

Femmes, violences et VIH : une réalité étouffée



Kambers
"La maison nouvelle"

Femmes, violences et VIH : une réalité étouffée

DIRECTRICE DE PUBLICATION : **Bernadette Rwegera**

AUTRICE DU RAPPORT : **Roukhaya Hassambay**

AVEC LES CONTRIBUTIONS DE :

Annabel Desgrées du Loû, Abdon Goudjo,

Fatem-Zahra Bennis ET **Jessica Cohen**

RÉALISATION DE L'ÉTUDE : **Gaston Boshouwers**

ILLUSTRATIONS : **Jano Dupont**

MISE EN PAGE : **Agnès Hospitalier**

IMPRESSIION : **Imprimerie du Rimon**

PARUTION : **Novembre 2023**

Nous remercions toutes les femmes pour leur confiance, l'équipe d'Ikambere pour son engagement au quotidien et le Dr Claire Tantet pour sa contribution à ce rapport.

Sommaire

Introduction	4
Ikambere, la maison qui relève les femmes	6
Des récits pour partager l'indicible	9
Des réflexions pour agir	35
Bibliographie	58
Méthodologie	60

violences
traumatisme
impacts croisés
exil

accueil

innovation sociale

empowerment

pair aidance

Introduction

En France, 60 % des femmes diagnostiquées séropositives au VIH sont nées à l'étranger¹. Ces femmes cumulent de nombreuses vulnérabilités : situation de précarité, parcours migratoire complexe, isolement — auxquelles s'ajoute l'annonce de leur séropositivité. Tabou en Afrique subsaharienne dont elles sont pour la grande majorité originaires, la découverte de cette maladie est vécue comme une mort prochaine.

L'exposition aux violences est indissociable des parcours de vie des femmes vivant avec le VIH, qui en est à la fois le catalyseur et une conséquence. Ces femmes connaissent des violences multiples, simultanées ou successives, qui sont basées sur le genre, la migration et la stigmatisation du VIH². Elles y sont exposées tout au long d'un parcours qui débute dès l'enfance dans leur pays d'origine, se renforce pendant le parcours migratoire et se poursuit une fois arrivées en Europe. Les violences prennent la forme de violences familiales, économiques ou encore institutionnelles ; mais également de violences physiques, sexuelles ou psychologiques. Ces phénomènes de violences se sont particulièrement intensifiés ces dernières années en raison de politiques migratoires de plus en plus strictes³. Les conséquences de ces violences sont désastreuses sur la qualité de vie, l'image de soi et la santé.

Les femmes représentent aujourd'hui près de la moitié des personnes déplacées dans le monde. Si les liens entre la migration et l'état de santé sont connus, les phénomènes de violences qui sont associés à la migration des femmes restent largement sous-documentés voire invisibles⁴. En effet, les violences basées sur le genre sont souvent une raison de l'exil, et ces violences se réitèrent voire s'amplifient sur le parcours migratoire. Même après la migration, les femmes sont confrontées à des contextes marqués par des insécurités multiples qui les exposent à des violences sexuelles, physiques et psychologiques, rarement documentées et analysées à l'échelle française et européenne.

1 • Santé Publique France. (2022). *Bulletin de santé publique VIH-IST*.

2 • Adam-Vézina, E. (2020), *Parcours migratoires de femmes d'Afrique subsaharienne : les épreuves de la violence*, Revue européenne des migrations internationales, vol. 36(1), 75-94.

3 • Harzoune, M. (2023). *Loi Darmanin, un parfum de déjà-vu*. Hommes & Migrations, 1340, 186-189.

4 • Pannetier, J., Ravalihasy, A., Desgrées du Loû, A. & Lert, F. (2020). *Les violences sexuelles envers les femmes immi-*

Des études récentes ont été réalisées auprès de femmes migrantes pour renforcer la visibilité sur ces enjeux. À titre d'exemple, le Centre Primo Levi a publié en novembre 2022 un rapport intitulé *Femmes exilées, une violence continue*, pour alerter sur la situation des femmes exilées⁵. L'enquête Dsafhir (*Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France*) a quant à elle révélée que les femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Ile-de-France sont particulièrement exposées au fait de subir des violences au cours de leur vie⁶.

De la même façon, Ikambere souhaite contribuer à cette dynamique en mettant en lumière les phénomènes de violences multiples auxquelles les femmes exilées vivant avec le VIH en France font face. Au travers de récits, ce rapport vise à montrer les expériences de violences et de la maladie en tenant compte de leur temporalité, de leur échelle et de leur intensité. Il a également pour objectif de valoriser le combat partagé par toutes ces femmes : celui de vivre en sécurité et dans la dignité.

Transmettre les récits des femmes sur ces violences, c'est lever le voile sur des réalités souvent étouffées. C'est faire un pas en avant vers la prise de conscience autour des violences qui ne relèvent pas d'une interaction particulière entre des personnes, mais qui s'inscrivent dans un enjeu structurel, dans un contexte large d'inégalités de genre et de stigmatisation du VIH, qui en sont les causes et sur lesquelles il faut agir pour assurer la santé, l'autonomie et la dignité des femmes ●

grées d'Afrique subsaharienne après la migration en France. *Population & Sociétés*, 577, 1-4.

5 • Centre Primo Levi (2022). *Femmes exilées, une violence continue*.

6 • Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, et l'équipe Dsafhir (2019). *Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France*. *Enquête Dsafhir*. *Bull. Epidémiol. Hebd.* (17-18):334-41.

Ikambere, la maison qui relève les femmes

Créée en 1997 par Bernadette Rwegera, l'association Ikambere accompagne des femmes en situation de précarité vivant avec une maladie chronique au sein de centres d'accueil de jour situés en Ile-de-France.

Au sein de son centre d'accueil de jour à Saint-Denis, Ikambere accompagne des femmes vivant avec le VIH. Particulièrement concernées par l'épidémie en France, les femmes de l'immigration sont majoritaires et cumulent la triple peine de la précarité, de l'exil et de la maladie.

En 26 ans d'existence, Ikambere a mis en place une méthodologie d'accompagnement global permettant aux femmes vivant avec le VIH et en situation de précarité d'évoluer progressivement vers l'autonomie en apprenant à vivre avec la maladie, en retrouvant confiance en elles et en stabilisant leur situation socioéconomique et administrative.

Chaque année, près de 500 femmes sont accompagnées au sein du centre. La grande majorité d'entre elles sont en situation d'exil. Quasiment toutes ont connu et/ou continuent de subir des violences liées à leur genre, leur statut administratif, leur situation de ressources et/ou leur séropositivité.

Ikambere offre à ces femmes un environnement sécurisant, à l'abri des violences et du jugement, où elles peuvent créer du lien avec d'autres femmes partageant des expériences similaires et créer un sentiment d'appartenance. Cette approche favorise la libération de la parole sur les violences subies et/ou en cours et l'émergence de la pair-aidance, essentielles à la reconstruction personnelle des femmes.

En 2023, Ikambere décide de réaliser une étude pour documenter les phénomènes et les types de violences subies par les femmes qu'elle accompagne, dans leur parcours de vie (enfance, parcours migratoire, insertion en France, etc.). Cette étude porte une attention particulière aux enjeux d'intersectionnalité, qui désigne la manière dont les différentes formes d'oppression comme le racisme, le sexisme, la classe sociale ou encore la sérophobie, s'articulent et se renforcent mutuellement.

L'étude accorde également une importance aux enjeux de santé mentale et de qualité de vie des femmes vivant avec le VIH et notamment leur lien avec la discrimination et la stigmatisation. Elle s'appuie pour cela sur la psychologie sociale, qui se définit comme une discipline qui *"essaye de comprendre et d'expliquer comment les pensées, sentiments et comportements des individus, sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres"*⁷.

Ce rapport vise à transmettre les résultats de cette étude et à diffuser les principaux enseignements tirés des entretiens et analyses menés sur le terrain pour élaborer des pistes d'amélioration de la prise en charge de ces femmes victimes de violences et vivant avec le VIH en France ●

.....
 7 • Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company.

**Des récits
pour partager
l'indicible**

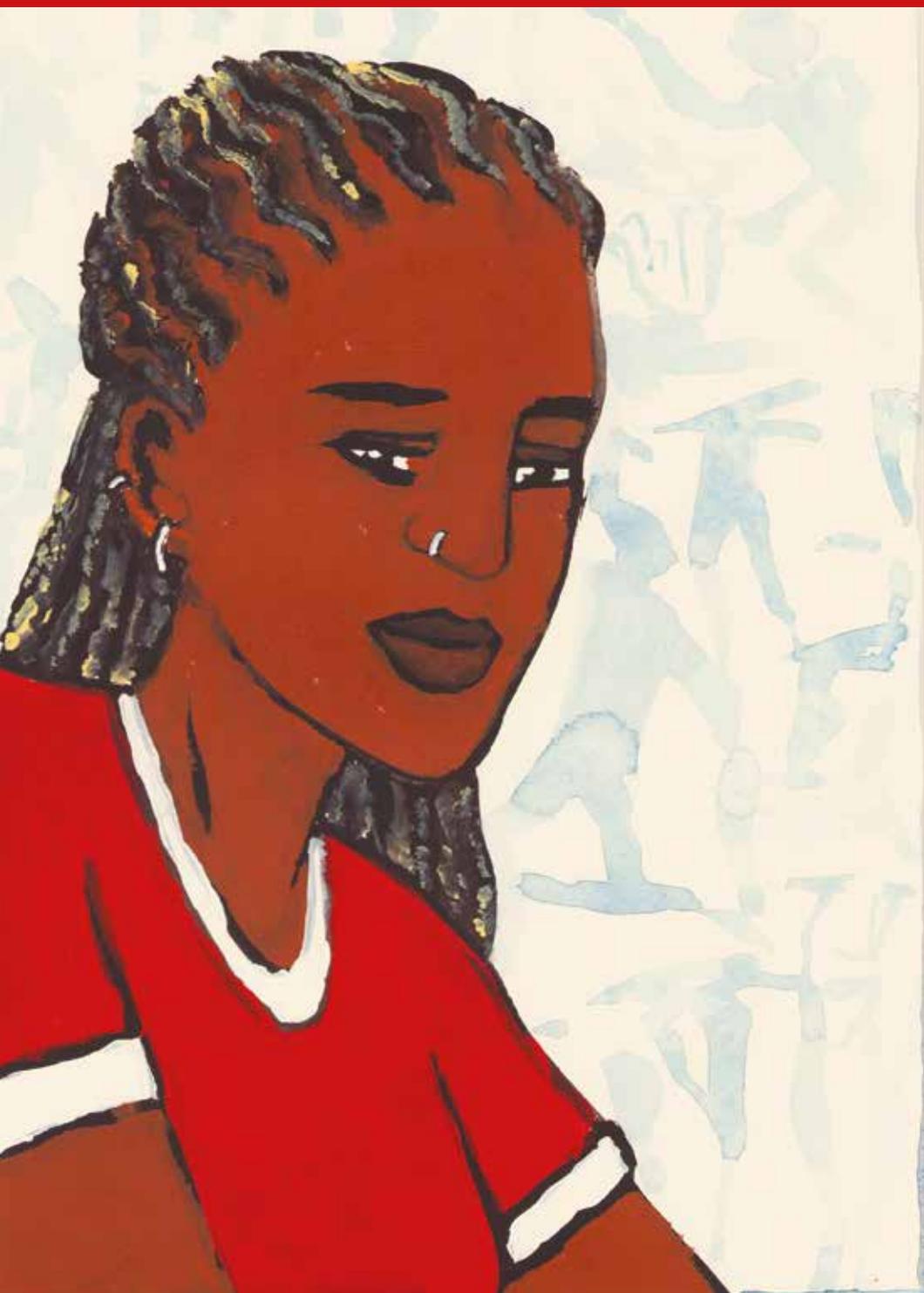
*Awa
Irène*

Hortense Marietou

Fatou

*Clémence
Thérèse*

Mariam



Fatou

42 ans, originaire de Côte d'Ivoire



Fatou s'est mariée à l'âge de 30 ans à l'homme qui lui avait demandé sa main peu après leur première rencontre. Elle l'appréciait et avait confiance en lui. Elle a alors quitté la Côte d'Ivoire pour le rejoindre au Mali.

Après le mariage, elle a découvert une nouvelle facette de lui. Il quittait souvent le domicile jusqu'à tard le soir et rentrait ivre, puis abusait d'elle. Il la battait régulièrement jusqu'au sang. Elle souffrait d'hématomes et de blessures. Il lui arrachait régulièrement les cheveux. Il l'empêchait de sortir de la maison et d'avoir une vie sociale. Suite aux coups, il lui arrivait de s'évanouir, devant sa fille qui était témoin des actes de violences perpétrés par son père sur sa mère.

