politique, afin d'y faire entrer les dimensions sexuelles qui les touchent particulièrement à travers le viol, l'excision, le mariage forcé, ou la prostitution organisée.

Mais les violences que ces femmes endurent tiennent aussi à la manière dont elles sont traitées dans leur pays d'accueil par les institutions censées les protéger : non seulement les difficultés de faire reconnaître les diverses formes d'abus sexuels en tant que motif légitime de l'asile tendent à reproduire leur traumatisme initial en y ajoutant le déni, mais, de manière plus générale, les procédures restrictives qui les affectent, notamment dans le cadre du regroupement familial, aboutissent à leur vulnérabilité croissante, par exemple en les plaçant sous la dépendance de leur conjoint.

C'est dire qu'il ne s'agit plus seulement aujourd'hui de déplorer les violences dont elles ont été victimes chez elles, mais de nous interroger sur leur redoublement par les politiques de l'immigration et de l'asile chez nous. Il est d'autant plus important de prendre acte de ce double registre de violences qu'en nous focalisant sur les premières avec une sorte de moralisme culturel par lequel nous condamnons des pratiques dites barbares, nous renforçons les stigmates, les préjugés et les rejets à l'encontre de toutes les populations immigrées, en nous dédouanant à bon compte des secondes, c'est-à-dire de nos responsabilités à l'égard de ces femmes.

Didier Fassin
Président du Comede

DOSSIER : FEMMES ET EXILEES, UNE DOUBLE DISCRIMINATION

Un point
de vue
sociologique

Femmes exilées et violences spécifiques

Philip Aidan,

Sociologue, Directeur adjoint du Comede

et **Darja Djordjevic,**

Étudiante en anthropologie médicale, Université de Harvard, États-Unis



*Five women,
Beans Barton*

Dans la dynamique du Groupe asile femmes (*Graf, voir page 3*), de nouvelles associations et institutions s'impliquent dans le combat pour le droit d'asile des femmes victimes de violences spécifiques liées au genre : viols et violences sexuelles, mariages forcés et séquestrations, excisions et mutilations génitales, violences conjugales et familiales, prostitution et exploitation sexuelle, répression de l'homosexualité, 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'être¹. C'est dans ce contexte que le Comede mène depuis deux ans une recherche-action destinée à améliorer le repérage et la prise en charge des femmes exilées victimes de violences en tant que femmes.

L'observation au Comede

Au Centre de santé du Comede, entre juillet 2006 et juillet 2007, 142 femmes ont été repérées comme ayant vécu une situation de violences spécifiques (ce qui représente 11%

1) *Appel du Graf, Droit d'asile pour les femmes persécutées en tant que femmes*

Un point de vue sociologique

suite

des 1344 femmes et 3% des 4815 patients ayant consulté sur la période), ces données étant probablement sous-estimées dans cette période de démarrage de la recherche. Nous proposons une esquisse d'analyse de ces situations en essayant de concilier des éléments quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les problèmes de méthode soulevés par cette approche².

Nous nous appuyons sur trois sources complémentaires d'observation : les relevés de consultations (outil épidémiologique interne) ; des situations des femmes (examen de 30 dossiers médicaux sur 142, entretiens avec 15 femmes exilées) ; enfin une réflexion-action permanente avec les professionnels du Comede et du Graf.

Violences sexuelles et retentissement psychologique

Parmi les principaux résultats, les viols et violences sexuelles sont décrits dans une grande majorité de situations (76%). C'est un fait massif produit par la domination masculine et l'emprise des pouvoirs d'hommes sur les corps et pensées des femmes. Les violences et les souffrances habitent totalement les récits. Très souvent marquées par des viols caractérisés, ces violences sexuelles, physiques et psychologiques provoquent un psycho-traumatisme (névrose traumatique). Selon une professionnelle du Comede, « *Les femmes paient un lourd tribut aux violences sexuelles, avec des atteintes profondes à la sexualité, l'intimité, la vie privée* ». Les violences sexuelles et les viols semblent les actes les plus révélés, avec des maladies graves (VIH), des atteintes à la

sexualité et l'intimité, un avenir marqué par un avortement ou une naissance difficilement supportable.

Dans la logique de repérage récent de ce type de violences au Comede, les soignants ont une « familiarité » professionnelle, une meilleure connaissance des violences sexuelles que du mariage forcé, des violences conjugales ou de l'excision ; ce qui expliquerait des résultats allant dans un sens univoque. Il reste que c'est la manifestation la plus recherchée par les soignants, la plus visible et peut-être la plus insupportable puisque c'est un acte reconnu comme un crime dans de nombreux pays. Sur un plan plus large, dans la démarche des professionnels et militants favorables à la reconnaissance du droit d'asile pour les femmes victimes de violences spécifiques, les violences sexuelles représentent une part importante de l'argumentaire. Pourtant, ces violences, tout comme la répression de l'homosexualité, sont aussi vécues par les hommes exilés et on pourrait donc interroger ces « particularités générales » dans le cadre d'un travail à venir.

