



PROVIDE

PROximity On Violence

Defence and Equity – PROG-776957



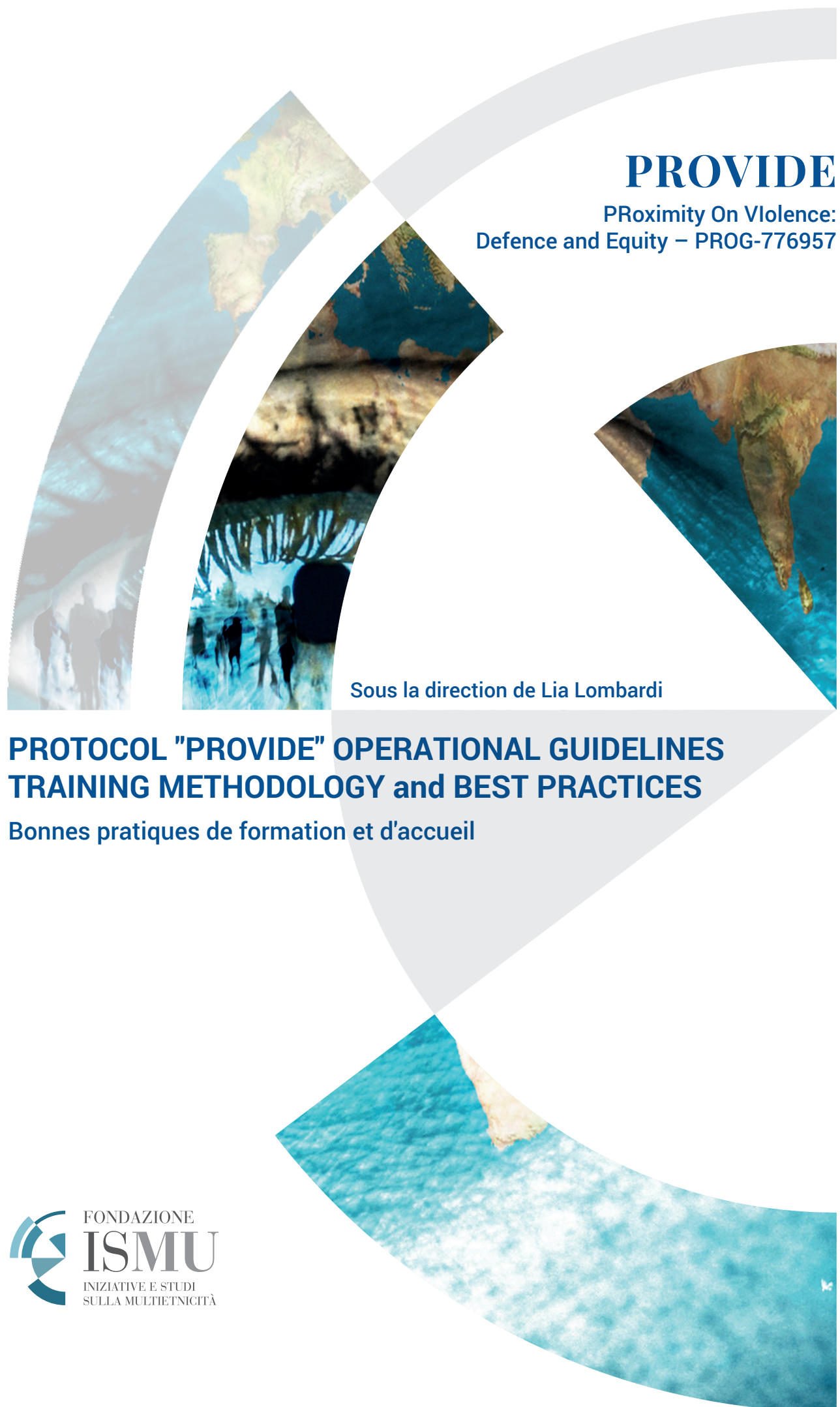
ISMU GUIDE

January **2020**

Sous la direction de Lia Lombardi

PROTOCOL “PROVIDE” OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Bonnes pratiques de formation et d'accueil



PROVIDE

PRoximity On Violence:
Defence and Equity – PROG-776957

Sous la direction de Lia Lombardi

PROTOCOL "PROVIDE" OPERATIONAL GUIDELINES TRAINING METHODOLOGY and BEST PRACTICES

Bonnes pratiques de formation et d'accueil



"This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Violence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship
Programme (2014-2020)."

Fondazione ISMU

via Copernico 1 - 20125 Milano

Tel: +39 02 678779.1

Fax: +39 02 67877979

www.ismu.org

Translations:

English, Joan Rundo

French, Virginie Gaugey

Spanish, Maria Clara Conti

Graphic design and layout: Veronica Gariboldi

© Fondazione ISMU, Milan 2020

ISBN 9788831443043

Partners



"The content of this publication draft represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains."

Sommaire

Introduction de Lia Lombardi

6

section 1

BONNES PRATIQUES DE FORMATION

1 | Violence de proximité et violence de genre dans les contextes migratoires

Par Valeria Alliata di Villafranca

Introduction et objectifs du module		11
Fiche 1.1	État des migrations et du système d'accueil: cadre européen et national	12
Fiche 1.2	Discriminations de genre, violence, proximité. Définitions, causes et formes de violence	14
Fiche 1.3	Violence de genre, de transit et de proximité dans les parcours migratoires	18
Fiche 1.4	Les conséquences de la violence	23
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale	28

2 | Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation internationale, européenne et nationale

Par Valeria Alliata di Villafranca

Introduction et objectifs du module		31
Fiche 2.1	La législation internationale et communautaire	32
Fiche 2.2	Violence de genre et Protection Internationale	39
Fiche 2.3	Traite des personnes et Protection Internationale	41
Fiche 2.4	La législation nationale	44
Fiche 2.5	Information/assistance aux réfugiés, demandeurs d’asile et victimes	45
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale	46