..... ***“C'est après le mariage que j'ai découvert une autre facette de lui. Il me battait jusqu'au sang. Et en plus, avant et après la grossesse, même devant la petite.”***

Fatou avait développé une aversion totale pour cet homme qui était son mari et, pourtant, il continuait d'abuser d'elle sexuellement. Elle disait qu'à la suite des rapports forcés, elle tombait malade, comme une forme de réaction psychologique à ces viols.

Fatou a vécu ces sévices pendant neuf ans. Elle était régulièrement victime d'insultes et d'humiliations, devant leur fille mais aussi devant les amis de son conjoint. À cela s'ajoutait la violence économique : son mari ne subvenait ni à ses besoins, ni à ceux de leur fille.



Fatou - 42 ans - originaire de Côte d'Ivoire

Fatou s'est résolue à trouver un emploi et a été embauchée dans une usine de recyclage d'ordures. Peu de mois après avoir commencé à travailler, elle ne touchait plus sa paie car son conjoint avait pris contrôle de son compte bancaire. Elle se retrouvait alors régulièrement sans argent, alors qu'elle souhaitait économiser pour s'échapper avec leur fille.

Fatou se sentait totalement impuissante face à ces violences, elle n'avait nulle part où aller et personne à qui se confier. Elle n'arrivait pas à en parler aux membres de sa famille ou à ses proches car cela suscitait en elle un sentiment de honte et d'échec. Mais Fatou continuait à garder espoir, à chercher une solution pour assurer un meilleur avenir pour elle et son enfant.

En 2021, son souhait de quitter le domicile conjugal s'est enfin concrétisé et elle a pris la fuite pour la France avec sa fille. Avec l'aide d'une amie, elle a pu obtenir un visa ce qui lui a permis de venir en avion. C'est lors d'une hospitalisation à son arrivée pour un problème respiratoire que le bilan sanguin a révélé la présence du VIH dans son corps. Ses médecins l'ont alors orientée à Ikambere pour qu'elle puisse être écoutée, soutenue et parler librement de sa maladie dont elle n'avait parlé à personne en dehors des soignants.

Aujourd'hui, Fatou réside à l'hôtel social attribué par le Samu Social de Paris. Sa préoccupation la plus urgente, c'est de régulariser sa situation administrative et de suivre une formation pour s'insérer dans le marché de l'emploi. C'est la seule issue pour assurer son bien-être et celui de sa fille ●

Awa

21 ans, originaire du Cameroun



Awa a été contrainte d'arrêter ses études très jeune, à cause de difficultés financières. Elle a été manipulée jusqu'à la prostitution par sa famille et a dû quitter son village pour se rendre en ville. Elle y a été exposée à des risques de grossesse et de contamination importants car la négociation du port du préservatif n'était pas toujours possible.

À l'âge de 15 ans, elle a mis au monde 'une fille qu'elle a confiée à sa mère, afin de continuer à travailler pour subvenir aux besoins de sa famille. Quelques années plus tard, lors d'un retour au domicile familial pour rendre visite à sa mère qui était souffrante, son père l'a gardée captive et a tenté de l'exciser, puis à la marier de force.

Awa a résisté et pris la fuite pour échapper aux violences et aux difficultés qui s'accumulaient. Elle n'avait que 20 ans lorsqu'elle a décidé de prendre la route de l'exil vers l'Europe.

Suite à un trajet long et épuisant de plusieurs mois, Awa a rejoint la Libye, où elle espérait prendre le bateau pour gagner l'Italie. Mais arrivée au port, elle a été arrêtée par des passeurs et emprisonnée pendant 9 mois.

..... Elle y a été gardée captive en sous-sol, où elle ne pouvait ni se nourrir, ni se laver. *“On me montrait des cadavres tous les jours, alors moi aussi je me préparais à mourir.”*

..... Elle connaissait beaucoup d'hommes et de femmes qui subissaient des viols collectifs et qui mouraient sur place pendant leur captivité.

Awa - 21 ans - originaire du Cameroun

.....
*“Parce qu’étant
au village,
étant chez nous,
on nous disait :
Quand tu as ça
[le VIH], tu meurs.”*
.....

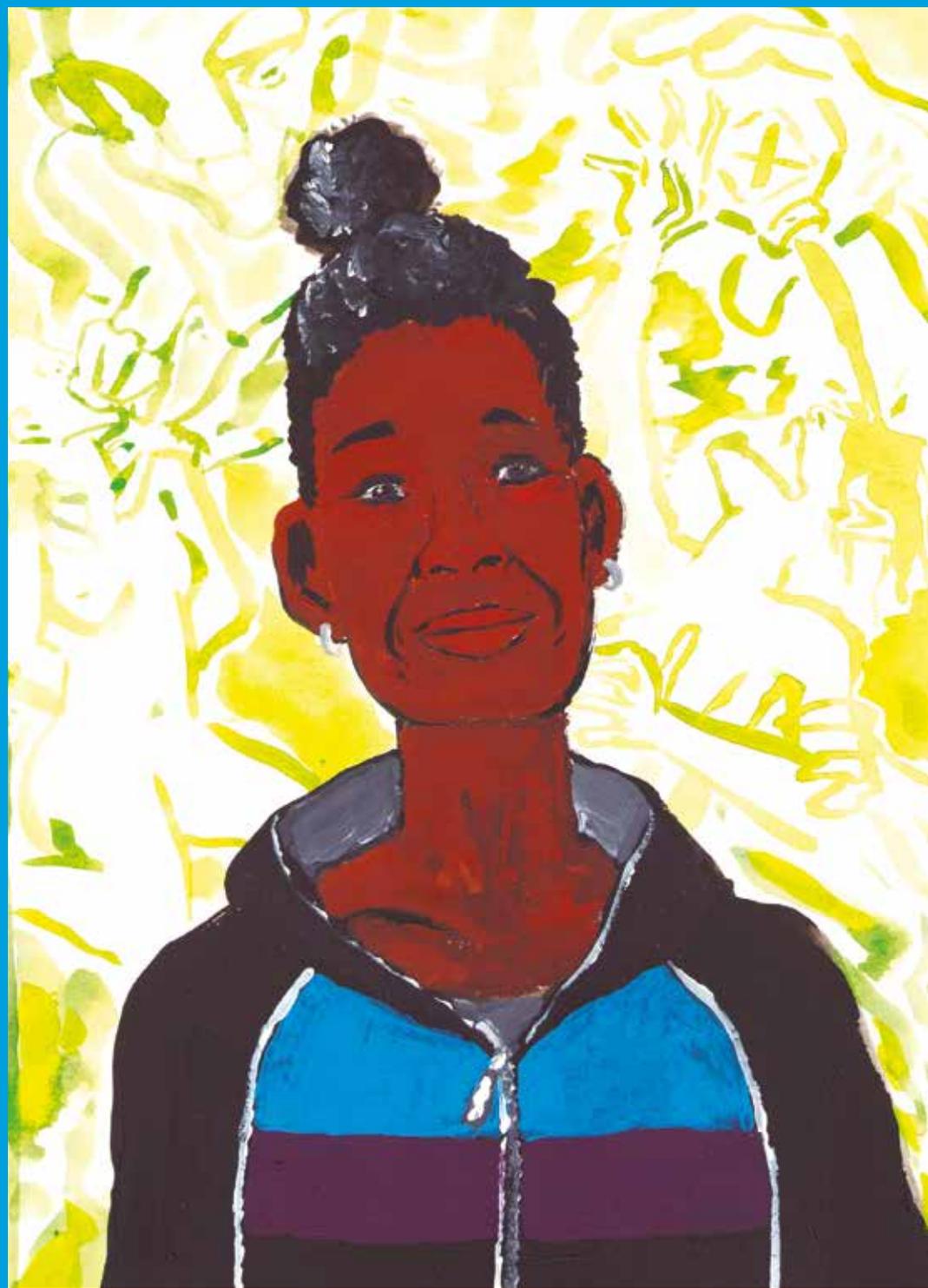
*“On me montrait des cadavres tous les jours,
alors moi aussi je me préparais à mourir.”*

Malgré tout, Awa n'a jamais cessé de garder espoir et a finalement réussi à rejoindre l'Europe en bateau en 2021. Mais à son arrivée en France, une autre nouvelle l'a mise à bout : la découverte de sa séropositivité. Awa a de nouveau été confrontée à l'image de la mort, car ses proches en Afrique l'avaient prévenue que si elle contractait cette maladie, elle en mourrait.

*“Parce qu’étant au village, étant chez nous, on nous disait : Quand tu as ça
[le VIH], tu meurs.”*

Lorsqu'elle a été orientée à Ikambere par son médecin, Awa a été étonnée de rencontrer des femmes âgées vivant en bonne santé avec le VIH. Ces échanges lui ont montré qu'elle aussi pouvait vivre avec la maladie, à condition de respecter ses traitements.

Malgré sa résilience, les souvenirs continuent de traumatiser Awa, de susciter en elle des crises d'angoisses, de l'empêcher de dormir. Comme elle, nombreuses sont les femmes qui souffrent de troubles de stress post-traumatique, accompagnés de flashbacks, de cauchemars, de dépressions sévères à la suite d'emprisonnement en Libye. Elle sait qu'elle a de la chance d'avoir pu fuir cet enfer, mais elle ne peut s'empêcher de penser à ses camarades restés sur place, se demandant s'ils sont toujours en vie, ou s'ils continuent de subir les atrocités ●





Hortense

47 ans, originaire de Côte d'Ivoire



Quand Hortense est arrivée en France à l'âge de 21 ans, elle a d'abord résidé chez son oncle, puis a rapidement emménagé chez l'homme qu'elle a rencontré. Dès le premier soir, elle a subi sa colère et son agressivité verbale. Les premières semaines sont passées, et il a commencé à la battre régulièrement, à lui arracher les cheveux.

Hortense voulait fuir, mais son compagnon la menaçait de dire à la police qu'elle était en situation irrégulière. Il menaçait également de divulguer son statut sérologique à ses proches pour qu'elle se retrouve seule et sans soutien.

.....

“Tu es comme une bonne, et puis il n’y a pas de salaire et puis tu dois tout faire.”

Hortense subissait également la volonté de son compagnon de l'isoler complètement de son entourage. Il lui confisquait son téléphone pour l'empêcher de discuter avec ses proches. Elle était aussi contrainte de porter les vêtements qu'il souhaitait, et était exploitée pour les tâches ménagères.

.....

“Tu es comme une bonne, et puis il n’y a pas de salaire et puis tu dois tout faire.”

Cet isolement était renforcé par le fait que lorsque des amis ou des membres de la famille leur rendaient visite, il montrait une tout autre facette de lui, bienveillant et accueillant. Ce comportement décourageait Hortense de partager son histoire avec ses proches. Elle se sentait très seule et avait complètement perdu confiance en elle. Le fait d'être en précarité, en situation irrégulière et sans ressources l'a maintenue dans cette situation de victime à l'égard de son mari pendant onze ans.

Hortense - 47 ans - originaire de Côte d'Ivoire

.....
“Je n’avais pas les moyens, je n’avais pas de toit. Je n’avais pas de travail. Je n’avais pas de papiers, je ne pouvais rien faire, c’était compliqué.”
.....

“Je n’avais pas les moyens, je n’avais pas de toit. Je n’avais pas de travail. Je n’avais pas de papiers, je ne pouvais rien faire, c’était compliqué.”

Quelques années sont passées et Hortense a obtenu la nationalité française. Malgré cette régularisation, elle a continué de vivre “en enfer”. En 2009, elle a d’ailleurs été hospitalisée car les coups avaient été trop violents.

Elle a déposé une main courante puis, quelques années plus tard, a de nouveau connu des violences extrêmes qui l’ont poussée à porter plainte pour la première fois. Bien que le couple ait été séparé le temps de l’instruction, elle a dû chercher un endroit où se réfugier à la suite du procès car sa seule option était de retourner au domicile conjugal. Elle a entamé des démarches pour se former et trouver un emploi. Elle a suivi une formation d’auxiliaire de vie puis a commencé à travailler dans une maison de retraite. Après quelques années, elle a suivi des modules pour être aide-soignante et a pu obtenir un logement de trois pièces dans lequel elle réside toujours avec sa fille de 25 ans.

Aujourd’hui, Hortense a une santé fragile, ce qui l’a contrainte à arrêter de travailler pendant quelques années. Elle a commencé à fréquenter Ikambere en 2021 et l’association a beaucoup contribué à lui redonner espoir et confiance en elle ●

Irène

28 ans, originaire de Guinée-Bissau



Irène a subi des violences sexuelles dès son plus jeune âge, au sein du cercle familial. Les abus ont d'abord pris la forme d'attouchements par le fils adoptif de son père dès l'âge de 9 ans, puis sont devenus des viols à répétition. Elle subissait ces violences sans pouvoir en parler autour d'elle, car la sexualité était un sujet tabou et elle avait peur que sa parole soit décredibilisée. C'est d'ailleurs ce qui lui est arrivé lorsque l'affaire a éclaté au grand jour.