Un autre résultat important est constitué par le cumul des violences sexuelles, physiques et psychologiques. On peut considérer ce constat comme une évidence, puisque des violences sexuelles sont aussi physiques et provoquent des conséquences psychologiques. Mais plus précisément, les violences sexuelles ne sont pas « isolées » et sont souvent exercées avec des violences physiques (coups, tortures) et psychologiques (chantage familial, pressions diverses). Cette accumulation se retrouve aussi dans le champ des violences conjugales exercées par des hommes contre des femmes.

Enfin, et toujours sur un plan quantitatif, on observe la fréquence particulièrement importante des suivis psychothérapeutiques (77% des situations). Cette donnée reflète la logique de la prise en charge des patients victimes de violences et de traumatismes au Comede. Elle est significative de l'attention manifestée pour les patients victimes de psycho-traumatismes qui bénéficient d'un suivi psychologique, ainsi que de la sur-représentation des femmes en psychothérapie (42%, alors que 27% des patients du Comede sont des femmes). On peut émettre l'hypothèse que les violences vécues par les femmes, et notamment les violences sexuelles, entraînent un double mouvement : la demande impérative des patientes et l'incitation insistante des professionnels.

Sur un plan qualitatif, 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.

Engagements et dominations

Face à des coutumes liées à l'excision (surtout explicitée quand des événements précis y font référence, rarement spontanément) et au mariage forcé (voir Guide du Graf), certaines femmes rencontrées défendent un combat militant, commencé au pays d'origine et poursuivi en France. On peut expliquer leur engagement par deux raisons essentielles : leur exil personnel lié à ces faits avec une conscience aigüe de la reconnaissance de ces persécutions ; la protection de leurs filles, et plus largement un combat pour l'avenir libéré des filles et des femmes victimes de cette domination.

A la suite des violences vécues au pays d'origine, l'exil de nombreuses femmes est très marqué par un traumatisme profondément ancré dans l'amour à distance : la séparation d'avec leurs enfants et l'impossibilité de savoir où ils se trouvent. Elles évoquent cette situation avec beaucoup de difficultés et de pudeur, et une grande inquiétude relative à d'éventuelles représailles contre eux. Lorsque les enfants sont présents, leur protection - empêcher l'excision de leurs filles en particulier - constitue une des raisons essentielles de leur départ. Des professionnels constatent aussi 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,

2) Voir aussi Aidan P., *Femmes, soins et parcours d'exil*, in Freedman J., Valluy J., *Persécutions des femmes - savoirs, mobilités, protections*, Ed. du Croquant, 2007

Maux d'exil - Le Comede
Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41
Email : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veisse.

ÉQUIPE DE RÉDACTION DE CE NUMÉRO :
Philip Aidan, Gabrielle Buisson-Touboul, Darja Djordjevic,
Françoise Fleury, Claire Katembwe.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

notamment par une proximité avec des mouvements civiques et politiques qui favorisent l'obtention du statut de réfugiée.

En conclusion, nous pouvons insister sur l'importance de la construction du champ des violences et persécutions spécifiques vécues par les femmes, en reprenant deux points analysés lors du colloque de septembre 2006 : le lien entre ces persécutions et les systèmes de domination sociale liés au genre d'une part, et le lien entre ces persécutions et les phénomènes d'exil d'autre part ; les violences et persécutions liées au genre ne résultent pas de comportements individuels isolés et atypiques, mais reflètent au contraire des structures et des normes sociales profondément inégalitaires. Ces nœuds sociologiques sont porteurs d'interventions professionnelles plus développées, et aussi de combats contre les dominations et les inégalités ■



Le Groupe asile femmes (GRAF) agit pour que soient pleinement reconnues, dans le cadre de la convention de Genève sur les réfugiés, les persécutions à l'encontre des femmes – et notamment les violences spécifiques qu'elles peuvent subir du seul fait d'être femmes – et le fait que fréquemment, leur État ne les protège pas. L'objectif de ce guide pratique est de donner des informations et des outils pour que les femmes demandeuses d'asile puissent connaître leurs droits, les procédures, être actrices de leurs démarches.
Contact :
asilefemmes@club-internet.fr

Pour commander le Guide du GRAF (5€ + 2,50€ de frais d'envoi), s'adresser à la Fasti, 58 rue des Amandiers, 75020 PARIS.

Un point de vue militant

Femmes migrantes : de l'invisibilité à la surexposition

Florence Lacaze

Militante de la Fasti (Fédération des associations de solidarité avec les travailleur-euses Immigré-es), Chargée de mission en secteur associatif

La féminisation des migrations, jusqu'à peu occultée, devient désormais un phénomène incontournable sur lequel institutions, chercheurs et associations se penchent.