3 | Les soins et l'assistance à la personne et à la santé

Par Valeria Alliata di Villafranca et Chiara Dallavalle

Introduction et objectifs du module		49
Fiche 3.1	Le droit à la santé dans les normes internationales	50
Fiche 3.2	Le droit à la santé dans les normes nationales et locales	50
Fiche 3.3	Définitions et concepts de médecine, soins, santé/maladie, besoins essentiels et autres concepts	51
Fiche 3.4	Le rôle de la culture et son influence sur la santé des migrants vulnérables	54
Fiche 3.5	La santé des migrants	55
Fiche 3.6	Migrants et maladies	57
Fiche 3.7	Soutien psychologique aux victimes de violence	59
Fiche 3.8	Les acteurs impliqués	61
Atelier	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale	62

4 | Violence, torture et détresse psychologique

Par Chiara Dallavalle

<i>Introduction et objectifs du module</i>		65
<i>Fiche 4.1</i>	Traumatisme et aspects post-traumatiques	66
<i>Fiche 4.2</i>	Trouble de stress post-traumatique	68
<i>Fiche 4.3</i>	Le traumatisme dans la migration	70
<i>Fiche 4.4</i>	Migration et violence	72
<i>Fiche 4.5</i>	Ethnopsychiatrie	74
<i>Fiche 4.6</i>	Résilience et résistance	76
<i>Fiche 4.7</i>	Différences dans l'expérience de la violence liée au genre	78
<i>Atelier</i>	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale	80

5 | Gestion du stress

Par Chiara Dallavalle

<i>Introduction et objectifs du module</i>		83
<i>Fiche 5.1</i>	Accueillir et écouter	84
<i>Fiche 5.2</i>	Comment gérer la peur, le stress, la frustration, l'épuisement professionnel	86
<i>Fiche 5.3</i>	Les outils pour la gestion de l'agressivité	88
<i>Fiche 5.4</i>	Reconnaître l'existence de la violence de genre et/ou de proximité et savoir la prendre en charge	91
<i>Atelier</i>	Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale	94

section 2

BONNES PRATIQUES D'ACCUEIL

Identifier, prévenir, traiter

Par Lia Lombardi

<i>Introduction</i>		97
<i>Fiche 1</i>	Systèmes d'accueil	98
<i>Fiche 2</i>	Bonnes pratiques d'accueil	102
<i>Fiche 3</i>	Problèmes critiques et perspectives	107
<i>Le cas</i>	Résistance et résilience	108

Annexes	109
Bibliographie et sites Web	110
Remerciements	114

introduction

de Lia LOMBARDI

Ces directives opérationnelles sont le traitement des résultats des deux macro-actions du projet Provide: la recherche (Bartholini 2019a) et la formation des opérateurs (Bartholini 2019b).

La recherche qualitative met en évidence les difficultés des opérateurs des services et des centres d'accueil qui sont confrontés à un taux élevé de turn-over; le manque de compétences spécifiques concernant la violence de genre et de proximité; le manque d'offre de formation spécialisée (Lombardi 2019a).

À partir de la narration des besoins de formation des opérateurs, nous avons identifié quelques mots clés qui ont fait l'objet d'une comparaison entre les experts de l'équipe "Provide", donnant ainsi lieu à cinq modules de formation (Bartholini 2019b), objets de ces lignes directrices.

- 1 **Violence de genre versus violence de proximité.** Met en lumière la double violence à laquelle sont confrontées les demandeuses d'asile migrantes et les réfugiées: la violence masculine dans un premier temps (pendant et après le voyage), puis la violence institutionnelle et structurelle qu'elles rencontrent dans les pays de destination (Lombardi 2019a).
- 2 **Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation.** Correspondance des sources du droit international des droits de l'homme avec les directives/recommandations européennes et des pays membres, partenaires du projet.
- 3 **Soins de la personne et soins de santé.** Conséquences de la violence sur la santé des demandeurs/euses d'asile et des réfugiés/ées migrants/es en détectant les besoins de santé spécifiques pour lesquels des compétences adéquates sont nécessaires.
- 4 **Santé mentale.** Renforcement des parcours psychosociaux et des compétences concernant les troubles de stress post-traumatique des opérateurs impliqués dans la formation.
- 5 **Gestion du stress.** Prend en compte le stress et l'épuisement professionnel des opérateurs travaillant avec des migrants victimes de violence afin de renforcer leurs aptitudes et compétences en matière de gestion du stress.

Le groupe qui a élaboré le "Cours de formation pour experts en violence de proximité" a conçu la structure du cours en faisant référence aux méthodologies actives concernant la formation professionnelle. Compte tenu des contenus des cinq modules de formation et des caractéristiques professionnelles des participants (assistants sociaux, éducateurs professionnels, psychologues), nous avons imaginé

une structure modulaire de cinq heures, chaque module étant divisé en deux parties: d'abord un temps où le professeur soumet aux participants les concepts de base et les références du module, et une deuxième partie structurée en atelier avec la participation active des étudiants. La typologie de l'atelier s'inspire de la "méthode des cas" (Massa, 1997) et est dirigée par un formateur et un co-formateur (Lombardi, 2019b). Les cas, faisant référence à des histoires réelles et inhérentes au module de référence, sont lus et proposés au groupe-classe, qui est invité à se diviser en groupes de 4 à 8 participants. Le formateur et le co-formateur indiquent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas selon trois catégories d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne dont il est question dans le cas; 2. ses fragilités et faiblesses; 3. gestion du cas par les services (problèmes critiques, bonnes pratiques, efficacité).