“Et même si tu décides de te confier qu'un tel t'a fait ça, on ne va pas te croire. Parce que j'ai subi des attouchements depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, quand ça a éclaté personne ne m'a crue. On m'a rejeté la faute dessus et on m'a dit que c'était moi la coupable, alors que c'était moi la victime”

.....

“On m'a dit que c'était moi la coupable, alors que c'était moi la victime”

.....

Irène raconte que l'affaire a été révélée au même moment où elle a découvert sa séropositivité. Tout comme pour les violences, ses proches lui ont reprochée d'être responsable de sa contamination par le VIH. Lorsque son père a eu connaissance de sa maladie, il l'a humiliée, insultée, frappée en public à plusieurs reprises. Ces violences physiques et psychologiques ont eu des répercussions délétères sur sa santé mentale. Elle a même songé à mettre fin à ses jours.

“On se laisse mourir. On meurt de l'intérieur. J'en pouvais plus c'était... Les violences c'étaient constamment, tous les jours, ça ne cessait pas. J'avais même pensé à en finir, à vrai dire. D'en finir avec ma vie comme ça, j'arrête de souffrir pour de bon. Que même jusqu'à qu'aujourd'hui on me voit, on me voit tout le temps sourire, mais c'est une façade. C'est plutôt, c'est un moyen pour moi de montrer au moins que je suis vivante, que je ne suis

Irène - 28 ans - originaire de Guinée-Bissau

..... *pas complètement morte. C'est une carapace que je me suis forgée, pour arrêter de me faire du mal tout court."*

"On se laisse mourir. On meurt de l'intérieur."

..... Aujourd'hui, Irène a besoin de se reconstruire car elle est renfermée sur elle-même. Elle espère pouvoir reprendre des forces petit à petit pour faire face à son passé et construire sa vie en France ●





Mariam

34 ans, originaire du Mali



Mariam a été mariée de force à l'âge de 18 ans par ses tantes. Pour ses aînés, c'était important qu'elle se marie jeune pour assurer une descendance et vivre en sécurité. Elle a passé un mois et demi avec son mari avant que celui-ci quitte le domicile pour trois ans. Mariam a alors vécu avec ses beaux-parents qui subvenaient à ses besoins.

Un jour, elle s'est rendue à l'hôpital en raison d'une fièvre aiguë. Des bilans sanguins ont été effectués et ceux-ci ont révélé la présence du VIH dans son corps. Le médecin a tout de suite reproché à Mariam d'avoir un amant, or elle n'avait connu qu'un seul homme qui était son mari. Le médecin lui a dit qu'elle avait le sida et qu'elle devait aller se faire soigner dans les centres qui s'occupent des patients séropositifs.

Lorsque Mariam a annoncé la nouvelle à son oncle et ses tantes, ceux-ci l'ont rejetée et lui ont demandé de ne pas s'approcher d'eux par peur d'être contaminés. Ils n'ont pas voulu croire que son mari était celui qui avait contaminé Mariam. Les mêmes personnes qui l'avaient mariée de force à cet homme violent lui ont demandé de retourner au domicile de son conjoint.

Mariam a alors passé deux ans où son état de santé s'est beaucoup détérioré. Elle ne prenait pas ses traitements et a même essayé de mettre fin à ses jours. Elle ne mangeait plus et se renfermait sur elle-même à force de subir le rejet de ses proches. Elle n'a d'ailleurs jamais annoncé à ses parents qu'elle était malade, ni à ses frères.

Lorsque son mari est revenu trois ans plus tard, elle lui a annoncé son statut sérologique, et celui-ci a tenté de la violer.

Mariam - 34 ans - originaire du Mali

.....
*“ Il voulait me
forcer à faire
l’amour avec lui
ce soir même.
Moi je me suis
défendue.
J’ai couru.”*
.....

“ Quand je lui ai annoncé ça, tu sais ce que le monsieur a fait ? Il voulait me forcer à faire l’amour avec lui ce soir même. Moi je me suis défendue. J’ai couru, j’ai pris l’escalier, je suis descendue directement, je suis partie vers 3h, 4h du matin comme ça. Depuis ce jour-là, je n’ai pas vu le monsieur, j’ai dit que je ne veux plus de ce mariage-là. Depuis ce jour-là, je n’ai pas, je n’ai même pas embrassé un homme.”

Ce n’est qu’en arrivant en France, grâce au suivi médical et au soutien apporté par Ikambere, que Mariam a recommencé à prendre soin d’elle.

Elle prend désormais ses traitements tous les jours et prend des repas complets à Ikambere. Elle est actuellement logée dans un centre d’hébergement d’urgence et espère régulariser sa situation administrative rapidement pour travailler et devenir autonome financièrement ●

Marietou

41 ans, originaire du Gabon



Pendant son enfance, Marietou ne manquait de rien, elle était aimée et choyée par sa mère et ses grands-parents avec qui elle vivait. À l'âge de 13 ans, elle est tombée amoureuse d'un garçon qui a abusé d'elle. Lui et ses amis l'ont violée à tour de rôle, puis l'ont menacée de divulguer à sa famille qu'elle avait eu des rapports avec chacun d'entre eux. Pour Marietou, c'était une grande souffrance, car elle ne voulait pas décevoir ses aînés et nuire à leur réputation. Ses violeurs ont utilisé cette peur pour lui extorquer de l'argent quotidiennement.

Cette manipulation était insupportable pour Marietou qui a décidé de quitter son lycée alors que les rumeurs pesaient sur elle. Elle a alors commencé à perdre confiance en elle, à perdre goût à la vie. Elle a fugué de son domicile mais a été retrouvée par son oncle qui l'a confiée à son meilleur ami pour la punir d'avoir quitté sa maison. Cet homme, en qui son oncle avait pourtant confiance, l'a mise dans une cellule et l'a violée.

Marietou est ensuite retournée chez elle, et raconte qu'avec le temps, elle a pu se confier à sa mère de ce qu'elle avait subi au lycée. Elle a pris le temps de se reconstruire et a commencé à travailler.

.....
“Et là vraiment j’avais perdu totalement confiance. Donc ça avait créé une certaine paranoïa. J’avais peur des hommes, vraiment.”

Malheureusement, peu de temps après, Marietou a subi un nouveau choc. Le pays traversait une crise économique et Marietou ne pouvait plus payer son loyer. Elle a alors demandé à son beau-père s'il pouvait la loger quelques jours. Il l'a accueillie chez lui et dès le premier soir, il l'a battue, puis l'a violée.

Cette nouvelle attaque sur son intimité lui a fait perdre confiance en elle et en les hommes.

Marietou - 41 ans - originaire du Gabon

.....
“Donc, c’est grâce à l’association Ikambere quelque part que voilà, je me suis sentie en position de force de dire non à d’autres personnes qui voulaient abuser de moi.”
.....

“Et là vraiment j’avais perdu totalement confiance. Donc ça avait créé une certaine paranoïa. J’avais peur des hommes, vraiment. J’étais dégoûtée de tout en fait, j’étais dégoûtée du pays. J’étais dégoûtée de la ville, j’étais dégoûtée de tout.”

Ce rejet des autres l’a poussée à partir et à commencer une nouvelle vie. Aujourd’hui, Marietou est installée en France et ne souhaite plus rentrer dans son pays, même pour un court séjour. Les viols ont brisé sa confiance.

“ Les viols à répétition ont tué mon amour-propre. Je faisais confiance à des hommes qui, à chaque fois, ont abusé de moi. Ce jeune homme au lycée, il était venu me prendre dans ma classe, il m’a fait croire qu’il était amoureux de moi. Il a abusé de moi avec ses copains. Mon beau-père, pareil. L’ami de mon oncle, pareil. Et j’ai compris. C’est parce que je faisais confiance aux gens.

Lorsque Marietou est arrivée en France, la précarité l’a exposée à d’autres abus de confiance, notamment de la part d’un client dans un restaurant qui a tenté de l’exploiter sexuellement pour de l’argent, avec la complicité de son employeur. De la même façon, la découverte de la maladie a suscité en elle un sentiment de honte énorme. Le VIH est un secret qu’elle tente de cacher à son entourage, car elle sait que le rejet peut être d’une violence inouïe. Les seules personnes à qui Marietou peut se confier, ce sont les membres des associations et les professionnels de santé. Ils l’ont écoutée et lui ont redonné confiance en elle pour s’affirmer et s’émanciper.

“Donc, c’est grâce à l’association Ikambere quelque part que voilà, je me suis sentie en position de force de dire non à d’autres personnes qui voulaient abuser de moi ” ●





Thérèse

56 ans, originaire du Sénégal



Thérèse vivait une vie stable en couple avec son mari au Sénégal. Elle avait l'habitude de donner régulièrement son sang car les hôpitaux étaient constamment en demande. Un jour, lors de son quatorzième don de sang, le laboratoire lui a demandé de revenir pour refaire une analyse. C'est alors que les résultats ont confirmé sa séropositivité.

Thérèse était sous le choc. Elle ne savait pas comment s'y prendre pour l'annoncer à son mari et le soupçonnait d'être celui qui l'avait contaminée. Elle a alors décidé de garder son sang-froid pendant plusieurs semaines, puis a proposé à son mari de venir faire un don de sang avec elle. Il n'a pas voulu mais elle a insisté. Le lendemain du prélèvement, à la veille de la réception des résultats, son mari lui a dit qu'il devait voyager pour 2 semaines. Elle ne l'a plus jamais revu malgré quelques brèves interactions au téléphone.

.....
“... J'étais même dépressive parce que c'était une maladie dont je ne pouvais pas parler à ma famille.”

Thérèse a ressenti une déception immense, un sentiment de trahison de la part de celui avec lequel elle partageait sa vie depuis 5 ans. Elle a quitté son pays 6 ans après son diagnostic pour se soigner car elle ne supportait plus de vivre dans le secret dans son pays.

À son arrivée en France, Thérèse souffrait de dépression. Le psychologue et le médecin de l'hôpital lui ont alors proposé d'aller à Ikambere.

“ Bon je suis venue là [en France], j'étais un peu stressée. J'étais même dépressive parce que c'était une maladie dont je ne pouvais pas parler à ma famille. ”

Thérèse - 56 ans - originaire du Sénégal

Sur les conseils de son médecin, elle a franchi les portes d'Ikambere.

À Ikambere, elle était étonnée de rencontrer des femmes qui, comme elles, vivaient avec la maladie. Dès le premier jour, on lui a proposé de partager un repas à la cafétéria, où elle a entendu des femmes parler librement de leur sexualité et de leurs parcours de vie. Cela l'a motivée à participer aux différentes

.....

*“À Ikambere,
j’ai retrouvé
le sourire.*

*On participe aux
différentes activités,
on parle entre nous.
Le fait de parler
de la maladie,
ça libère”*

.....

activités, que ce soit le sport, la danse-thérapie ou les ateliers d'éducation thérapeutique qui lui ont permis de mieux comprendre sa maladie et de mieux respecter ses traitements. Thérèse a trouvé à Ikambere une famille à qui se confier sur son passé et son vécu de la maladie, lui permettant ainsi de retrouver la santé.

“À Ikambere, j’ai retrouvé le sourire. On participe aux différentes activités, on parle entre nous. Le fait de parler de la maladie, ça libère. On partage nos expériences, ça soulage. Depuis que j’ai commencé à venir à Ikambere vraiment, Dieu merci, Dieu merci, j’ai plus de stress, j’ai plus de problème.” •

Clémence

64 ans, originaire de Côte d'Ivoire



Clémence s'est mariée à l'homme qu'elle aimait dans son pays d'origine. Mais peu de temps après leurs noces, son mari a commencé à la violenter.

Les violences faisaient partie du quotidien de Clémence et de ses enfants. Il les frappait avec des chaises qu'il cassait sur eux. Quand Clémence intervenait pour protéger ses enfants, il l'étranglait. Parfois, elle en devenait aphone pendant plusieurs jours. Une fois, Clémence s'est enfermée dans une pièce avec ses enfants pour se protéger des coups, mais son mari a appelé un menuisier pour casser la porte afin qu'il puisse continuer à les battre. Clémence pensait qu'elle et ses enfants allaient mourir sous les coups de son mari. À l'accouchement de son dernier enfant, son mari ne l'a pas accompagnée à l'hôpital et en a profité pour amener une autre femme à la maison.

Elle était très isolée, elle n'avait personne à qui se confier. Son entourage pensait qu'elle était bien portante, et que les enfants étaient heureux car leur père était diplomate. Clémence a porté plainte à plusieurs reprises pour violences physiques, mais à cause de la fonction de son mari, les officiers refusaient de transcrire ses propos. Clémence a alors perdu confiance en la justice de son pays qui n'était pas en mesure de la protéger.