L'accès à des statistiques de genre nous permet aujourd'hui de mieux l'appréhender. Ainsi, alors que la demande d'asile sur le territoire français est en baisse constante (38,3% pour les premières demandes), la part des femmes en son sein continue de croître atteignant en 2006 35,8% des demandes. Si l'obtention du statut de réfugiée reste encore difficilement accessible aux femmes, elles ont néanmoins été 43% à l'obtenir contre 53% dans le cadre de la protection subsidiaire, ce chiffre s'élevant à 63% pour les bénéficiaires d'origine africaine¹. Les chiffres de la protection subsidiaire sont cependant encore synonymes d'une lecture de la convention de Genève au prisme du masculin : les refus de la prostitution ou du mariage forcé peinant à être reconnu comme des actes politiques².

Trop souvent, les représentations liées à l'exil des femmes les ont enfermées dans une image de second plan, celle de l'épouse qui migre pour suivre son conjoint. Relativement peu visibles, leur droit d'asile dépendra souvent de l'obtention du statut de réfugié par leur compagnon si elles en ont un ou de la protection de leurs enfants. Trop peu de structures abordent encore la question des violences liées au genre lors de la construction du dossier d'asile, comme si celles-ci gênaient : trop

éloignées de la figure du militant politique, trop proche du quotidien de l'individu qui l'écoute ?

Une pratique de la solidarité face aux violences politiques

Pourtant l'apparition des premiers statuts de réfugiées - liés au refus de l'excision et des mariages forcés au début des années 2000 - ont pu libérer la parole des femmes sur les persécutions spécifiques qui les avaient conduites à l'exil et furent une première étape dans la lente reconnaissance d'une autonomie de droits. Le long travail de mobilisation et de sensibilisation des migrantes, des associations féministes ou du droit d'asile, luttant pour faire reconnaître les droits des femmes exilées commence donc à porter ses fruits³. Collectif d'associations⁴, le Graf vient de publier un guide pratique destiné à informer sur les procédures d'asile liées au genre et à être un outil d'accompagnement dans la construction du dossier d'asile.

Mais dans un contexte de restriction du droit d'asile et d'une nouvelle configuration ministérielle, il est néanmoins nécessaire de s'interroger sur l'accueil et la place faits à ces femmes dans notre société. Je citerai pour exemple le travail entrepris en ce sens, par la Fasti. Basée sur l'expérience de terrain des

1) Rapport d'activité Ofpra 2006

2) Graf, Droit d'asile pour les femmes persécutées en tant que femmes, 2005

3) Brochard L., Gueguen M., Lacaze F., L'appréhension des persécutions visant spécifiquement les femmes dans le milieu associatif : regards croisés sur un Collectif, le Graf, revue Asylon(s)-Terra n°1, 2006

4) Membres actifs : la Cimade, le Comede, la Fasti, Femmes de la Terre et le Rajfire

Discriminations et précarité | suite

permanences locales⁵ d'accueil des femmes dont certaines existent depuis plus de 20 ans, la commission nationale femmes regroupe des militantes de toutes nationalités et de tous statuts, afin de confronter les expériences et les réflexions sur cet accueil spécifique. Elle a pour but de favoriser l'auto-organisation des femmes afin de mobiliser, sensibiliser et informer sur les droits des femmes immigrées. Sur le terrain, notre pratique de l'accompagnement est fondée sur une inscription dans le temps au sein de réseaux associatifs locaux et sur une démarche de solidarité active de femmes aux côtés d'autres femmes. Notre positionnement est clair : nous ne sommes ni des représentant-es des administrations, ni des juristes. Si aujourd'hui notre activité principale est centrée sur les dossiers d'asile, le droit reste un outil de solidarité parmi d'autres tels que le non-jugement, l'humilité, la qualité de l'écoute et des échanges.

Les femmes qui nous sollicitent, à Nantes comme à Valence ou Perpignan, sont confrontées à des situations de multiples violences. Les raisons de leur exil sont principalement liées à leur statut de femmes et aux persécutions qui en ont découlé : mariage forcé, viols, mutilations. La précarité de leur situation en France ne leur permet pas d'être autonomes et encore moins de choisir leur sexualité. Bien souvent elles doivent se soumettre ici à ce qu'elles ont fui là bas et revivent des situations d'oppression conjugale redoublées par la fragilité de leurs statuts, qu'instrumentalisent sans vergogne des conjoints français ou étrangers. Les conditions administratives d'accès au droit d'asile perpétuent ces violences en instituant dans des délais de dépôts de dossiers extrêmement courts la nécessité de détailler le récit des persécutions. Quelle que soit la qualité de notre accompagnement, la parole de l'autre ne nous est pas due et ce qui devrait être un tremplin au travail de réparation des violences, inscrit dans le temps et la confiance, se révèle dans l'urgence des démarches, une nouvelle forme de viol intime. Combien d'entre elles revivant ces violences au travers de leur récit se sentiront ensuite trahies lorsque le refus d'obtention du statut de réfugiée arrivera au prétexte d'histoire peu crédible ? La pratique institutionnelle qui oblige à dévoiler

leur récit devant plusieurs instances le récit mathématique de ces blessures intimes ne peut qu'interroger tant est inégal ce droit à vivre en France. Est ce la réalité du récit ou l'aptitude à se soumettre à ce rituel qui entraîne l'intime conviction des représentant-es de l'État français ? Pour obtenir l'asile, il s'agira pour ces femmes d'apprendre très vite à être des victimes crédibles en se conformant aux codes culturels français : pleurer, manifester sa douleur, regarder le juge dans les yeux (culturellement inconcevable pour certaines femmes étrangères lorsqu'il s'agit d'un homme.)