À la fin du travail en groupes (30-40 minutes), le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et ajouter des informations pertinentes.

Nous avons donc structuré les lignes directrices en deux parties: la première concerne les "bonnes pratiques" de la formation; la seconde met en évidence les "bonnes pratiques d'accueil" des migrants/es victimes de violences, issues de la recherche.

Pour faciliter l'utilisation des présentes directives par les formateurs, nous avons réalisé des fiches retraçant les activités de formation, en reprenant les contenus et les approches les plus significatives de la formation dispensée dans les territoires cibles (Sicile, Lombardie, Toscane, région parisienne, Andalousie), en indiquant les cas-exemples significatifs, l'organisation et le déroulement de l'atelier.

La deuxième partie consacrée aux "bonnes pratiques d'accueil" repose sur trois critères - identifier, prévenir, traiter - et elle est également présentée sous forme de fiches qui concernent: les systèmes d'accueil en France, en Italie, en Espagne et certaines réalités locales; les bonnes pratiques d'accueil et de prise en charge des migrants victimes de violence et le travail en réseau (gouvernance, protocoles, actions); les points critiques et les perspectives du système.

Section 1

Bonnes pratiques de formation

5h



Violence de proximité et violence de genre dans les contextes migratoires

Par *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

1





15'

Le module présente les questions liées à la violence de genre et à la violence de proximité et vise à analyser les causes et les différentes formes de violence qui se produisent avant, pendant et après le parcours migratoire. À travers l'exposition d'informations et l'analyse de cas, le parcours de formation vise à fournir aux opérateurs des outils utiles et efficaces, pour identifier les victimes de violence et pour encadrer les domaines et les contextes dans lesquels surviennent les abus et les violences, afin de mettre en place des parcours efficaces d'assistance et d'empowerment des victimes.

Les migrations forcées détériorent les supports familiaux, amicaux et communautaires des contextes de départ, faisant pression sur les identités culturelles, religieuses et de genre. Les enfants, les adolescents et les femmes sont les plus vulnérables et les plus exposés aux violences et abus, à l'exploitation, à l'intimidation, aux représailles et aux conséquences sur la santé physique et mentale.

Fiche 1.1

État des migrations et du système d'accueil: cadre européen et national

35'



Flux migratoires vers l'Europe. Les voies de migration par terre et par mer.

Au cours de cette session, nous devons indiquer et commenter le cadre actuel des flux migratoires vers l'Europe et des arrivages sur les côtes méditerranéennes. Indiquer les données quantitatives:

- » Sur les arrivées par terre et par mer, en précisant également les lieux d'arrivée et de tri.
- » Sur les provenances et les pays d'origine.
- » Sur la présence de catégories vulnérables (comme spécifié dans la fiche 3).
- » Sur les demandes d'asile: indiquer si possible celles qui ont été acceptées et celles qui ont été rejetées.
- » Sur les rejets et les rapatriements.
- » Autres informations jugées importantes par le formateur dans le contexte dans lequel se déroule la formation.

Cadre national

Au cours de cette session, nous devons exposer les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en accordant une attention particulière aux sujets suivants:

Demandeurs d'asile dans le pays membre (par exemple: Italie, France, Espagne)

- » Sur les arrivées par terre et par mer, en précisant également les lieux d'arrivée et de tri.
- » Sur les provenances et les pays d'origine.
- » Sur la présence de catégories vulnérables (comme spécifié dans la fiche 3).
- » Sur les demandes d'asile: indiquer si possible celles qui ont été acceptées et celles qui ont été rejetées.
- » Sur les rejets et les rapatriements.
- » Autres informations jugées importantes par le formateur dans le contexte dans lequel se déroule la formation.

Le système d'accueil des migrants

- » Comment fonctionne le système d'accueil national et local.
- » Les niveaux d'accueil et les services fournis par les centres d'assistance aux migrants.
- » Bonnes pratiques et problèmes.



La santé des migrants en situation régulière, des migrants en situation irrégulière, des demandeurs d’asile et des réfugiés. Droit et accès aux soins

En fonction de leur statut administratif, quel type d’accès aux services est garanti aux migrants?

Indiquer s’il y a des différences entre:

- » Migrants réguliers: résidents, permis/carte de séjour.
- » Sans-papiers non-résidents, sans PS, sans documents.
- » Titulaires d’une protection internationale/subsidaire/autre.
- » Demandeurs d’asile.

Fiche 1.2

Discriminations de genre, violence, proximité. Définitions, causes et formes de violence

35' + pause 15'
au bout de la fiche



Inégalités et discrimination de genre

L'égalité des sexes n'est autre que l'égalité de traitement entre hommes et femmes en fonction de leurs besoins respectifs. Cela doit conduire à une parfaite équivalence en termes de droits, avantages, obligations et opportunités. Dans la plupart des sociétés, les inégalités s'expriment précisément par la non-reconnaissance de ces équivalences et donc par l'attribution de responsabilités, de droits, d'opportunités et d'avantages différents pour les hommes et pour les femmes, tant dans les activités dont ils ou elles s'occupent, que dans l'accès aux ressources et le contrôle des ressources, ainsi que dans les processus de prise de décision.

Quelques indicateurs de discrimination et d'inégalité de genre

Accès à l'éducation, activité économique, pouvoir de décision et de contrôle.

Selon le "Rapport Social Watch 2012, GEI Gender Equity Index", au niveau mondial, le rapport moyen d'inégalité entre les sexes est: de 0,82 dans l'éducation – max. Amérique du Nord 1,00, min. Moyen-Orient et Afrique du Nord –; de 0,57 dans l'activité économique – max. 0,74 Asie centrale, min. 0,23 Moyen-Orient et Afrique du Nord –; de 0,28 dans le pouvoir décisionnel et de contrôle – max. 0,48 Europe et Amérique du Nord, min. 0,14 Asie du Sud, Moyen-Orient et Afrique du Nord.