Lorsqu'elle est arrivée en France en 2007 pour suivre son mari qui y a été muté en raison de ses fonctions diplomatiques, Clémence a développé un zona. Son mari l'a empêchée d'aller chez le médecin et l'a enfermée à la maison pendant deux semaines. Au bout de la troisième semaine, la douleur était si aiguë que le voisin, ayant entendu les cris de Clémence, a appelé un médecin de nuit. Celui-ci a tout de suite appelé les sapeurs-pompiers car Clémence était dans une situation d'urgence. Lors de son hospitalisation, les médecins ont découvert sa séropositivité au VIH. Ils lui ont alors demandé si elle se prostituait, ou si elle avait des amants. Mais Clémence avait toujours été fidèle à son mari. Les



Clémence - 64 ans - originaire de Côte d'Ivoire

.....
“On s’est retrouvés dehors, mes enfants, mes petits-enfants, on s’est retrouvés dehors un jour. Il a fermé sa porte. Il a amené une autre femme là. On est restés dehors un an.”

médecins ont appelé son mari et celui-ci ne s’est jamais présenté pour faire le test.

Peu après son retour à la maison, son mari l’a jetée dehors avec ses enfants. Un an plus tard, elle apprenait qu’il était retourné en Afrique sans avoir dit au revoir à Clémence et à ses enfants.

“ On s’est retrouvés dehors, mes enfants, mes petits-enfants, on s’est retrouvés dehors un jour. Il a fermé sa porte. Il a amené une autre femme là. On est restés dehors un an. ”

Clémence n’avait aucun soutien et personne en qui elle pouvait compter pour se confier sur les violences, l’abandon et le VIH. Elle s’est alors souvenue qu’elle avait rencontré une médiatrice en santé lors de son hospitalisation qui lui avait parlé de l’association Ikambere. Elle s’y est rendue

en 2008 et a rencontré une assistante sociale qui lui a conseillé de faire des papiers à son nom pour ne plus être rattachée aux documents diplomatiques de son mari. Elle l’a également orientée vers le 115, où elle a pu être prise en charge avec ses enfants. Elle venait déjeuner à Ikambere tous les jours, et bénéficiait de colis alimentaires distribués par l’association. Clémence échangeait aussi régulièrement avec les médiatrices en santé qui l’ont accompagnée à accepter sa maladie et à respecter ses traitements. Grâce aux groupes de parole, aux activités et au suivi des professionnelles, Clémence a pu se reconstruire, régulariser sa situation administrative et obtenir un emploi, ce qui lui a permis d’être indépendante vis-à-vis de son mari.

Aujourd’hui, Clémence a 64 ans et s’approche de la retraite. Elle est locataire d’un appartement où elle habite avec ses trois enfants. Sa préoccupation aujourd’hui, c’est que son mari n’a toujours pas accepté de divorcer. Clémence espère avoir l’aide d’un avocat pour l’aider à mettre un terme à son mariage ●

Des réflexions pour agir

- I. Les parcours de violences
et les risques multiples
d'exposition au VIH
chez les femmes exilées**
- II. Les impacts croisés
des violences et du VIH**
- III. La nécessité
d'une prise en charge globale
pour accompagner les femmes**

I. Les parcours de violences et les risques multiples d'exposition au VIH chez les femmes exilées

Les femmes exilées connaissent des violences multiples, simultanées ou successives, qui sont basées sur le genre, la précarité, la migration et la stigmatisation du VIH. Elles y sont exposées tout au long d'un continuum qui débute dès l'enfance dans leur pays d'origine, se renforce pendant le parcours migratoire et se poursuit une fois arrivées en Europe. Les violences prennent la forme de violences familiales, économiques ou encore institutionnelles ; mais également de violences physiques, sexuelles ou psychologiques.

A. LES VIOLENCES DANS LE PAYS D'ORIGINE

Les phénomènes de violence ancrés dans des rapports de domination

Parmi les femmes accompagnées à Ikambere, beaucoup ont connu des violences parce qu'elles sont des femmes dans leur pays d'origine, à savoir principalement des pays d'Afrique subsaharienne. Ces femmes vivent des violences physiques, psychologiques et économiques dans la sphère familiale que ce soit dans l'enfance (mutilations génitales, mariages forcés), dans la relation conjugale, ou avec leur figure paternelle ou fraternelle. Cette région du monde connaît le plus haut nombre de mariage d'enfants : plus d'une femme sur trois de la tranche d'âge 20-24 ans y a été mariée avant ses 18 ans. Or, le mariage forcé augmente le risque d'occurrence des violences intimes pour les filles et particulièrement lorsqu'elles sont mineures⁸. L'Afrique subsaharienne est d'ailleurs la région avec la plus forte prévalence de féminicides par partenaire intime ou membre de la famille, selon l'ONU Femmes.

Les violences révèlent des rapports sociaux de pouvoir, et en particulier de genre, et ceux-ci sont visibles dès l'enfance. En matière de scolarisation par exemple, les écarts entre hommes et femmes demeurent importants et sont dûs à des mariages et des

8 • Speizer, I. S., & Pearson, E. (2011). *Association between early marriage and intimate partner violence in India: A focus on youth from Bihar and Rajasthan*. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 1963–1981.

9 • OECD (2022) Gender Data Portal <https://www.oecd.org/gender/data/>

10 • Mabaso, M., Sokhela, Z., Mohlabane, N., Chibi, B., Zuma, K., & Simbayi, L. (2018). *Determinants of HIV infection among adolescent girls and young women aged 15–24 years in South Africa : A 2012 population-based national household survey*. *BMC Public Health*, 18(1), 183.

11 • <https://www.panzifoundation.org/>

12 • <https://www.akwabamouso.org>

maternités précoces, des pratiques traditionnelles d'isolement, le favoritisme envers les garçons lorsque la famille décide d'investir dans l'éducation des enfants et la division sexuelle du travail domestique⁹. Or, le faible niveau d'éducation constitue en lui-même un facteur de risque quant aux violences et à l'infection au VIH¹⁰.

D'autres femmes sont exposées aux violences dans des pays ravagés par la guerre, où le viol est souvent utilisé comme arme de guerre. Parmi les femmes accompagnées à Ikambere figurent des femmes ayant subi des violences sexuelles à répétition lors de la période génocidaire au Rwanda dans les années 1990 ou la guerre en République démocratique du Congo qui se poursuit depuis 1998. Les conséquences de ces violences sont désastreuses sur la santé.

Face à l'ampleur des violences à l'égard des femmes en Afrique subsaharienne, des organisations locales ont initié des projets innovants et nécessaires pour promouvoir la sécurité des femmes et l'égalité des sexes. Par exemple, le chirurgien gynécologue Denis Mukwege a créé en 1999 l'hôpital de la Fondation Panzi en République démocratique du Congo, où une prise en charge holistique est proposée aux femmes survivantes de la violence sexuelle en temps de conflit¹¹. De manière similaire, l'organisation Akwaba Mouso a été créée à Abidjan en Côte d'Ivoire en 2021 pour prendre en charge et héberger les femmes victimes de violences et leurs enfants, et organiser des causeries éducatives sur les droits des femmes¹².

Les gouvernements africains jouent également un rôle important dans la lutte contre ces violences. A titre d'exemple, en 2020 la République du Sénégal a promulgué une loi criminalisant le viol, dans le but de contribuer à l'élimination des violences basées sur le genre¹³. En République Démocratique de Congo, le Ministre du Genre, Famille et Enfance a codéveloppé en 2023 la Cartographie du Mouvement Féminin pour favoriser des synergies au sein du mouvement associatif féminin au pays¹⁴.

Les violences et le VIH, un lien incontestable

L'interrelation entre l'exposition aux violences basées sur le genre et au VIH sur le continent est sans conteste : les femmes qui ont subi des violences sont jusqu'à trois fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les autres¹⁵. En Afrique subsaharienne, 61 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes.

13 • ONU Femmes. (2020, 10 janvier). *Sénégal : la loi criminalisant le viol et la pédophilie promulguée par le président de la République*. ONU Femmes – Afrique. <https://africa.unwomen.org/fr/news-and-events/stories/2020/02/criminalisation-du-viol--au-senegal>

14 • ONU Femmes. (2023, 10 juillet). *RDC : Rassemblant les organisations féminines de la société civile*. ONU Femmes – Afrique. <https://africa.unwomen.org/fr/stories/nouvelle/2023/07/rdc-rassemblant-les-organisations-feminines-de-la-societe-civile>

15 • Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., Bajos, N., Lert, F., Lydié, N., Dray-Spira, R., & Group5, T. P. S. (2015). *Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013*. Eurosurveillance, 20(46), 30065.

Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont huit fois plus susceptibles d'être exposées au VIH que les hommes. On estime que chaque jour 6000 nouvelles femmes et jeunes filles sont contaminées sur le continent¹⁶.

En effet, les violences sexuelles augmentent fortement le risque d'être infecté au VIH et particulièrement lorsqu'à la vulnérabilité liée au genre s'ajoute la précarité économique. Les femmes sont alors plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles transactionnelles et de subir des viols conjugaux sous peine d'être isolées et sans ressources¹⁷. L'infection au VIH devient dès lors une conséquence directe de ces violences.

Les violences, motif principal de l'exil

Au niveau institutionnel et législatif, les violences basées sur le genre ne sont pas suffisamment documentées et recensées et le soutien aux victimes demeure peu accessible, malgré la montée du militantisme et des actions communautaires dédiées à ces enjeux dans la région. Lorsque les femmes se tournent vers les institutions et les autorités publiques afin d'obtenir de l'aide, cela résulte souvent par un échec en raison du caractère patriarcal ou corrompu de ces instances.

Cette réalité est racontée par Clémence, dont la plainte n'a pas été entendue par les autorités lorsqu'elle a voulu dénoncer son mari qui avait une influence politique dans son pays d'origine.

“ On m'envoie une lettre comme quoi le jugement est clos. Or, je sais qu'il est parti payer des gens à la justice pour renvoyer l'affaire. ”

Ainsi, les bourreaux restent, dans leur immense majorité, impunis, principalement pour des faits de violence sexuelle ou d'exploitation sexuelle. Ces femmes se trouvent porteuses de toute la charge du crime, de sa symbolique, de ses effets, sans pouvoir interpellier qui que ce soit quant à la responsabilité.

Le manque de soutien social par les institutions et l'entourage et le sentiment d'impossibilité de sortir du phénomène de violences aggravent l'isolement et la souffrance des femmes. Les violences généralisées, institutionnelles et interpersonnelles conditionnent la décision des femmes de quitter leur pays.

16 • Onusida. (2020). *En Afrique subsaharienne, le risque d'infection au VIH est deux fois plus élevé chez les adolescentes et les jeunes femmes*. https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2020/march/20200309_adolescent-girls-young-women-sub-saharan-africa

17 • Chipasula-Banda, M., Gomile-Chidyaonga, F., Hendriks, S., Kachika, T., Mitole, Z., & White, S. (2005). *Violence sexuelle et vulnérabilité des femmes à la transmission du vih au Malawi. Les droits des femmes*. Revue internationale des sciences sociales, 186(4), 715-727.

B. LA ROUTE PÉRILLEUSE DE L'EXIL VERS L'EUROPE

Les spécificités de la migration des femmes : des violences structurelles tout au long du parcours

Près de la moitié des personnes migrantes originaires d'Afrique sont des femmes. Bien souvent, les femmes s'engagent dans un parcours migratoire sans l'avoir ni souhaitée, ni anticipée, ni organisée. En quittant leur pays d'origine, s'opère une rupture avec la famille, la culture, la langue et la profession. A cette déstructuration s'ajoute la crainte de la route vers l'Europe dont les nombreux risques pour la sécurité, la liberté, l'intégrité physique et psychique, voire pour la vie sont connus. En effet, pour la majorité des femmes, la classe sociale et la situation économique ne permettent pas l'obtention d'un visa pour l'Europe, ce qui les oblige à traverser le continent. La décision de s'exiler, bien qu'elle soit contrainte par la violence, demande une énorme volonté. Dans le cas de l'exil au féminin, ce dernier s'accompagne soit d'une rupture douloureuse avec les enfants, qui sont confiés à des proches au pays, soit d'un départ périlleux vers l'Europe, où la mère sait qu'elle risque de mettre leurs vies en jeu.

Le trajet vers la Libye ou l'Égypte depuis l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique de l'Est et la corne de l'Afrique, demeure parmi les plus dangereux du monde. Les populations et notamment les femmes font face à des rapports de domination de sexe et de classe tout au long du parcours, lors de chaque passage aux frontières. Au fur et à mesure des obstacles, le nombre de femmes violées par des militaires ou des civils sur la route et pendant le blocage aux frontières prend une ampleur si grande qu'il révèle que les violences sexuelles ne sont pas résiduelles, mais bien systémiques¹⁸.