Une société colonialiste qui ne dit pas son nom

Mais la place accordée aux femmes ayant arraché le droit de rester en France se révèle ensuite fondamentalement inégalitaire. Les luttes et la visibilité récente des violences faites aux femmes dans l'espace public, bien qu'articulés dans le cadre de politiques conservatrices et non d'autonomie des femmes, ont néanmoins sensibilisé les institutions et l'ensemble de la population à l'étendue de cette problématique en France. Cependant dans le cas des femmes migrantes africaines, l'approche institutionnelle, loin de réduire l'écart des droits entre femmes françaises et étrangères, a détourné la question pour stigmatiser un peu plus les migrant-es.

Ainsi en 2006 est instituée sous l'égide du ministère de la Santé, une série de colloques à destination des professionnels du soin et de l'éducation. L'objet, qui est de lutter contre les mutilations sexuelles, apparaît au premier abord parfaitement légitime. C'est sans compter sur l'étrange scénographie mise en place par les organisateur-trices du colloque : propos introductif présentant « des barbares », film montrant une excision pratiquée en direct, témoignage in situ d'une femme excisée, propos d'expert-es servant de caution scientifique évoquent étrangement d'autres épisodes de notre histoire⁶ : les zoos humains⁷ qui au début du siècle dernier exhibaient des populations « indigènes » dans des spectacles ethniques à caractère scientifique. Ici encore le discours raciste s'est déployé dans un cadre scientifique. Plus grave, le message véhiculé : il est du devoir des praticien-es et des enseignant-es de dénoncer toute famille, toute femme qui, parce que venant d'un pays où l'excision est pratiquée, serait susceptible de

perpétrer cet acte en France sur ses enfants. C'est ainsi que face aux 63% de protection subsidiaire accordée à ces femmes, l'État s'organise pour maintenir sous statut provisoire voir remettre en question le statut de réfugiée de certaines et donc se réserver la possibilité d'expulser. Le caractère discriminatoire, stigmatisant, bref la surveillance et l'oppression d'une population particulière est une fois encore légitimée par l'illusoire mission civilisatrice de la France, qui a toujours utilisé pour ce faire l'angle sanitaire.

Il n'y a donc pas de reconnaissance réelle des femmes migrantes en tant que sujets agissants, mais exhibition du corps des femmes africaines dans leur nudité comme au « glorieux temps de l'Empire Français »⁸. Ces colloques ne sont malheureusement qu'un exemple de l'extraordinaire manipulation dont nous sommes victimes au quotidien et qui, sous couvert d'humanisme, cherchent à démontrer une supériorité si ce n'est raciale tout au moins de civilisation. Alors qu'un travail de fond avec les communautés et les individus, basé sur l'échange, la compréhension des codes sociaux et la garantie d'un accès aux droits égalitaire qui fait cruellement défaut aujourd'hui permettrait d'en finir avec ces persécutions, la suspicion et les préjugés dont elles sont l'objet risquent d'amener ces femmes à fuir nos lieux d'accueil, ne nous permettant plus de mener à bien notre action auprès d'elles.

Alors même que des générations de militantes féministes ont lutté contre ce type de représentation culturaliste, que nombre de militant-es anticolonialiste-s se sont élevé-es contre cette image primitive de l'Autre, trop peu de voix se font entendre aujourd'hui pour dénoncer l'instrumentalisation politique des persécutions subies par les exilées et la violence à laquelle nous les assignons, par une politique d'immigration qui n'assure plus depuis bien longtemps la mission de protection à laquelle elle ne cesse pourtant de se référer ■

5) Un réseau de 100 associations dont 60 Asti réparties sur l'ensemble du territoire

6) Lacaze F., *Mutilations sexuelles féminines et droit d'asile : derrière le discours une politique de stigmatisation toujours à l'œuvre*, www.fasti.org

7) Blanchard P. (dir), *Zoos humains, La Découverte*, 2002

8) Paris M., Dorlin E., *Genre, esclavage et racisme : la fabrication de la virilité, Postcolonialisme et Immigration, Contretemps n°16, Textuel*, 2006.

LES SERVICES DU COMEDE

☎ 01 45 21 38 40 🌐 www.comede.org

> MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede.