Santé en matière de procréation et accès aux services de santé et aux services sociaux

En ce qui concerne la santé en matière de procréation, les problèmes qui y sont liés demeurent la principale cause de maladie et de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde entier. Selon le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), toutes les minutes une femme meurt pendant un accouchement pour des raisons qui auraient pu être évitées – avec un accès adéquat aux services sociaux et de santé souvent refusés – et pour chacun de ces décès, plus de 20 femmes ont des problèmes de santé permanents liés aux complications survenant lors de l'accouchement.

Les premières reconnaissances des droits fondamentaux de l'homme et au féminin 1993: la Conférence mondiale des Nations Unies sur les droits de l'homme, dans le cadre de la *Déclaration et du Programme d'action de Vienne*, reconnaît les droits fondamentaux des femmes et des fillettes comme une "partie inaliénable, intégrale et indivisible des droits de l'homme universels". Il y a donc une reconnaissance des "diverses formes de discrimination et de violence auxquelles les femmes sont continuellement exposées dans le monde".



La violence de genre (*gender based violence*) est donc reconnue comme une violation des droits fondamentaux de l'homme.

Définition Violence à l'égard des femmes

(Art. 113 du Programme d'action de la Conférence de Beijing)

"Tout acte de violence fondée sur le genre qui implique ou pourrait causer pour la femme un préjudice ou une souffrance physique, psychologique ou sexuel, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, qui se produisent dans le cadre de la vie publique ou privée".

"La violence à l'égard des femmes est la manifestation de relations de pouvoir historiquement inégales entre hommes et femmes [...]. La violence à l'égard des femmes au cours de leur vie découle essentiellement de facteurs culturels, en particulier des effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles ou coutumières, mais également d'actes d'extrémisme liés à la race, au sexe, à la langue et à la religion, qui perpétuent la condition d'infériorité des femmes dans la famille, sur le lieu de travail, dans la communauté et dans la société". Sur la base de cette conviction, la violence de genre est déclinée selon trois sens différents (physique, sexuel et psychologique) qui sont interdépendants dans les différents domaines de la vie (famille, communauté et État)."

Formes de violence à l'égard des femmes

La violence contre les femmes comprend:

- » **Violence physique**, sexuelle et psychologique au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels sur des fillettes dans le cadre domestique, la violence résultant de droits de d'héritage, les viols conjugaux, la mutilation génitale féminine et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes, la violence extra-conjugale et la violence liée à l'exploitation.
- » **Violence physique, sexuelle et psychologique au sein d'une communauté plus large**, y compris le viol, les abus sexuels, le harcèlement sexuel, l'intimidation sur le lieu de travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, la traite des femmes et la prostitution forcée.
- » **Violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État**, où qu'elles se produisent.

Violence intrafamiliale et domestique

Définition

Tout acte ou comportement commis par une personne qui, en abusant de sa position de pouvoir (physique et/ou psychologique), inflige des dommages physiques et/ou psychologiques à un membre de sa famille, y compris: menaces ou actes de violence physique, psychologique ou sexuelle commis au sein d'une relation familiale ou de couple.

Maltraitant / Victime

partenaire intime, conjoint, parent, frère/sœur, fils ou fille, personne âgée (par exemple grands-parents), autres membres de la famille.

Fiche 1.2

Le profil du maltraitant ou du tortionnaire

Violent uniquement dans la famille: sujets moyennement violents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille, ils ne présentent pas de troubles psychopathologiques pertinents.

Dysphorique – borderline: modérément ou sérieusement violent surtout envers le partenaire. Sérieusement perturbé, ils ont du mal à accepter l'abandon. Pathologiquement jaloux.

Antisocial généralement violent: agresseurs antisociaux violents. Généralement avec un casier judiciaire.

Quelques caractéristiques de la victime

La victime de maltraitance, lorsqu'elle demande de l'aide, présente habituellement: peur, honte, dépendance émotionnelle, perception déformée du danger (parfois), ambivalence en ce qui concerne la possibilité de quitter le maltraitant.

Le contexte

Tout type de famille et/ou de couple (hétérosexuel, homosexuel, autre), de toute tranche d'âge, de tout groupe d'appartenance (groupes ethniques, etc.), de tout niveau socio-économique et culturel.

Formes de violence intrafamiliale et/ou domestique

- » **Violence psychologique.** Humilier, dévaluer, culpabiliser, contrôler des actions et/ou des décisions, limiter l'autonomie, isoler.
- » **Violence économique.** Interdire ou entraver l'accès au travail en dehors de la maison; priver de salaire ou le contrôler; empêcher le contrôle de la gestion économique de la famille; refuser ou restreindre l'accès aux finances familiales (comptes bancaires, etc.). Ne pas remplir les devoirs de pensions alimentaires établis par une sentence; exploiter la personne en tant que main-d'œuvre de l'entreprise familiale (domaine agricole, touristique, artisanal, etc.) sans rémunération ni pouvoir décisionnel, ni accès à des moyens financiers; endetter la femme pour faire face à ses propres manquements.
- » **Violence physique.** Gifler, griffer, mordre, suffoquer, frapper avec des objets, tirer les cheveux, donner des coups de poing et/ou des coups de pied, brûler avec des cigarettes ou autres objets brûlants, blesser avec des armes.
- » **Violence sexuelle.** Forcer à avoir des rapports sexuels par la force, avec des menaces ou du chantage, imposer des pratiques non désirées, imposer des relations qui impliquent d'infliger une douleur physique et/ou psychologique.

Violence de proximité

Qu'entend-on par violence de proximité?