“Je ne me sentais pas femme, je ne me sentais pas dans mon corps, parce qu'étant là-bas, je me disais souvent que j'étais déjà morte. Puisqu'on me fait ceci pour me montrer comment ils vont tuer les gens, c'est que pour moi aussi ça va arriver un jour.”

Selon une étude de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), 36 % des adultes et 32 % des enfants interrogés sur la route vers la Méditerranée centrale auraient été témoins de menaces de violences sexuelles au cours de leur voyage¹⁹. Les femmes en particulier sont confrontées à une multitude de risques liés à leur condition féminine.

18 • Tyszler, E. (2018). *Sécurisation des frontières et violences contre les femmes en quête de mobilité*. Migrations Société, 173, 143-158.

19 • IOM Publications (2020). *Africa Migration Report*.

Celles-ci sont plus vulnérables aux violences imposées par des passeurs, autorités ou individus isolés. Quant à la traversée de la Méditerranée, elle est souvent mortelle : l'OIM estime que plus de 28 000 personnes sont mortes lors de la traversée depuis 2014²⁰.

La Libye, territoire particulièrement dangereux : violences, racisme et xénophobie

La Libye constitue un territoire particulièrement connu pour les atrocités qu'il inflige aux personnes tentant de s'exiler en Europe. En raison de politiques d'endiguement, des centaines de milliers de femmes, d'hommes et d'enfants sont pris au piège en Libye. Des migrants tentant de fuir en bateau sont interceptés en mer par les garde-côtes libyens soutenus par l'Union Européenne et ramenés en Libye. Ils y sont maintenus en détention pour une période illimitée dans des conditions abominables, marquées par le racisme et la violence, et risquent chaque jour d'être victimes d'atteintes à leurs droits humains²¹.

Les personnes placées dans des centres de détention officiels sont coincées dans un cycle de violences et d'extorsion. Ils sont détenus dans des conditions mortellement dangereuses. En raison de l'absence de toilettes, les détenus sont contraints de faire leurs besoins dans les cellules. Ils souffrent de malnutrition aiguë et vivent entassés dans des zones sous-terraines, sans lumière. Ces conditions inhumaines et la présence omniprésente de la mort sont décrites par Awa, qui s'attendait elle-même à y laisser la vie pendant sa période de captivité.

Comme le raconte Awa, on comprend que les victimes y sont gardées captives sans voix et sans droits. Elles peuvent être séparées de leur famille, peuvent être soumises à des actes de torture et d'autres mauvais traitements, des violences sexuelles et du travail forcé. L'interrelation entre les différentes violences, notamment sexuelles, auxquelles les femmes font face en Libye, constitue une forme de violence structurelle. En d'autres termes, ce sont des forces sociales qui créent des conditions de risque de transmission du VIH²².

20 • *Missing Migrants Project* (2021). <https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean>

21 • Amnesty International. (2022). *Libye : La situation des droits humains* (p. 300-306). <https://www.amnesty.org/fr/location/middle-east-and-north-africa/libya/report-libya/>

22 • Larkin, J. (2000). *Women, poverty and HIV infection*. Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme., 20(3).

23 • Math, A., & Spire, A. (2014). Précarisation : La preuve par les chiffres. *Plein droit*, 102(3), 34.

C. LA PRÉCARITÉ EN FRANCE, FACTEUR DE RISQUE CROISÉ DU VIH ET DES VIOLENCES

L'extrême précarité est un facteur de risque d'exposition aux violences

Pour les personnes migrantes qui survivent à la traversée, l'arrivée en Europe et en France lors de l'exil est une situation où le niveau de précarité est très élevé. Depuis 40 ans les politiques migratoires restrictives se sont durcies et ont provoqué une plus grande précarisation des personnes migrantes²³ et particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants et de femmes²⁴. De plus, les femmes sont d'autant plus touchées par l'analphabetisation ce qui accentue le phénomène de précarisation.

Loin de connaître le répit une fois arrivée en France, les femmes exilées subissent un nouveau cycle de violences du fait de l'instabilité administrative, économique et sociale. L'enquête Parcours réalisée en 2012-2013 a permis de mettre en exergue les conditions d'arrivée des femmes migrantes et les liens entre la précarité et les violences qu'elles subissent. Cette enquête montre qu'environ une femme sur cinq déclare avoir subi des violences sexuelles au cours de sa vie, chiffre très élevé et comparable à ce qui a été observé dans d'autres études auprès d'immigrés en France et en Europe²⁵. Près de dix ans après cette grande enquête, les conditions de vie et la vulnérabilité de ces femmes aux violences ne se sont pas améliorées.

Ainsi, l'instabilité de la situation de logement et la précarité administrative, qui est une réalité de longue durée pour les femmes exilées, sont des facteurs directs d'exposition aux violences. Le fait de changer souvent d'hébergement au cours d'une même année, avec des nuits passées alternativement en hébergement d'urgence, chez des connaissances et/ou dans la rue, est associé à une probabilité plus élevée de subir des violences sexuelles. Ces instabilités peuvent augmenter le risque d'avoir des pratiques sexuelles transactionnelles à risque en échange de logement ou d'aide administrative et ces rapports sont d'autant plus susceptibles d'être des rapports non-consentis²⁶. De la même façon, la précarité peut favoriser l'exploitation des femmes par leur entourage : il est attendu de beaucoup d'entre elles qu'elles rendent des services sexuels, fassent des ménages, ou gardent des enfants ou des personnes âgées en échange de l'hébergement.

24 • Eloy, P. (2022). *Analyser l'évolution et les déterminants de la présence des familles immigrées au sein des hébergements pour personnes sans domicile*. Populations vulnérables, 8.

25 • Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., & Desgrées du Loû, A. (2018). *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*. The Lancet Public Health, 3(1), e16-e23.

26 • Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., Bajos, N., Lert, F., Lydié, N., Dray-Spira, R., & Group5, T. P. S. (2015). *Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013*. Eurosurveillance, 20(46), 30065.

Les violences sont un facteur de risque de contamination au VIH

D'après l'enquête Parcours, un tiers des femmes vivant avec le VIH en France a été infecté après la migration, et rapporte quatre fois plus souvent avoir été victime de rapports sexuels forcés que les femmes non infectées²⁷.

Les violences sexuelles augmentent fortement le risque d'être infecté au VIH et particulièrement lorsque les femmes sont en situation de précarité économique. Dans ce contexte, elles sont plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles transactionnelles et de subir des viols conjugaux sous peine d'être isolées et sans ressources²⁸. De plus, la précarité administrative et les inégalités de genre — dont la dépendance économique et sociale des femmes envers leurs partenaires — tendent à réduire la capacité des femmes à négocier l'utilisation du préservatif, favorisant la contamination au VIH²⁹. L'infection au VIH devient dès lors une conséquence directe de ces violences.

“ Je sais que je ne peux pas avoir cette maladie-là, d'autre part.

Le monsieur avec qui on m'a mariée de force, je suis sûre et certaine que c'est lui qui m'a contaminée, parce que je ne connais aucun homme, si ce n'est lui. ”

Le VIH engendre davantage de violences

Le VIH peut être catalyseur des violences et en aggraver certaines que subissent d'ores et déjà ces femmes. Dans les relations intimes, leur statut sérologique est utilisé contre elles pour les culpabiliser et les maintenir dans des situations d'emprise. Il peut déclencher de nouvelles violences pour ces femmes car elles se font rejeter, insulter, humilier du fait de leur infection. La dépendance des femmes à l'égard des hommes, y compris des partenaires intimes, renforce les mécanismes d'appropriation du corps des femmes. Elles sont parfois amenées à quitter leur logement ou sont mises à la rue même par leurs propres enfants lorsque ceux-ci prennent connaissance de leur statut sérologique. Ainsi, certains facteurs de risque de la violence comme la détresse psychologique, la pauvreté, l'isolement social et la stigmatisation³⁰ sont susceptibles de se retrouver et de se cumuler chez les femmes issues de l'immigration qui vivent avec le VIH.

27 • Desgrees-du-Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., Bajos, N., Lydie, N., Lert, F., & Dray-Spira, R. (2016). *Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France*. AIDS (London, England), 30(4), 645-656.

28 • Chipasula-Banda, M., Gomile-Chidyaonga, F., Hendriks, S., Kachika, T., Mitole, Z., & White, S. (2005). *Violence sexuelle et vulnérabilité des femmes à la transmission du vih au Malawi*. Les droits des femmes. Revue internationale des sciences sociales, 186(4), 715-727.

29 • Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2010). *HIV, poverty and women*. *International Health*, 2(1), 9-16.

30 • Escard, E. (2012). *Précarité et violences : Quels liens ?* Bulletin des médecins suisses, 93(51-52), 1916-1919.

II. Les impacts croisés des violences et du VIH

Les phénomènes de violences vécus par les femmes vivant avec le VIH ont des impacts délétères sur leur qualité de vie et notamment sur le plan de la santé physique, de la santé mentale et de la relation à soi et aux autres. Ceux-ci sont potentialisés par la stigmatisation liée au VIH qui est source de grande souffrance et d'isolement.

A. DES SÉQUELLES MAJEURES SUR LA SANTÉ MENTALE

Les femmes qui viennent à Ikambere sont ou ont été exposées à des violences sexuelles, physiques, psychologiques, économiques et administratives. À ces violences s'ajoutent des expériences de rejet liées au VIH. Pour les personnes vivant avec le VIH, la stigmatisation, la discrimination, la non-divulgation de son statut sérologique ont des conséquences désastreuses sur la santé mentale, le bien-être et la santé sociale. Ces situations de vulnérabilité tendent à accroître l'état de stress post-traumatique, les troubles anxieux, les dépressions, les phobies ou encore les troubles cognitifs³¹³².

Ces impacts sont particulièrement marqués chez les victimes d'abus pendant l'enfance, et chez les personnes ayant effectué la traversée vers l'Europe en passant par les camps d'Afrique du Nord où elles subissent des violences destructrices pour leur santé. Ils sont également importants chez les femmes qui subissent des rapports de domination entre les sexes et de nombreuses violences basées sur le genre³³. De plus, la séropositivité peut être un rappel constant du viol et des violences sexuelles subies, entravant d'autant plus l'état de santé mentale des individus. Vivre avec le VIH est une expérience violente en soi pour ces femmes, car elle est intrinsèquement liée aux agressions qu'elles subissent³⁴. Ces différents vécus liés aux violences sont souvent passés sous silence car ils sont particulièrement douloureux et créent un sentiment de honte. Cela les isole et les précarise davantage en raison du fort stigmate qui persiste envers les personnes vivant avec le VIH.

31 • Ba, I., & Bhopal, R. S. (2017). *Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence : A systematic review (1981–2014)*. *Public Health*, 142, 121-135.

32 • Kumar, A., Haque Nizamie, S., & Srivastava, N. K. (2013). *Violence against women and mental health*. *Mental Health & Prevention*, 1(1), 4-10.

33 • Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). *The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS*. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101-1108.

34 • Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). *Impact of HIV-Related Stigma on Health Behaviors and Psychological Adjustment Among HIV-Positive Men and Women*. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482.

Le stigmatisme associé au VIH découle directement de la représentation négative qui lui est attribuée et fait référence à un aspect dénigrant et dépréciatif où les femmes vivant avec le VIH sont désindividualisées, plus vues dans leur entièreté, voire jugées comme inférieures³⁵. Cette représentation est liée à des stéréotypes associant le VIH à la prostitution, à des partenaires sexuels multiples, à la culpabilisation, à la honte et à une connotation démoniaque³⁶. Elles sont perçues comme des vecteurs de la propagation de l'épidémie ce qui les rend d'autant plus vulnérables à la discrimination, à la stigmatisation et à l'isolement social. L'intériorisation de ces représentations engendre une auto-stigmatisation³⁷.

Ces violences ont de lourdes conséquences pour ces femmes et impactent directement leur santé physique et mentale et leur sphère sociale. Les traumatismes infligés peuvent leur donner des idées suicidaires.

“On meurt de l'intérieur. [...] J'en pouvais plus c'était... Les violences étaient constamment, tous les jours, ça ne cessait pas. J'avais même pensé à en finir, à vrai dire. D'en finir avec ma vie, comme ça j'arrête de souffrir pour de bon. Que même jusqu'à aujourd'hui on me voit tout le temps sourire, mais c'est une façade.”

B. LA DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

En plus des conséquences sur la santé mentale, les impacts des violences et du VIH sur la santé physique peuvent être importants.