Abonnement et annulation : merci de nous adresser un mél à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses

> EDITION DU GUIDE COMEDE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS, ET DU LIVRET BILINGUE, DESTINÉ AUX MIGRANTS-ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

> PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour

> PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU-C, AME)

> FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers

> CONSULTATIONS MÉDICO-PSYCHOSOCIALES EN 20 LANGUES

sur rendez-vous du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Centre de santé du Comede, M7 Le Kremlin Bicêtre, Hôpital de Bicêtre, Secteur marron, Pavillon La Force, Porte n°7.

EN 2007, LES ACTIVITES DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- La Direction de la population et des migrations ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Le Groupement régional de santé publique ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Un point de vue sanitaire

La santé des femmes, sans frontières

Richard Beddock

Gynécologue-obstétricien à l'hôpital Foch de Suresnes, Secrétaire général de Gynécologie sans frontières (GSF)

La situation sanitaire des femmes constitue une préoccupation de santé publique dans tous les pays du monde. Chère à nos oreilles de **médecins humanitaires**, la dispense de soins **sans frontières** concerne ainsi autant les femmes dans leurs pays de naissance, que les exilées dans leurs pays d'accueil. Si 75 pays - la plupart en Afrique ¹ - concentrent la majorité des drames de la périnatalité dans le monde, qu'en est-il de la situation spécifique des femmes exilées en France, de leur mode de recours et de leur accès effectif aux soins ? Notre système de soins fait-il face aux besoins de façon adaptée sur les plans qualitatif et quantitatif, alors même que la demande de soins gynécologiques est particulièrement fréquente chez les femmes en situation de précarité ?

Situation sanitaire des femmes dans le monde

Certains indicateurs de santé tels que la mortalité maternelle (décès d'une femme pendant sa grossesse et jusqu'à 6 semaines de son accouchement), la mortalité périnatale (décès d'un enfant à partir de 5 mois de grossesse jusqu'à une semaine de vie) matérialisent cette préoccupation et constituent un bon reflet du niveau de soins d'un pays, mais aussi la préoccupation sociale, culturelle, et politique de celui-ci. Selon le rapport 2005 de l'OMS concernant la santé des femmes :

- 136 millions d'accouchements par an se produisent dans le monde (800 000 en France) ;
- 87 millions de grossesses non désirées, 46 millions d'avortements dont 18 millions sont pratiqués dans de mauvaises conditions, se compliquant de 68 000 décès ;
- 529 000 femmes meurent chaque année du fait de leur grossesse (1% de ces décès surviennent dans les pays « riches ») ;
- 6,6 millions d'enfants décèdent avant l'âge de 5 ans ;
- 4 millions d'enfants meurent dans le premier mois de vie.

La mortalité maternelle constitue un fléau qui a la particularité d'être **stable** (équivalent à deux « tsunami » chaque année...). Les causes de ces décès (hémorragies, infections, complications de l'hypertension artérielle, travail dystocique, avortements non médicalisés) sont **prévisibles** et **évitables** par des moyens simples dans la quasi-totalité des cas. La grossesse constitue un moment clé pour entrer en contact avec les services de soins : c'est l'occasion pour les soignants de lutter contre la malnutrition, sensibiliser à la régulation des naissances, développer une politique de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

Les actions principales de GSF s'inscrivent dans l'objectif des programmes de périnatalité développés par l'OMS : systématiser la présence d'une professionnelle lors de l'accouchement par la mise en place de structures dispensant les soins obstétricaux de proximité avec possibilité d'adresser dans une structure médicalisée de référence en cas de besoin. Le concept de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile souligne le continuum entre la prise en charge du déroulement de la grossesse et le suivi pédiatrique.

La médecine fœtale comme on la dispense en

1) OMS (Organisation mondiale de la santé), Rapport 2005

Un point de vue sanitaire

suite

France - diagnostic de maladies fœtales avec prise en charge de la grossesse allant de la possibilité d'interruption médicale dans une structure permettant la dispense de soins néonataux adaptés - n'existe pas dans la plupart des pays. Pour autant, un acte de diagnostic anténatal est régulièrement dispensé : le diagnostic du sexe fœtal. Fréquente en Chine et en Inde, la pratique des foeticides sélectifs chez les fœtus de sexe féminin doit être dénoncée avec la plus grande fermeté. De tels crimes sont rendus possible par des technologies médicales totalement dévoyées de leur objectif initial (et bien souvent défailtantes) : échographie et caryotype fœtal par prélèvement de placenta. La mise à disposition récente d'un kit de dépistage biologique du sexe fœtal ne va probablement pas améliorer les choses. Plus largement, les violences sexuelles faites aux femmes et les mariages forcés représentent un problème majeur qui s'illustre par des grossesses non désirées et des drames de l'avortement non médicalisé (130 millions de femmes sont victimes de mutilations sexuelles chaque année dans le monde et 60 000 en France). La contraception contrainte est également une situation classique : on découvre ainsi régulièrement dans le cadre d'un bilan de douleurs pelviennes la présence d'un stérilet chez des Chinoises exilées qui en ignoraient la présence...