La violence de proximité se situe entre la violence de genre mise en évidence par le droit international et la violence normalisée expliquée par des enquêtes sociologiques. La violence de proximité est caractérisée par:

- » Un lien entre violence interpersonnelle et symbolique et physique, que le contexte favorise et structure.



- » Une interconnexion entre domaine public, espace privé et sphère de l'imaginaire.
- » Une violence enracinée dans la vie quotidienne et dans ses interstices les plus faibles.
- » Le résultat de la reconnaissance de l'autre par la victime dans un contexte ou une situation.
- » La manipulation de la confiance interpersonnelle qui conduit à l'abus de la vulnérabilité de l'autre.

Le terme dérive de "proximus" et fait référence à cette forme grammaticale de superlatif absolu qui désigne la personne **la plus proche de l'autre personne** dans un espace et à un moment donnés (Bartholini 2013). Il s'agit donc d'un type de relation dans lequel les sujets sont mutuellement liés par une proximité résultant du partage d'une expérience émotionnelle (Collins 2008).

Le "Proximus" est l'autre participant à une expérience émotionnelle provoquée chez la victime par des actes de violence.

Par rapport à la victime, le bourreau se trouve dans une position asymétrique et dominante. De ce point de vue, la possibilité de recourir à la violence de proximité est subordonnée au comportement et aux actions du bourreau qui domine une victime dans des conditions de vulnérabilité absolue déterminée par la situation.

Comment se déroule la manipulation de l'autre en tant que sujet vulnérable et exposé?

La manipulation de la victime, en tant que sujet vulnérable et exposé, se produit à travers:

- » ***La confiance manipulée:*** le bourreau obtient la confiance de la victime.
- » ***L'identification d'un autre significatif:*** reconnaissance du pouvoir/de l'identité de l'autre en tant que bourreau.
- » ***La résistance:*** activation des processus de résistance par la victime.
- » ***La résilience:*** activation des processus de résilience par la victime.

Les éléments positifs

La confiance, l'attention, le soin, qui caractérisent certaines relations entre persécuteur et persécuté, comme dans le cas de femmes victimes d'exploitation sexuelle et des sujets auxquels elles se réfèrent, sont en réalité des facteurs de résistance qui retardent ou empêchent la prise de conscience de leur vulnérabilité quasi absolue.

Pourquoi est-il plus approprié de parler de violence de proximité?

- » C'est une violence opérée sur les sujets les plus vulnérables par des sujets "proches" de la personne et même de la famille des victimes.
- » Elle implique une acceptation volontaire initiale basée sur la confiance accordée au tortionnaire.
- » Elle produit chez la victime des mécanismes de défense qui rendent le lien acceptable ou qui empêchent de rompre le lien abusif (résistance).
- » Elle produit des mécanismes de résilience active qui conduisent à l'acceptation de la situation.

Fiche 1.3

Violence de genre, de transit et de proximité dans les parcours migratoires



Genre, Violence, Conflit, Migration

Il existe une relation étroite entre genre, violence, conflit et migration, car la violence, sous ses différentes formes (physique, sexuelle, psychologique, structurelle, institutionnelle) devient un instrument de pouvoir, de soumission, de prévarication. Dans les conflits et les situations critiques, le corps féminin, en particulier, devient un "lieu public" (Duden, 1984; Lombardi, 2019a). Les réfugiés et les demandeurs d'asile fuient dans la plupart des cas les guerres, les persécutions, les difficultés extrêmes rencontrées dans leur pays d'origine et la plupart d'entre eux vivent dans des conditions de privation, de violence et d'abus dans les pays de transit (par exemple, en Libye).

La violence de genre peut survenir dans le contexte d'un conflit, au cours du voyage migratoire et dans les États membres d'accueil de l'UE (par exemple, dans des structures d'accueil et/ou de détention).

La violence de genre - centrée sur les violences commises sur des femmes et des jeunes filles - est entendue comme violence physique, sexuelle et psychologique, y compris les menaces de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, le chantage.

La violence fait référence à des actes commis dans des lieux publics ou privés. Cela peut donc inclure la violence de la part de membres de la famille (partenaires intimes et violence domestique de la part de différents membres de la famille), ainsi que des formes de harcèlement sexuel, ainsi que d'autres formes de violence sexuelle, de la part de différents auteurs.

Violence contre les femmes réfugiées et demandeuses d'asile.

Le cadre européen

Selon l'OIM (2015), un nombre sans précédent de personnes, de familles et de mineurs, originaires du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Asie centrale, ont traversé la Méditerranée et la mer Égée à la recherche de sécurité et de protection en Europe. En 2015, plus de 3 500 personnes se sont noyées ou ont disparu pendant le trajet. Parmi les nombreuses fragilités qui affectent ces personnes, la santé mentale et psychologique et les problèmes psychiatriques comptent parmi les plus importants et méritent une attention particulière. Les réfugiés et les demandeurs d'asile fuient dans la plupart des cas des guerres, des persécutions et des difficultés extrêmes des pays d'origine. Beaucoup vivent dans le dénuement, la violence et les maltraitements dans les pays de transit et affrontent des voyages très risqués.

Les migrations forcées détériorent les supports familiaux, amicaux et communautaires



des contextes de départ, faisant pression sur les identités culturelles, religieuses et de genre. Les enfants, les adolescents et les femmes sont les plus vulnérables et les plus exposés aux violences et abus, à l'exploitation, à l'intimidation, aux représailles et aux conséquences sur la santé physique et mentale.

Catégories de migrants vulnérables

Les femmes et les mineurs à risque; les mineurs non accompagnés; les femmes enceintes; les parents avec enfants mineurs; les personnes à mobilité réduite; les personnes ayant besoin de soins médicaux ne pouvant être assurés qu'avec la réinstallation; les personnes ayant besoin d'une réinstallation d'urgence pour des raisons de protection juridique ou physique, y compris les victimes de violence ou de torture.