Les violences basées sur le genre peuvent entraîner des complications directes sur la santé physique voire le risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles. Puisque ces violences s'opèrent dans des contextes de vulnérabilité et d'isolement, le diagnostic et la prise en charge des complications peuvent être retardés. Lorsque les femmes exilées subissent ces violences en France, le manque de connaissances des dispositifs de soins et de soutien aux victimes peut également freiner leur prise en charge.

Les séquelles sur la santé physique peuvent également être importantes à la suite de l'exposition aux violences et peuvent se manifester à court terme, à moyen terme et à long terme. Dans les années qui suivent les violences, les victimes peuvent être envahies par la mémoire traumatique et les revivre à travers des flashbacks. Cela contribue à

35 • Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). *Social stigma*. In *The handbook of social psychology*, Vols. 1-2, 4th ed. (p. 504-553). McGraw-Hill.

36 • Winskell, K., Hill, E., & Obyerodhyambo, O. (2011). *Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries : Social representations in young people's narratives*. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1257-1265.

37 • Bunting, S. M. (1996). *Sources of Stigma Associated with Women with HIV*. *Advances in Nursing Science*, 19(2), 64.

38 • Garcia-Moreno, C. et al. (2005) *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO (World Health Organisation) multi-country study on women's health and domestic violence*. *Lancet*, 368, 1260

39 • Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., Hakim, J. G., Kumwenda,

généraliser du stress, des insomnies et de la fatigue³⁸. Les victimes mettent alors en place des stratégies de survie qui prennent la forme de conduites d'évitement et de contrôle (mise en retrait, conduites phobiques ou obsessionnelles) et de conduites à risque (addictions, troubles alimentaires, mises en danger, automutilations, etc.).

Le VIH représente en lui-même un risque pour la santé physique. Dorénavant, les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement et dont la charge virale est indétectable ne peuvent plus transmettre le VIH³⁹. Néanmoins, si le VIH n'est pas traité, il peut affaiblir le système immunitaire ou évoluer vers le syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Malgré le fait que l'accès aux traitements soit possible pour les personnes exilées en France, la non-observance des traitements peut se produire en raison de barrières d'accès aux soins (langue, méconnaissance des dispositifs) ou encore de la non-acceptation de la maladie du fait de la stigmatisation qui en découle^{40/41}.

La non-observance et donc la détérioration de l'état de santé peuvent aussi être favorisées par le manque de services spécifiques pour les femmes vivant avec le VIH. Les femmes vont également plus souvent prioriser la santé et les besoins de leurs proches et notamment de leurs enfants plutôt que la leur, ce qui peut impacter négativement le suivi médical⁴².

C. LA PERTE DE CONFIANCE EN SOI ET EN LES AUTRES

De manière générale, le VIH et le passé lié aux violences ont des conséquences importantes sur la vie affective, sexuelle et relationnelle des femmes. Les femmes dont les parcours de vie sont décrits dans ce rapport sont isolées et manquent terriblement de soutien pour faire face aux situations de violences dans leur pays d'origine et lors de leur arrivée en France. Les violences sexuelles constituent encore un tabou particulièrement lorsqu'il s'agit d'inceste. De plus, dénoncer les violences vécues auprès des autorités publiques demande du courage et, bien souvent, les plaintes sont décrédibilisées en raison d'une législation qui reste peu appliquée et du caractère patriarcal de ces instances. Cette parole étouffée aggrave la situation d'isolement et de souffrance des femmes par rapport à leur entourage.

J., Grinsztejn, B., Pilotto, J. H. S., Godbole, S. V., Mehendale, S., Charialertsak, S., Santos, B. R., Mayer, K. H., Hoffman, I. F., Eshleman, S. H., Piwowar-Manning, E., Wang, L., ... Fleming, T. R. (2011). *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*. *New England Journal of Medicine*, 365(6), 493-505.

40 • Carr, R. L., & Gramling, L. F. (2004). *Stigma : A Health Barrier for Women with HIV/AIDS*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5), 30-39.

41 • Rintamaki, L. S., Davis, T. C., Skripkauskas, S., Bennett, C. L., & Wolf, M. S. (2006). *Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence*. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(5), 359-368.

42 • Gahagan, J., & Loppie, C. (2001).

L'infection au VIH suite à des violences sexuelles ou un mariage forcé est une triple sanction pour les femmes. Elles doivent faire face à la violence, à la maladie et à la stigmatisation par leur famille à cause du VIH. Ces rejets à répétition et le manque de soutien apporté aux victimes amènent certaines femmes à se méfier des autres. On le voit dans le cas de Marietou, qui raconte que les viols subis par les hommes en qui elle avait confiance ont durablement entravé sa capacité à leur faire confiance aujourd'hui.

Comme Marietou, la majorité des femmes accompagnées par Ikambere sont célibataires. Le VIH est la marque profonde d'un passé traversé d'épreuves ; la séropositivité, les violences conjugales et la sexualité subie sont les manifestations visibles de rapports de domination. Elles craignent de revivre ces rapports dans leur couple ; le célibat est alors souvent un choix qui s'impose par défaut.

Les femmes vivant avec le VIH craignent également de subir la sérophobie et donc de nouvelles violences de la part de leurs proches en cas de découverte de leur statut sérologique, les amenant à s'isoler de leur sphère sociale. En effet, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH perdure au vu de la méconnaissance de la part de la population des moyens de transmission et des traitements. Pour les femmes qui vivent dans des chambres partagées en hôtel social, ou pour celles qui sont hébergées par des tiers, la crainte de la découverte de leur maladie par les cohabitants peut profondément freiner la création du lien social, contribuer au stress chronique et entraver la prise des traitements.

“ Je ne connaissais pas les gens, ils commençaient à me fuir. Ils disent : elle a le sida. Moi-même, je ne connais pas. C'est quoi sida ? Ce sida, comme ça, je ne connais pas. Les gens commencent et fouillent même à la maison. Mes demi-sœurs là, tout le monde a commencé à me fuir. ”

Ce stigmate et ce rejet perdurent même après la mort de la personne comme si la contamination était encore possible.

“ Même à ton deuil, personne ne va venir. On va dire : Ah, on va aller se contaminer là-bas. ”

III. La nécessité d'une prise en charge globale pour accompagner les femmes

La lutte contre les violences de genre doit prendre en compte celles subies par les femmes immigrées dans un contexte de précarité et d'isolement majeurs. Cette prise en charge requiert une approche globale et multidimensionnelle pour apporter un soutien adapté et pérenne aux victimes qui sont souvent au croisement de nombreuses vulnérabilités.

A. LIBÉRER LA PAROLE AU TRAVERS DE LA PAIR-AIDANCE POUR FAIRE FACE À SON PASSÉ

Les violences vécues peuvent entraîner des traumatismes importants chez les victimes, dont la parole peut rester bloquée pour dénoncer les faits. Les violences peuvent sembler si irréelles que les victimes peuvent en perdre toute consistance (amnésie dissociative post-traumatique). L'entourage des victimes, face à la dissociation de la victime et son apparent détachement, peuvent ne pas ressentir sa détresse, ni prendre conscience du danger⁴³.

Afin d'accompagner ces victimes à renouer avec leur passé, un espace de reconstruction sécurisant et adapté est essentiel⁴⁴. L'association Ikambere est un centre d'accueil de jour qui a pour mission d'accompagner les femmes vivant avec le VIH vers l'*empowerment*⁴⁵, qui est la capacité des individus à promouvoir leurs compétences et leurs ressources et à acquérir plus de contrôle dans les décisions qui les concernent⁴⁶.

Au cœur de son action, l'association privilégie la création de liens entre paires à travers les repas partagés, les activités collectives et les groupes de parole thématiques. Le climat de bienveillance et de non-jugement qui y règne est essentiel à la création de liens de confiance entre les professionnel.les qui accompagnent ces femmes, ainsi qu'entre les femmes. Les femmes discutent, rient et se soutiennent entre elles. Une des particularités d'Ikambere est que certaines salariées de l'association ont été auparavant des bénéficiaires et sont considérées comme des paires. Cela renforce la confiance

43 • Salmona M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013

44 • Loutfy, M. R., Sherr, L., Sonnenberg-Schwan, U., Walmsley, S. L., Johnson, M., d'Arminio Monforte, A., & Women for Positive Action. (2013). *Caring for women living with HIV: gaps in the evidence*. Journal of the International AIDS Society, 16(1), 18509.

45 • Desgrées du Lou, A. (2019). *Des femmes africaines ensemble face à la maladie*. Études, Mai(5), 31-42.

46 • Rappaport, J. (1987). *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology*. 15(2), 121-148.

entre l'équipe et les femmes accompagnées et apporte une compréhension inégalable des réalités du terrain.

“ Parce qu'ici on forme vraiment une belle famille. ”

Ce lien qui se crée entre paires au fur et à mesure des rencontres est une étape essentielle pour favoriser l'estime sociale qui est le fait d'être reconnu et apprécié d'autrui. L'estime sociale et de soi s'influencent mutuellement⁴⁷ et c'est pour cela qu'elles doivent être reconstruites progressivement pour accompagner les femmes à faire de nouveau confiance aux autres. Les abus, les trahisons et les rejets du passé peuvent alors être surmontés, et ainsi favoriser la libération de la parole sur les souffrances accumulées. Le fait de se retrouver avec d'autres personnes qui partagent les mêmes expériences, les mêmes vécus permettent aux femmes de cicatriser de leurs traumatismes.

Cette méthodologie basée sur la pair-aidance est caractéristique de l'approche communautaire en santé. Celle-ci peut se définir comme “un processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités”⁴⁸. Dans le cadre des femmes vivant avec le VIH, les acteurs agissant dans le champ de la santé communautaire occupent un rôle pivot pour fédérer les membres de la communauté et identifier les besoins au plus près du terrain grâce aux dynamiques collectives de partage et d'entraide⁴⁹.

B. L'INNOVATION SOCIALE, UN LEVIER ESSENTIEL POUR ACCOMPAGNER LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Les différents éléments de littérature et de notre étude permettent de reconnaître le besoin primordial d'une prise en charge spécifique et globale des femmes vivant avec le VIH. En effet, la prise en charge de la maladie est freinée par le manque de services spécifiques adoptant une approche intersectionnelle et prenant en considération les violences et les inégalités sociales de santé⁵⁰.

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme “une différence de

47 • Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). *The nature and function of self-esteem : Sociometer theory. In Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 32, p. 1-62). Academic Press.

48 • Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978.

49 • Hassambay, R., Bennis, F.Z., Rwegera, B., & Desgrées du Loû, A. (2022). *L'approche communautaire en santé : Un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ?* Les Tribunes de la santé, 72(2), 83-92.

50 • Gahagan, J., & Loppie, C. (2001). *Counting pills or counting on pills? What HIV+ women have to say about antiretroviral therapy.* Canadian Woman Studies, 21(2), 118-124.

51 • Aiach, P. (2000). 5. *De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques.* In Les inégalités sociales de

santé entre des individus, liée à des facteurs ou critères sociaux de différenciation⁵¹. Connus sous le nom des déterminants sociaux de la santé, ces facteurs incluent le niveau d'éducation, la littératie en santé⁵², la situation administrative, le revenu ou le genre.

Comme cette étude le démontre, les femmes immigrées vivant avec le VIH cumulent de nombreux facteurs de risque dont des violences, l'analphabétisme, l'instabilité administrative, la pauvreté, l'isolement et une méconnaissance du système de soins. Ces facteurs peuvent être à la fois une cause et un résultat de l'infection au VIH, et peut contribuer à freiner la bonne prise en charge de la maladie. Pour favoriser l'amélioration durable du bien-être physique et psychologique de ce public, il est alors indispensable d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et non seulement sur la maladie en tant que telle. Ainsi, l'accès au logement et à un titre de séjour sont des conditions indispensables pour exercer le droit à vivre sans violences et sans atteinte à la santé.

En plus de prendre en compte les inégalités sociales de santé, il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle pour concevoir et mieux prendre en charge ces femmes. Amplement utilisé en Amérique du Nord, l'intersectionnalité a été conceptualisée par l'américaine Crenshaw et vise à révéler la pluralité et le chevauchement des sources de discrimination et des systèmes d'oppression. Selon l'intersectionnalité, les multiples formes d'inégalités se renforcent mutuellement, créant une situation unique et complexe qui doit être conçue dans son entièreté. Ainsi, en accompagnant les femmes migrantes vivant avec le VIH, il est important d'adopter une approche globale et centrée sur la personne, pouvant agir simultanément sur les vulnérabilités sociales, économiques et de santé^{53,54}.

Des initiatives innovantes sont menées par certaines structures médico-sociales qui proposent un accompagnement global aux femmes migrantes ayant vécu des violences, en prenant en compte la dimension culturelle (représentations du VIH, de la violence, de la religion) et les vulnérabilités multiples de ce public. C'est dans les hôpitaux de Bichat et Avicenne qu'on peut retrouver le dispositif Parcours, une initiative visant à accompagner les personnes migrantes dans leur parcours de soins en traitant les problématiques liées aux violences⁵⁵. De la même façon, la Maison des femmes propose une prise en charge pluridisciplinaire de proximité pour les femmes victimes de violences dans plusieurs hôpitaux en France.