Les programmes de périnatalité préconisés par l'OMS nécessitent un financement pérenne qui sera idéalement assuré par la collectivité et

garanti par l'Etat, permettant un accès aux soins de tous et un maintien de la qualité reposant sur un personnel soignant compétent et motivé. Ce que l'on décrit ici ressemble fort à un système de santé avec sécurité sociale « à la française », que bon nombre d'observateurs internationaux considèrent comme un système particulièrement recommandable.

Situation sanitaire des femmes en France

En France, la dispense de soins pour les femmes enceintes est gratuite et théoriquement accessible à toutes. Pour autant, les difficultés d'accès aux soins des femmes en situation de précarité sociale, en particulier les femmes exilées², représentent un problème important de santé publique. Le suivi obstétrical de ces femmes est marqué par une sur-morbidité concernant les accouchements prématurés, retards de croissance intra-utérin, et morts fœtales in utero³. Si les structures de soins existent (services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux publics, centres de Protection maternelle et infantile), les obstacles demeurent : méconnaissance des dispositifs et des besoins de suivi préventif, difficultés sociales et administratives prédominantes. Les actions d'information et de soutien aux femmes exilées restent à développer pour éviter que ne se reproduisent des drames tels que celui vécu par cette femme cap-verdienne : après avoir réalisé « en libéral » et payé son échographie de début de grossesse, elle a cessé toute surveillance avant de revenir en urgence pour donner naissance à 7 mois de grossesse à un enfant présentant un retard de croissance sévère.

Au delà de la demande fréquente de soins gynécologiques courants, de nombreuses femmes exilées posent les problèmes de prise en charge des violences sexuelles dont elles sont victimes, de prévention des IST et d'accès à la contraception, le plus souvent « dans l'urgence » et en l'absence de soins de prévention. Dans ce contexte, elles restent très souvent exclues des soins de prévention cancérologiques fondamentaux en gynécologie : frottis cervico vaginal pour le cancer du col (3400 nouveaux cas par an et 900 décès, plus fréquent chez les femmes en situation socio-économique précaire⁴) ; mammographies pour le cancer du sein (1 femme sur 10, premier cancer féminin) ; et depuis peu le vaccin contre l'*Human*

papillomavirus responsable du cancer du col de l'utérus. Face à la nécessité de faciliter l'accès aux structures de prévention et de soins de gynécologie, il est primordial d'évaluer les besoins et d'optimiser les passerelles d'accès aux soins (délocaliser la dispense de soins, ouvrir des consultations d'information au sein d'associations relais...), en renforçant l'action des intervenants « de terrain » qui agissent souvent dans des conditions difficiles et dont on ne peut que louer le dévouement.

La prise en charge des Mutilations sexuelles féminines (MSF) en France a été prise en compte dans le récent plan *Violences et santé* initié par le ministère de la Santé. GSF a été sollicité pour organiser en collaboration avec les DRASS plusieurs colloques d'information en France destinés à diffuser les connaissances et former les différents acteurs concernés (médecins, sage-femmes, infirmières, travailleurs sociaux éducateurs et associations). Deux mille personnes ont ainsi été sensibilisées à ce problème qui met en jeu de multiples déterminants (médicaux, juridiques, sexuels, culturels, religieux, socio-éducatifs). L'investissement de GSF dans ces actions d'information et de formation se poursuit sous la forme d'une inclusion dans les modules d'enseignement d'une formation aux MSF⁵ ; de formation de comités de pilotages régionaux ; ou encore de sensibilisation aux spécificités de la prise en charge médico-psycho-sociale des migrantes/étrangères.

Si les structures compétentes d'accueil et de soins existent, elles restent souvent méconnues, en particulier pour le suivi des grossesses. La dispense de soins gynécologiques ne concerne que des situations d'urgence, sans délivrance de soins de prévention. La place des pouvoirs publics est fondamentale pour mener des enquêtes d'évaluation des besoins et des programmes, supporter et coordonner l'action des différents intervenants. Les comités de pilotages régionaux dérivés des colloques consacrés aux MSF (Normandie, Nord) constituent un bel exemple de cette coopération ancrée sur le terrain ■

2) *Médecins du monde, Rapport 2005 de l'observatoire de l'accès aux soins*

3) *Gayral-Taminh et col., Journal Gynécologie, Obstétrique, Biologie de la Reproduction, février 2005*

4) *InVS, Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus, janvier 2007*

5) *GSF, Ouvrage collectif, Le praticien face aux MSF, à paraître*



Pour contacter GSF :
Faculté de Médecine de Nantes
1 rue Gaston Veil, BP 53508
44053 Nantes cedex 1
Tel / Fax 02 40 41 29 92
www.gynsf.org

Un point
de vue
historique

Femmes, exils et droit d'asile

Claudie Lesselier

Enseignante, Membre du Rajfire (Réseau pour l'autonomie des femmes immigrées et réfugiées)

Si les femmes ne peuvent être ignorées aujourd'hui parmi les exilés, demandeurs d'asile ou réfugiés, cela n'a pas toujours été le cas ; leur existence même, les spécificités de leurs parcours et dans certains cas des motifs et des formes des persécutions qui ont pu les contraindre à l'exil, sont apparues progressivement, comme le montre l'exemple de la France depuis les années 1970.