Classes de vulnérabilité

Violence psycho-physique; deuils ou pertes familiales; victimes de conflits entre tribus/de guerres; victimes d'abus sexuel; victimes de traite; grossesse suite à des abus; dépendances.

Indicateurs sur l'état de santé des migrants vulnérables

- » **Maladies infectieuses:** incidence supérieure à la moyenne du pays d'accueil.
- » **Maladies sexuellement transmissibles:** particulièrement chez les migrants en situation irrégulière et les victimes de violence.
- » **Santé mentale:** problèmes psychologiques et psychiatriques chez les réfugiés et demandeurs d'asile résultant de tortures, de violences et de déplacements extrêmement dangereux.
- » **Santé génésique:** de nombreuses femmes sont enceintes et, dans la plupart des cas, des grossesses ont débuté pendant le voyage. Pour cette raison, elles demandent une IVG, mais ce n'est pas toujours possible: pour traiter des problèmes de santé génésique (grossesses, naissances, avortements, contraception, etc.), il est recommandé que les centres d'accueil établissent une coopération avec les conseillers familiaux.

Violence de genre (VdG) dans les parcours migratoires

Concernant la VdG, l'UNHCR, le FNUAP et la WRC (Women Refugees Commission) ont exprimé leur grande inquiétude face aux risques et aux violences auxquels sont exposées les femmes réfugiées en transit vers l'Europe. En 2015, l'UNHCR, le FNUAP et la WRC ont mené une enquête sur le terrain sur les risques encourus par les femmes et les jeunes filles en transit vers l'Europe. Les hommes et les femmes sont exposés à différents risques et vulnérabilités au cours de leur trajet migratoire. Les femmes et les filles mineures sont particulièrement exposées à la discrimination, à la violence sexuelle et à la violence de genre, et elles ont donc besoin d'un accueil et de structures spécifiques. Les centres d'accueil sont souvent surpeuplés, ce qui expose les femmes et les filles à un risque accru de violence, d'abus et d'exploitation (UNHCR, 2017).

Fiche 1.3

Risques pendant le trajet et dans la structure d'accueil. Violence de transit, familiale et domestique, structurelle, institutionnelle et de "proximité"

Une récente évaluation des risques pour les femmes et les enfants réfugiés a identifié des cas de violence sexuelle et de genre, notamment des mariages précoces et forcés, la traite, des violences domestiques, des abus sexuels et physiques tant dans le pays d'origine que pendant le trajet ou dans les pays de transit. Selon le rapport de l'UNHCR, du FNUAP et de la WRC, la réponse à la crise humanitaire européenne est insuffisante et souvent peu concluante, incapable de prévenir les violences et d'en résoudre les conséquences. En outre, il n'existe actuellement que peu de données détaillées sur la crise humanitaire actuelle, ce qui peut alimenter la perception selon laquelle la violence à l'égard des femmes n'est pas un élément important de cette crise. Enfin, selon les rapports de l'UNHCR, du FNUAP et de la WRC, les femmes et les filles sont exposées à la violence de genre même dans les centres d'accueil et autres structures à leur arrivée en Europe (par exemple, police, professionnels de l'administration, responsables des centres, etc.)

Violence de transit. Lorsqu'elles sont interrogées, de nombreuses femmes migrantes déclarent avoir été violées et contraintes de se prostituer pour payer les documents du voyage et le voyage lui-même; par peur de devoir retarder leur voyage, elles nient avoir subi des violences et ne demandent pas de traitement médical. Un nombre croissant d'hommes et de garçons montrent des signes de violence et de torture à leur arrivée. Ils affirment avoir été maltraités, battus même avant le début du voyage, victimes du chantage menaçant de ne pas les emmener à destination (UNHCR - FNUAP-WRC, 2016).

Violence familiale ou domestique. Il est apparu à plusieurs reprises qu'au cours du voyage, de fausses familles avaient été créées pour protéger les femmes et pour bénéficier des structures mises à disposition des familles; mais par la suite, au cours de la cohabitation, ces couples "explosent". Il y a aussi des familles réelles, mais en traversant de nombreuses situations difficiles dans le pays hôte, elles "explosent" à cause du stress. Dans les deux cas, l'inconfort de la famille peut se traduire par des violences physiques à l'égard des femmes ou des filles.

Violence structurelle. La violence structurelle fait référence aux situations dans lesquelles les victimes (femmes, mais aussi hommes) vivent dans des conditions où la violence est un *modus vivendi*, vécu depuis l'enfance, des contextes où les enfants perdent toute forme de protection et de tutelle, sont à la merci d'adultes pour qui ces enfants sont des instruments à exploiter, utiles à leurs affaires. Ce type de violence repose donc sur des principes hiérarchiques enracinés dans les communautés et les sociétés dans lesquelles les personnes les plus vulnérables sont victimes d'exploitation et de maltraitance, sans que cela soit reconnu et défini comme tel.

Violence institutionnelle. Elle est représentée par toutes les formes de violence générées par les lois, les pratiques administratives, la méconnaissance des opérateurs qui accueillent des migrants (police, centres d'accueil, services sociaux, bureaucratie). Elle est liée à toute forme de discrimination institutionnelle qui maintient les femmes dans une position subordonnée, à la fois physique et idéologique. La violence institutionnelle est parfois donnée par des règles strictes qui ne sont pas adaptées à la situation spécifique et individuelle.