.....
santé (p. 81-91). La Découverte; Cairn.info.

52 • D'après l'OMS (2013), la littératie en santé est " la capacité cognitive et sociale des individus à accéder, comprendre, évaluer et communiquer des informations en vue de promouvoir, de maintenir et d'améliorer leur santé, leur qualité de vie et leur bien-être ".

53 • Brah, A., & Phoenix, A. (2013). *Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality*. Journal of International Women's Studies, 5(3), 75-86.

54 • Crenshaw, K. (2021). *Démarginaliser l'intersection de la race et du sexe : Une critique féministe noire du droit antidiscriminatoire, de la théorie féministe et des politiques de l'antiracisme* (S. Beaulieu, Trad.). Droit et Société, 108, 465-490.

Le secteur associatif est aussi un acteur clé qui apporte des réponses innovantes pour soutenir ces femmes. Par exemple, le Centre Primo Lévi⁵⁶ est spécialisé dans le soin des personnes exilées ayant subi la torture ou la violence politique dans leur pays d'origine. L'association Française et Eugène Minkowski⁵⁷ est un établissement qui intègre les dimensions culturelles, linguistiques et sociales dans le suivi en santé mentale pour les personnes en situation d'exil.

Ikambere, quant à elle, met en application les principes de la pyramide de Maslow⁵⁸, qui propose une hiérarchie des besoins humains (besoins physiologiques, besoins de sécurité et d'appartenance, besoin d'estime de soi et enfin besoin de réalisation de soi). Ainsi, la prise en charge proposée par Ikambere permet d'abord de satisfaire les besoins urgents des femmes (mise à l'abri, mise en sécurité, régularisation, prise de traitements) et ensuite de les accompagner vers l'autonomie et l'accomplissement personnel. La méthodologie de l'association est mise en place par une équipe pluridisciplinaire (assistantes sociales, médiatrices en santé, diététicienne, conseillère en insertion professionnelle, éducateurs sportifs...) qui propose des entretiens individuels et des activités collectives. En renforçant la confiance en soi et les compétences des femmes accompagnées, Ikambere favorise leur *empowerment* et leur confère les leviers pour agir contre diverses formes de vulnérabilités.



La pyramide de Maslow

55 • Anthonioz, A., & Tantet, C. (2023). *Dispositif Parcours, de l'exil à l'élan*. Sages-Femmes, 22(1), 33-36.

56 • <https://primolevi.org/>

57 • <http://www.minkowska.com/>

58 • Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Entretien

C. AGIR CONTRE LES VIOLENCES À TOUTES LES ÉCHELLES POUR PRÉSERVER ET ACCOMPAGNER

Docteure Claire Tantet est praticien hospitalier à l'hôpital Bichat et à l'hôpital Avicenne, en région parisienne. Dans cet entretien, elle nous raconte son parcours et ses engagements pour accompagner les femmes exilées victimes de violences.

1. Pouvez-vous nous raconter votre parcours professionnel ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous engager dans la lutte contre les mutilations et les violences faites aux femmes ?

— Je suis médecin généraliste, spécialisée en maladies infectieuses. J'ai commencé à travailler sur les mutilations génitales quand j'étais encore interne. Au cours de mon stage, une petite fille de 3 mois avait été hospitalisée, arrivée du Mali. On a découvert chez cette enfant une infection par le VIH, ainsi que chez sa mère et chez son père. Cette fille était très malade, elle est restée hospitalisée plusieurs semaines.

Plusieurs semaines après son hospitalisation, une aide-soignante nous a informé que cette petite fille avait été excisée. Cela m'a beaucoup interpellée car je me suis rendue compte que je ne n'avais jamais cherché à savoir si cette petite fille avait pu subir de telles violences.

J'ai commencé à m'intéresser à ce sujet et j'en ai fait mon sujet de thèse. Dans ce cadre, j'ai interrogé les professionnels de santé et de médecine du voyage sur leurs connaissances autour des mutilations. Les résultats ont montré que les connaissances étaient, de manière générale, très limitées sur ces questions et les représentations étaient nombreuses.

À la même période, j'ai lu et ai été très touchée par un livre écrit par le Dr Denis Mukwege dans lequel il décrit la chirurgie réparatrice et la prise en charge psychologique et juridique proposée aux femmes ayant vécu des viols en République démocratique du Congo. J'y suis allée en stage à la suite duquel un partenariat a pu être noué entre l'APHP et l'hôpital de Panzi tenu par le Dr Mukwege.

J'ai ensuite contribué à la mise en place d'une consultation autour des mutilations génitales dans le service de maladies infectieuses à l'hôpital Bichat, qu'on a appelé le "Dispositif Parcours".

Entretien

Les patientes (séropositives ou non) avaient non seulement subi des excisions mais présentaient des parcours de violences cumulées (mariages forcés, travailleuses du sexe, victimes de traites). Ainsi, les besoins exprimés étaient multiples : besoins psychologiques, stress post-traumatique lié à la migration, accompagnement social, etc.

Une équipe pluridisciplinaire composée d’infirmières, de chargées de médiation, de juriste, de sage-femme et de psychologues s’est constituée progressivement à l’hôpital Bichat, puis à l’hôpital Avicenne à Montreuil. D’ailleurs, la visite du Dr Denis Mukwege à Avicenne a été très soutenant pour nous car cela a mobilisé les énergies et m’a permis d’entamer une activité à temps plein sur la question des violences dans les services de maladies infectieuses.

Aujourd’hui, j’anime des formations auprès des professionnels en France, au Sénégal et en Côte d’Ivoire sur les questions des mutilations. Le contenu de ces formations a été élaboré à partir des retours des patientes ayant subi des violences basées sur le genre et sur leurs attentes de la part des professionnels. Mes formations sont constituées d’une part, d’une partie théorique sur les mutilations et d’autre part, sur le savoir-être et savoir-faire pour parler des questions de violences basées sur le genre auprès des femmes concernées.

Enfin, je préside l’association Mille Parcours qui vient en soutien du “Dispositif Parcours” afin de développer des outils à destination des professionnels et de permettre la levée de fonds autour de ces enjeux.

2. Le rapport que nous avons rédigé s’intitule *“Femmes, violences et VIH : une réalité étouffée”*. Qu’est-ce que cela évoque chez vous ?

— Pour moi, le titre de votre rapport évoque le sujet de la migration. Je suis totalement en accord avec ce titre car quand on pose la question des violences aux femmes migrantes infectées par le VIH, on réalise que les incidences sont énormes sur leurs vies et qu’il y a un réel besoin de libérer la parole sur leurs souffrances.

Quand on leur donne la parole sur ces questions, on se rend compte que les violences font partie de leur histoire de vie, de leurs symptômes. Les violences ont des impacts sur la qualité de vie, le niveau de stress ou encore l’amnésie.

Les patientes sont touchées quand on s'intéresse à leurs vécus des violences. Dans les groupes de parole que j'ai pu animer, les patientes disent que les violences sont des sujets tabous, secrets, et que c'est au professionnel de poser cette question.

3. Selon vous, quel est le rôle des professionnels de santé dans la prise en charge des violences chez les femmes exilées ?

— Les professionnels de santé ont un rôle fondamental à jouer dans le repérage des violences. Ils doivent poser la question du vécu des violences de manière systématique vu la prévalence des violences chez cette population. Néanmoins, cette question doit être sur-mesure, elle doit être posée avec finesse et simplicité pour éviter de déshumaniser.

Quant à l'accompagnement, il est important d'écouter, d'accorder le temps à la patiente de s'exprimer sur son vécu et ses besoins. C'est vrai qu'il existe des centres dédiés mais en réalité, tout professionnel peut poser la question, écouter la patiente et l'orienter vers des structures spécialisées (maisons des femmes, professionnels de la santé mentale, etc.).

Les professionnels doivent également agir dans le champ de la prévention, notamment auprès des enfants.

Enfin, les professionnels ont un rôle à jouer pour défendre et soutenir d'autres types de médecine, notamment les thérapies collectives qui ont prouvé leur efficacité chez les femmes ayant vécu des violences basées sur le genre.

4. Nous savons que vous développez des outils et des formations pour sensibiliser les professionnels de santé depuis de nombreuses années. Voyez-vous une évolution dans la prise en charge des violences chez les femmes exilées vivant avec le VIH ces dernières années dans le secteur médical en France ?

— En sept ans, depuis que j'ai commencé à m'intéresser à ces questions, je vois une belle évolution sur la question de l'excision. Bien que tous les professionnels ne soient pas forcément à l'aise pour traiter la question, une grande majorité semble être sensibilisée à ces enjeux et sa prévalence auprès de populations issues de l'immigration.

Entretien

Sur la question des violences, j'ai l'impression que les réseaux associatifs l'ont beaucoup intégré à leurs pratiques. Des cours spécifiques sont maintenant proposés pour les infectiologues et les pédiatres au cours de leur formation initiale, ce qui me donne espoir que les choses continueront d'évoluer dans le bon sens. Je vois également que les jeunes internes qui viennent dans nos services sont très mobilisés et intéressés par ces enjeux.

Néanmoins, malgré l'intérêt, il reste un travail important à faire sur les outils de communication auprès des professionnels, qui ont envie de parler des violences mais sont souvent démunis en termes de positionnement et de savoir-être.

5. Est-ce que nous pourrions imaginer des dispositifs Parcours dans l'ensemble des hôpitaux qui accompagnent ce public ? Comment faut-il procéder pour y arriver selon vous ?

— Je rêverai de pouvoir exporter le modèle du dispositif Parcours auprès d'autres services infectieux ! Néanmoins, je suis convaincue que chaque dispositif doit avoir sa propre couleur, en fonction du contexte local, du réseau associatif.

Le déploiement d'un tel dispositif dépend aussi du temps qui est alloué aux professionnels pour se consacrer à ces questions, et cela passe par le soutien de l'administration de l'hôpital sur laquelle repose la répartition des ressources humaines et du budget.

Les dispositifs existants de soutien et d'accompagnement aux femmes victimes de violences sont essentiels mais restent trop marginaux au vu de l'ampleur des phénomènes. Aujourd'hui encore, ces initiatives sont souvent portées exclusivement par le secteur associatif.

C'est le cas du collectif Re#Start, porté par la Maison des femmes de Saint-Denis, qui a pour volonté de multiplier les structures d'accompagnement aux femmes victimes de violences en France au sein des établissements de santé. Malgré tout, ces initiatives manquent de volonté politique forte, de reconnaissance institutionnelle, et de soutien financier pour se déployer à plus grande échelle. La réalisation d'études d'évaluation et d'impact de la prise en charge des femmes peut contribuer à élaborer des propositions concrètes et de mener des actions à destination des pouvoirs publics et ainsi favoriser une transformation sociale sur ces phénomènes.

Par ailleurs, les professionnels de santé, du droit, de la sécurité et des services sociaux ont un rôle important à jouer pour repérer les signes de violence, apporter un soutien adéquat aux victimes, et leur offrir un espace sécurisant, sans jugement ni discrimination, pour leur permettre de s'exprimer sur leurs vécus.

Le renforcement des capacités des professionnels pouvant jouer un rôle clé dans la prise en charge de ces enjeux est donc essentielle. Elle doit se faire au travers de formations et d'outils spécifiques promouvant l'égalité des sexes, la non-stigmatisation du VIH et le respect des droits humains ●



Conclusion



Les femmes, bien qu'elles représentent la majorité des personnes vivant avec le VIH dans le monde, sont insuffisamment représentées dans les études portant sur l'infection au VIH⁵⁹. Il est donc impératif de continuer à documenter le mieux possible leurs vécus. Les lacunes à propos de ces enjeux ne sont pas uniquement documentaires mais également au niveau des ressources et des moyens employés au vu de l'amélioration de la vie de ces femmes.

Les lieux d'accompagnement ne sont pas toujours adaptés au nombre et à l'envergure de la prise en charge nécessaire de cette population. Il est important que les structures puissent disposer de suffisamment de ressources financières et humaines pour répondre à leurs besoins. Les pouvoirs publics ont un rôle crucial à jouer dans l'élaboration de politiques législatives pour les femmes, les personnes en situation d'exil et les personnes vivant avec le VIH. Ils ont donc la responsabilité de contribuer de façon matérielle afin d'atténuer les inégalités qui en résultent.