Ces changements se sont opérés dans le contexte produit par l'essor des mouvements féministes, les mobilisations associatives autour du droit d'asile et les profondes transformations que connaît le phénomène de l'exil au cours de ces décennies. Les collectifs et associations formés par certaines femmes exilées et les mouvements de solidarité qui se sont organisés avec elles ont été un espace où des questionnements sur la persécution, l'exil, l'asile, prenant en compte l'expérience des femmes et la dimension de genre, ont pu émerger.

Dans les années 70 et au début des années 80 des exilées, en particulier latino-américaines et iraniennes, impulsent des collectifs autonomes de femmes, qui cherchent à articuler engagement politique vis à vis de leur pays d'origine et réflexion sur leur situation de femmes, comme le Collectif des femmes chiliennes, le

Cercle des femmes brésiennes, l'association de femmes iraniennes L'Eveil et bien d'autres encore. Pour beaucoup de ces femmes c'est dans l'exil que les questions de l'oppression et des luttes des femmes – alors négligées par les mouvements de gauche ou d'extrême gauche dont elles étaient très souvent militantes – ont pu être posées. Cette action bénéficie de facteurs favorables car elle fait sens dans le contexte français et international et ces femmes, issues de milieux militants ou de la classe moyenne, disposent de certaines ressources culturelles. Ainsi parmi les exilées d'Amérique du Sud, des femmes (Ana Vasquez, Angela Xavier de Brito, Carmen Castillo, Ana Maria Araujo...) écrivent sur le processus de l'exil en y incluant une perspective de genre¹. Pour les Iraniennes de la gauche laïque aussi, l'exil a favorisé une réflexion critique sur leur parcours politique et un engagement

féministe². A la même époque en revanche les femmes réfugiées du sud-est asiatique, alors même qu'elles avaient vécu des expériences dramatiques, n'ont pas trouvé les mêmes appuis dans les milieux de gauche et féministes.

De nouveaux enjeux

Au cours des années 80, les demandeurs d'asile sont de plus en plus nombreux, d'origines sociales et géographiques diversifiées. Selon l'Ofpra, dont les données sexuées ne sont disponibles que depuis 1991, les femmes constituent alors environ un tiers des demandeurs d'asile. Certaines militantes d'associations actives sur le terrain social entrent en interaction de façon concrète avec des exilées ou des réfugiées et commencent à prendre en compte les spécificités de leur situation. Ainsi une publication de la Cimade en 1983 réunit des témoignages et de courtes études sur divers parcours d'exils de femmes, venant de Haïti, du Zaïre, d'Argentine, du Chili, de Roumanie...³ Avec l'essor des mouvements de femmes immigrées et pour les droits des femmes de l'immigration (auxquels participent d'ailleurs des exilées, turques, guinéennes, marocaines...) se développent les revendications d'autonomie, d'égalité, et une attention portée au rôle des femmes dans les changements sociaux et les processus interculturels. En outre, parmi les migrantes, n'y a t il pas des femmes fuyant des situations de violence et d'oppression sexuées ? Enfin les dynamiques internationales sur le thème des femmes réfugiées qui se manifestent dans cette décennie 80, impulsées par l'ONU, le HCR, des ONG,

1) Vasquez A., Araujo A.M., *Exilés latino américains, la malédiction d'Ulysse, l'Harmattan, 1988 ; Nouvelles de nos exils, 9 latino américaines écrivent, Arcantère, 1986*

2) Beski C., *L'exil au féminin, Res Publica, n°41, mars 2005 ; Beski C., Regard sur l'expérience d'une association de femmes iraniennes en France, Alliance pour la liberté, n°19, 2002*

3) Cimade informations, n° 4, avril 1983, *Sur les routes de l'exil...des femmes*

Un point de vue historique

suite

ont un écho en France. L'expérience de l'Association des femmes réfugiées (1987-1992) se situe précisément au carrefour de ces approches : l'initiative en revient à une association de solidarité, le GAS, qui organise des réunions de femmes réfugiées. Le groupe prend ensuite davantage d'autonomie et se nourrit des échanges entre réfugiées de divers pays (une dizaine de nationalités) et entre elles et des femmes françaises engagées dans des associations ou secteurs professionnels en rapport avec les migrations et l'asile. Il se fixe pour but d'identifier les problèmes spécifiques des femmes réfugiées, de favoriser des solidarités, et revendique le droit d'asile pour les femmes persécutées en tant que femmes.