Violence de proximité. Ce sont des situations collectives qui concernent avant



tout les grands centres d'accueil. Parfois, des choses banales, comme une dispute entre enfants, peuvent la générer. Parfois, elle se traduit par des actes de méchanceté contre les voisins, ce sont des formes de violence que les opérateurs ne peuvent pas gérer. D'autres situations concernent les adolescents et les jeunes: lorsqu'il y a des adolescents vulnérables, il y a souvent des épisodes de harcèlement et d'intimidation à leur rencontre. Les jeunes migrants sont également exposés à d'autres risques: certains adultes italiens se présentent à eux comme des "protecteurs", comme ceux qui promettent protection et aide. Au début, ils donnent de l'argent ou des cadeaux aux jeunes immigrés, mais en réalité, ce ne sont que des "recruteurs" de garçons et de filles pour le marché de la drogue, de la prostitution ou de la petite délinquance.

Le problème réside également dans le fait que ces jeunes ne savent pas comment se protéger, ils ne savent pas à qui ils peuvent et doivent faire confiance. Les très jeunes enfants ne réalisent parfois pas que ces méthodes sont abusives mais ils ne savent pas à qui en parler, ils ne savent pas s'ils peuvent faire confiance au "personnel du centre d'accueil" ou non.

Le phénomène migratoire et la violence normalisée.

Pour parler de l'un des plus grands business de l'histoire récente de la criminalité transnationale, il est essentiel d'identifier les modalités d'entrée, les parcours suivis, les flux, les destinations, les pays de départ et ceux de transit d'un nombre important de sujets en Italie, essentiellement des jeunes femmes, originaires des pays de l'Est, d'Afrique et, dans des proportions moindres, d'autres territoires, et qui sont arrivées dans notre pays ces dernières années pour être placées sur le marché de la prostitution. Quand on parle de traite des êtres humains, une attention particulière est accordée à une population spécifique, la population nigérienne, composée d'un pourcentage élevé de jeunes femmes, plus touchées par le phénomène de la traite à des fins d'exploitation sexuelle.

Le voyage des femmes demandeuses d'asile, du Nigéria à Italie.

L'Italie, comme le reste de l'Europe, représente l'une des principales destinations de la plupart des femmes ayant besoin de protection. Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) "... environ 80% des migrantes nigérianes arrivées par voie maritime - en 2016 - sont probablement victimes d'un trafic destiné à l'exploitation sexuelle en Italie ou dans d'autres pays de l'UE".

En outre, l'OIM dénonce "l'augmentation significative et inquiétante du nombre de victimes de la traite d'adolescentes". Quand elles débarquent sur nos côtes, bon nombre de ces filles se déclarent majeures, suivant les indications des trafiquants: "Ainsi, les filles seront placées dans des structures d'accueil pour adultes, où il sera plus facile de contacter leurs trafiquants, qui les récupéreront plus facilement."

La traite des êtres humains concerne des filles de plus en plus jeunes (16/19 ans): «Elles sont de plus en plus jeunes, de plus en plus pauvres, et ont été peu scolarisées. Ce sont principalement des filles âgées de 15 à 17 ans, avec une proportion croissante de fillettes ». L'argent gagné par les mineures doit être restitué à la maman pour rembourser la dette et toute violation présumée de ce pacte doit être compensée par un nouveau serment.

Fiche 1.3

Individus, rôles, méthodes de recrutement dans le pays d'origine et exploitation

La **maman** est la femme qui exerce des rôles clés dans toutes les phases du cycle d'exploitation. En particulier, il régleme tous les aspects de la vie quotidienne des filles, c'est-à-dire qu'elle a le contrôle absolu de leur dette et de leur vie. En fait, elle décide de la destination finale en Italie et de tout transfert ultérieur. Elle détermine également les lieux, les moments et les méthodes des activités de prostitution des jeunes filles mineures, par exemple si elles doivent travailler tout le temps, ou bien travailler le jour ou la nuit.

Le **recrutement** a lieu à Benin City, dans les zones rurales et dans les villages les plus reculés des États d'Anambra, du Delta et du Lagos. Les filles quittent le Nigéria en direction du Niger et les viols commencent souvent dans le désert et au tout début du voyage. Les témoignages recueillis révèlent qu'au Niger, elles sont contraintes à la prostitution forcée indoor, c'est-à-dire dans des maisons closes. Dans ce cas, l'exploitation sexuelle forcée est imposée aux victimes afin de commencer à rembourser les trafiquants de la dette contractée pour le voyage. Depuis le Niger, le voyage des femmes se poursuit vers la Libye. Le voyage de ces filles est un cauchemar d'abus et de violence.

Souvent, elles sont enfermées dans des maisons d'hôtes, d'où elles ne peuvent pas sortir et où des hommes vont les forcer à avoir des relations sexuelles ou à se prostituer. En Libye, le séjour et l'exploitation se poursuivent pendant des mois, dans les connection house, avant le départ pour l'Italie: elles sont contraintes à la prostitution indoor sans protection d'aucune sorte (en effet, certaines d'entre elles tombent enceintes). (Dossier Save the Children, *Petits esclaves invisibles: les jeunes victimes de trafic et d'exploitation*, 2015)

Les phases et les types de violence subie par les migrants vulnérables pendant le parcours migratoire

Pendant le conflit, avant de fuir leur pays d'origine	Abus commis par des personnes en situation d'autorité; traite des êtres humains; violence sexuelle, viol; enlèvement par des groupes armés, y compris des forces de sécurité officielles; viols de masse; grossesses forcées.
Durant le parcours migratoire	Agression sexuelle par des bandits, des gardes-frontières, des pirates; enlèvement pour trafic d'êtres humains et trafic "moderne" d'esclaves.
Dans le pays d'accueil	Agression sexuelle, coercition, extorsion par des personnes en position de pouvoir; abus sexuels, enfants arrachés à leurs familles et placés dans des foyers d'accueil; violence domestique; violences sexuelles lors des tâches quotidiennes; relations sexuelles transactionnelles en échange de la survie / prostitution forcée; pratiques traditionnelles.
Pendant la déportation / rapatriement	Retour / expulsion / rapatriement. Abus sexuel de femmes et d'enfants séparés de leur famille; abus sexuels commis par des personnes en position de pouvoir; viol; violence sexuelle; expulsion forcée.
Dans le parcours de réintégration	Abus sexuels contre les réfugiés comme forme de punition; relations sexuelles transactionnelles pour légitimer sa situation juridique; exclusion des processus décisionnels; refus ou déni d'accès aux ressources, au droit aux pièces d'identité, au droit au recouvrement des biens.