Le secteur associatif joue un rôle clé dans la reconstruction et l'accompagnement de ces femmes grâce à sa démarche communautaire et son approche intersectionnelle. La démarche communautaire a fait ses preuves qu'il s'agisse du VIH ou de la stigmatisation. Cette démarche communautaire est non seulement bénéfique pour les personnes mais permet également la transformation sociale, entraînant des changements profonds et durables dans les structures, les valeurs, les normes et les relations d'une société et c'est en ce sens qu'elle est nécessaire.

Les rapports de domination entre sexes et les violences basées sur le genre dont sont victimes les femmes vivant avec le VIH sont indissociables des structures socio-politiques et économiques de notre société. Le potentiel de changement à long terme repose sur un dialogue entre les générations, qui permettra de révéler et de défier les normes sociales négatives. Il est donc essentiel de continuer à porter la voix de ces victimes afin que leurs souffrances soient reconnues, à tous les niveaux, car la prise de conscience généralisée est l'essence même de l'action ●

59 • Curno, M. J., Rossi, S., Hodges-Mameletzis, I., Johnston, R., Price, M. A., & Heidari, S. (2016). *A Systematic Review of the Inclusion (or Exclusion) of Women in HIV Research : From Clinical Studies of Antiretrovirals and Vaccines to Cure Strategies*. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 71(2), 181-188.

Bibliographie

- Adam-Vézina, E. (2020). *Parcours migratoires de femmes d'Afrique subsaharienne : les épreuves de la violence*. Revue européenne des migrations internationales, vol. 36(1), 75-94.
- Aïach, P. (2000). 5. *De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques*. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte; Cairn.info.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Amnesty International. (2022). *Libye : La situation des droits humains* (p. 300-306).
- Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, et l'équipe Dsafhir (2019). *Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France*. Enquête Dsafhir. Bull. Epidémiol Hebd. (17-18):334-41.
- Anthonioz, A., & Tantet, C. (2023). *Dispositif Parcours, de l'exil à l'élan*. Sages-Femmes, 22(1), 33-36.
- Ba, I., & Bhopal, R. S. (2017). *Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: A systematic review (1981-2014)*. Public Health, 142, 121-135.
- Brah, A., & Phoenix, A. (2013). *Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality*. Journal of International Women's Studies, 5(3), 75-86.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.
- Bunting, S. M. (1996). *Sources of Stigma Associated with Women with HIV*. Advances in Nursing Science, 19(2), 64.
- Carr, R. L., & Gramling, L. F. (2004). *Stigma : A Health Barrier for Women with HIV/AIDS*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 15(5), 30-39.
- Chipasula-Banda, M., Gomile-Chidyanga, F., Hendriks, S., Kachika, T., Mitole, Z., & White, S. (2005). *Violence sexuelle et vulnérabilité des femmes à la transmission du vih au Malawi. Les droits des femmes*. Revue internationale des sciences sociales, 186(4), 715-727.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., Hakim, J. G., Kumwenda, J., Grinsztejn, B., Pilotto, J. H. S., Godbole, S. V., Mehendale, S., Chariyalertsak, S., Santos, B. R., Mayer, K. H., Hoffman, I. F., Eshleman, S. H., Piwowar-Manning, E., Wang, L., ... Fleming, T. R. (2011). *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*. New England Journal of Medicine, 365(6), 493-505.
- Crenshaw, K. (2021). *Démarginaliser l'intersection de la race et du sexe : Une critique féministe noire du droit antidiscriminatoire, de la théorie féministe et des politiques de l'antiracisme* (S. Beaulieu, Trad.). Droit et Societe, 108, 465-490.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). *Social stigma*. In *The handbook of social psychology*, Vols. 1-2, 4th ed. (p. 504-553). McGraw-Hill.
- Curno, M. J., Rossi, S., Hodges-Mameletzi, I., Johnston, R., Price, M. A., & Heidari, S. (2016). *A Systematic Review of the Inclusion (or Exclusion) of Women in HIV Research : From Clinical Studies of Antiretrovirals and Vaccines to Cure Strategies*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 71(2), 181-188.
- *Déclaration d'Alma-Ata*. (1978). Retrieved November 6, 2023, from <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
- Desgrées-du-Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., Bajos, N., Lert, F., Lydié, N., Dray-Spira, R., & Group5, T. P. S. (2015). *Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013*. Eurosurveillance, 20(46), 30065.
- Desgrées-du-Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., Bajos, N., Lydie, N., Lert, F., & Dray-Spira, R. (2016). *Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France*. AIDS (London, England), 30(4), 645-656.
- Desgrées du Lou, A. (2019). *Des femmes africaines ensemble face à la maladie*. Études, Mai(5), 31-42.
- Doise, W. (1981). *L'explication en psychologie sociale*. Bulletin de psychologie, 34(349), 439-439.
- Eloy, P. (2022). *Analyser l'évolution et les déterminants de la présence des familles immigrées au sein des hébergements pour personnes sans domicile*. Populations vulnérables, 8.
- Escard, E. (2012). *Précarité et violences : Quels liens ?* Bulletin des médecins suisses, 93(51-52), 1916-1919.
- Gahagan, J., & Loppie, C. (2001). *Counting pills or counting on pills? What HIV+ women have to say about antiretroviral therapy*. Canadian Woman Studies, 21(2), 118-124.
- Garcia-Moreno, C. et al. (2005) *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO (World Health Organisation) multi-country study on women's health and domestic violence*, Lancet, 368, 1260
- Guimberteau, M. (2022). *Femmes exilées, une violence continue*. Centre Primo Levi. <https://primolevi.org/plaidoyer/femmes-exilees-une-violence-continue.html>
- Harzoune, M. (2023). *Loi Darmanin, un parfum de déjà-vu*. Hommes & Migrations, 1340, 186-189.
- Hassambay, R., Bennis, F.Z., Rwegera, B., & Desgrées du Lou, A. (2022). *L'approche communautaire en santé : Un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ?* Les Tribunes de la santé, 72(2), 83-92.
- IOM Publications (2020). *Africa Migration Report: Challenging the Narrative*. Retrieved November 6, 2023, from <https://publications.iom.int/books/africa-migration-report-challenging-narrative>

- Jodelet, D. (2006). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).
- Kumar, A., Haque Nizamie, S., & Srivastava, N. K. (2013). *Violence against women and mental health*. *Mental Health & Prevention*, 1(1), 4-10.
- Larkin, J. (2000). *Women, poverty and HIV infection*. *Canadian Woman Studies/les cahiers de la femme*, 20(3).
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). *The nature and function of self-esteem : Sociometer theory*. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 32, p. 1-62). Academic Press.
- Loufy, M. R., Sherr, L., Sonnenberg-Schwan, U., Walmsley, S. L., Johnson, M., d'Arminio Monforte, A., & Women for Positive Action. (2013). *Caring for women living with HIV: gaps in the evidence*. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 18509.
- Mabaso, M., Sokhela, Z., Mohlabane, N., Chibi, B., Zuma, K., & Simbayi, L. (2018). *Determinants of HIV infection among adolescent girls and young women aged 15-24 years in South Africa : A 2012 population-based national household survey*. *BMC Public Health*, 18(1), 183.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Math, A., & Spire, A. (2014). *Précarisation : La preuve par les chiffres*. *Plein droit*, 102(3), 34.
- *Missing Migrants Project* (2021). <https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean>
- OECD (2022) Gender Data Portal <https://www.oecd.org/gender/data/>
- ONU Femmes. (2020, 10 janvier). *Sénégal : la loi criminalisant le viol et la pédophilie promulguée par le président de la République*. ONU Femmes - Afrique. <https://africa.unwomen.org/fr/news-and-events/stories/2020/02/criminalisation-du-viol--au-senegal>
- ONU Femmes. (2023, 10 juillet). *RDC : Rassemblant les organisations féminines de la société civile*. ONU Femmes - Afrique. <https://africa.unwomen.org/fr/stories/nouvelle/2023/07/rdc-rassemblant-les-organisations-feminines-de-la-societe-civile>
- Onusida. (2020). *En Afrique subsaharienne, le risque d'infection au VIH est deux fois plus élevé chez les adolescentes et les jeunes femmes*. https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2020/march/20200309_adolescent-girls-young-women-sub-saharan-africa
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., & Desgrées du Loû, A. (2018). *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*. *The Lancet Public Health*, 3(1), e16-e23.
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Desgrées du Loû, A. & Lert, F. (2020). *Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France*. *Population & Sociétés*, 57, 1-4.
- Rappaport, J. (1987). *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology*. 15(2), 121-148.
- Rodrigo, C., & Rajapakse, S. (2010). *HIV, poverty and women*. *International Health*, 2(1), 9-16.
- Rintamaki, L. S., Davis, T. C., Skripkauskas, S., Bennett, C. L., & Wolf, M. S. (2006). *Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence*. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(5), 359-368.
- Salmons, M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013
- Santé Publique France. (2022). *Bulletin de santé publique VIH-IST*.
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). *The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS*. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101-1108.
- Speizer, I. S., & Pearson, E. (2011). *Association between early marriage and intimate partner violence in India: A focus on youth from Bihar and Rajasthan*. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 1963-1981.
- Spencer, L., Radcliffe, L., Spence, R., & King, N. (2021). *Thematic trajectory analysis: A temporal method for analysing dynamic qualitative data*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 94(3), 531-567.
- Tyszler, E. (2018). *Sécurisation des frontières et violences contre les femmes en quête de mobilité*. *Migrations Société*, 173, 143-158.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). *Impact of HIV-Related Stigma on Health Behaviors and Psychological Adjustment Among HIV-Positive Men and Women*. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482.
- Winskell, K., Hill, E., & Obyerodiyambo, O. (2011). *Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives*. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1257-1265.

Méthodologie

Cette étude a été réalisée à Ikambere par Gaston Boshouwers, étudiant en psychologie sociale, qui a mené des entretiens qualitatifs auprès de 16 femmes entre les mois de février et mai 2023.

Cette étude vise à porter un regard sur les phénomènes liés aux violences au travers des différents niveaux de Doise⁶⁰(1981) : le niveau intra-individuel afin de comprendre l'expérience vécue par l'individu dans sa perception propre⁶¹ (Jodelet, 2006) ; le niveau interindividuel, en comprenant l'influence sociale que peuvent émettre les autres bénéficiaires ; et enfin, le niveau situationnel notamment de sa position en tant que femme exilée et en tant que personne vivant avec le VIH.

Par le caractère exploratoire et notre volonté compréhensive des phénomènes de violences, une approche qualitative a été privilégiée. La première étape de cette étude a été de créer le guide d'entretien semi-directif à l'aide d'une revue de littérature. Le recueil de données a été réalisé auprès de 16 bénéficiaires d'Ikambere afin d'investiguer les différents types de violences auxquels elles ont dû faire face tout au long de leur vie. Ces entretiens ont été retranscrits et rendus anonymes pour des raisons éthiques et pour préserver leur sécurité. Ensuite ces données ont fait l'objet d'une analyse qualitative s'inspirant de l'analyse thématique des trajectoires⁶² et de l'analyse thématique de contenu⁶³, l'objectif sous-jacent étant de reconnaître la chronologie comme primordiale dans l'organisation de la vie de l'individu tout en permettant l'exploration de phénomènes au niveau individuel et macroscopique.

60 • Doise, W. (1981). *L'explication en psychologie sociale*. Bulletin de psychologie, 34(349), 439-439.

61 • Jodelet, D. (2006). *Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales* (p. 235-255).

62 • Spencer, L., Radcliffe, L., Spence, R., & King, N. (2021). *Thematic trajectory analysis : A temporal method for analysing dynamic qualitative data*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 94(3), 531-567.

63 • Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.

Description de la population interrogée

Les 16 femmes interrogées dans le cadre de cette étude sont âgées entre 21 et 73 ans. Elles sont arrivées en France entre 1997 et 2022 dont 4 en 2022. Seulement 3 de ces femmes ne sont pas directement arrivées en France depuis leur pays d'origine. Elles ont été diagnostiquées porteuses du VIH entre 2001 et 2022. 4 d'entre elles ont été diagnostiquées il y a moins de 5 ans, et la majorité (12) après leur arrivée sur le territoire français. Ces femmes sont en très grande majorité mères (14) de 1 à 7 enfants.

Au regard de la précarité : 9 sont sans emploi, 2 se trouvent dans un hébergement précaire (115, chez un tiers) et 8 sont dans une situation de précarité administrative (demande en cours, titre de séjour temporaire/pluriannuel, demandeuse d'asile) •

16 femmes

ont été interrogées
dans le cadre
de cette étude

Tranche d'âge

entre 21 et 73 ans

Pays d'origine

Côte d'Ivoire (6)
Cameroun (2)
France (1)
Gabon (1)
Guinée Bissau (1)
Mali (1)
Rép. du Congo (1)
Rwanda (1)
Sénégal (2)





14, rue Jules Saulnier - 93200 Saint-Denis

01 48 20 82 60

contact@ikambere.com

www.ikambere.com