Persécutées sexuellement et droit d'asile

Cette préoccupation vient en effet dans la décennie 90 sur le devant de la scène. Nous sommes dans le temps où la proportion des personnes reconnues réfugiées se réduit radicalement et où se développent des formes d'asile temporaire et précaires à la discrétion des autorités administratives. Dans le temps aussi où la problématique de la violence contre les femmes devient un enjeu international. En 1991, pour la première fois, la Commission des recours des réfugiés est saisie d'une demande d'asile présentée par une jeune Malienne menacée d'excision, et une campagne de solidarité s'organise autour d'elle, impulsée notamment par une femme médecin du Comede et le Gams. Cette jeune femme se voit refuser le statut de réfugié, mais obtient une carte de séjour à titre humanitaire⁴. L'action sur le terrain juridique devient alors un enjeu central : il s'agit d'argumenter que les femmes persécutées forment un groupe social au sens de la Convention de Genève. C'est un combat juridique mais aussi idéologique et intellectuel puisqu'il s'agit de contester la banalisation des violences contre les femmes et le relativisme culturel, qui voient dans ces oppressions des « traditions » ou des pratiques relevant de la sphère du privé, surtout quand les auteurs de ces persécutées ne sont

pas les autorités étatiques. Les crises politiques en Yougoslavie avec le viol comme arme de guerre et de persécution ethnique, en Algérie avec la violence intégriste contre les femmes, posent elles aussi la question des formes de persécution spécifiques et de leur difficile reconnaissance au titre de l'asile. Des associations de femmes algériennes en France et des mouvements de solidarité se mobilisent activement pour l'accueil des exilées et leur droit à l'asile ou au séjour. Durant ces années, plusieurs initiatives ont lieu – citons une rencontre organisée par la Commission femmes de la Fasti en 1993, des campagnes d'Amnesty international, en 1991 et 1995 notamment, un numéro thématique de la revue de France Terre d'Asile en 2000⁵, mais qui restent cependant ponctuelles et, dans le champ de la lutte pour le droit d'asile, assez marginales.

Les années 2000 voient la poursuite de l'action sur le plan juridique et de l'aide aux demanduses d'asile qui contactent les associations. Des décisions reconnaissant le statut de réfugié en raison de l'appartenance à un groupe social de femmes persécutées sont prises par l'OFPRA et la CRR. La loi de décembre 2003 permet de prendre davantage en compte les persécutées commises par des acteurs non étatiques, mais dans certains cas risque aussi de restreindre le droit d'asile à la protection subsidiaire. Un renouveau de la mobilisation apparaît avec la création du Groupe asile femmes en 2004 et l'implication croissante d'associations agissant dans des champs divers - droits des femmes, droit d'asile, domaines médicaux ou sociaux - ce qui manifeste bien que ce thème des persécutées contre les femmes et du droit d'asile est une problématique carrefour pouvant susciter la convergence de plusieurs approches. Mais ces dynamiques sont encore fragiles ; en outre la part des femmes exilées et réfugiées elles mêmes dans ces combats est réduite, du fait sans doute qu'elles constituent un ensemble d'une très grande hétérogénéité, et qu'elles sont confrontées à de considérables difficultés administratives et matérielles ■

4) CRR, Décision du 18 septembre, n°164078,

Documentation réfugiés, n°187, 20-29 juin 1992

5) Proasile, n°3, Dossier : Femmes réfugiées, juin 2000

■ Espace Santé Droit

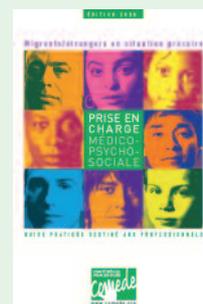
La Cimade et le Comede à Aubervilliers pour la santé des migrants



Face à l'augmentation des besoins en matière d'accès aux soins, d'accès aux droits liés à l'état de santé, de prévention et de lutte contre les discriminations à l'encontre des migrants/étrangers, le Comede et la Cimade développent leur partenariat opérationnel par l'ouverture en commun d'un Espace Santé Droit en Seine-Saint-Denis.

Espace santé droit, Cimade/Comede, 195 avenue Victor Hugo, 93300 Aubervilliers, Tél 01 43 52 69 55

■ Parution du Guide Comede 2008



Réalisé par le Comede avec le concours de la Direction générale de la santé et de l'Inpes, l'édition 2008 du Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (568 pages) succède au Guide 2005 (Prix Prescrire du Livre médical, 40 000 exemplaires diffusés).

Diffusion gratuite sur demande auprès de l'Inpes (voir page 5).

■ Projet labellisé par la Halde



Le projet du Comede de sensibilisation à la lutte contre les discriminations multiples subies par les femmes exilées en France a été labellisé par la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité dans le cadre de 2007 - l'Année européenne de l'égalité des chances pour tous.