Fiche 1.4

Les conséquences de la violence

35'



Résistance et résilience

L'un des principaux problèmes liés à la violence de genre et qui empêche de trouver des manières pour l'entraver est que, pour la plupart des femmes interrogées, la violence de proximité est admise, tolérée et justifiée dans le cadre de la vision traditionnelle du couple ou en raison d'une dépendance affective.

De ce point de vue, le patriarcalisme (Edwards, 1987; Garcia-Moreno, 2006) n'est pas seulement une catégorie interprétative de la violence qui renvoie aux particularités économiques, culturelles ou religieuses de ses acteurs, mais il trouve sa caractérisation épistémique dans la violence infligée aux victimes par un tortionnaire proche, aussi bien pendant le "voyage abusant" que dans l'exploitation pour la prostitution.

Mécanismes de résistance des victimes qui ne peuvent se générer que par des relations de proximité

La résistance des victimes

Dans des contextes particulièrement stressants, défavorisés ou douloureux, la victime trouve une raison ou une motivation qui justifie au moins partiellement la violence et qui lui permette d'opposer une résistance. Il en résulte ensuite la possibilité d'une narration des faits de violence qui, dépassant la simple dichotomie entre bourreau et victime, transforme la victime en quasi-victime et le bourreau en quasi-bourreau. Le résultat est un récit aux effets contrastés et aux conclusions contradictoires qui justifie l'exercice de la violence.

Mécanismes de résilience qui ne peuvent être générés que par des relations de proximité

La résilience est un élément dynamique. Elle indique:

- » La résistance aux difficultés.
- » La capacité de se reconstruire "positivement".

Le terme vient de la physique et indique la capacité d'un métal à reprendre sa forme après avoir reçu un coup suffisamment puissant pour le casser.

Dans le cas des victimes de violences, il s'agit d'évaluer la capacité d'endurance aux actes de violence subis ou vécus et la disposition à trouver des éléments positifs dans les relations d'exploitation et de maltraitance.

Résilience et Frame

Goffman a expliqué que toutes les formes d'interaction ont recours au *framing*. Le frame permet de donner un sens aux expériences, de donner un cadre aux situations

Fiche 1.4

de la vie quotidienne en donnant un sens aux interactions à travers cette opération d'"encadrement".

Le *frame* est un cadre dans lequel les participants jouent des rôles précis. Mais ce n'est pas un cadre ou une structure statique. C'est au contraire un *framework*.

Le *framework* constitue une véritable activité d'adaptation à la réalité.

La capacité à s'adapter à un *frame* donné n'est pas innée, mais acquise. La dynamique par laquelle nous "devenons des participants" de certaines expériences au sein de schémas interprétatifs particuliers est précisément indiquée par Goffman par le terme *framework* (Frame Analysis, 1974) et doit être interprétée comme une forme de résilience par laquelle les victimes modulent la perception même de la réalité qui les contextualise en tant que victimes, en retraçant les éléments positifs de leur existence.

Naturalisation et racialisation

Séparer le discours sur la violence de proximité des représentations culturelles qui le justifient, ou des processus de résilience et de résistance, reviendrait à le séparer de toute interprétation possible qui "naturalise" la violence de proximité. Cela produirait une sorte de *racialisation* des migrantes (Crenshaw, 1991; Razack, Smith, Thobani, 2011).

Les entretiens accordés aux femmes migrantes montrent que souvent *seule la violence physique est considérée comme telle*, alors que toutes les autres formes de maltraitance, allant de l'abus économique ou symbolique à l'exploitation sexuelle dans le cadre d'une relation, sont souvent perçues comme des comportements justifiables de la part de l'homme, à qui est octroyée l'autorité pour décider de l'organisation au sein de la relation et de l'utilisation instrumentale de la femme dans le but même de maintenir la relation.

Il est donc clair qu'il existe une asymétrie à la base de la relation, caractérisée par le fait que l'homme joue un rôle de supériorité (Romito, 2000), dans un contexte de violence structurelle (Farmer, 2003). C'est là que, comme l'affirme Butler (2016), ces femmes vivent dans un contexte de résistance à "leur" violence, à travers un processus de naturalisation de la violence.

Le pouvoir de régulation de la violence

En raison de la résistance et de la résilience de la victime, la relation devient auto-immune et exclut les conflits.

- » **Auto-suffisante.** Lorsque la violence - sous différentes formes et de différentes manières - devient le ciment même de la relation, elle revêt les caractéristiques de l'autosuffisance. En d'autres termes, la violence "suffit" pour maintenir la relation en place et fait en sorte que, dans le rituel comportemental des partenaires impliqués, elle remplisse une fonction constituante permettant à la relation de se poursuivre. Et ceci est vrai aussi bien dans les relations de couple que dans les relations entre adolescents ou jeunes (lorsqu'il existe une dynamique de violence de groupe).



- » **Auto-immune.** Étant auto-immune, la relation basée sur la violence exclut de l'intérieur toute autre forme de résistance à la violence, cette dernière devenant indispensable au maintien de la relation. La violence devient ainsi le fondement de la domination de l'un sur l'autre, en l'absence de toute autre forme d'attachement mutuel et réciproque.
- » **Elle remplace le conflit** qui – dans sa forme "domestiquée" de compétition, concurrence, rivalité, dialectique – prévoit "la symétrie intentionnelle" des sujets impliqués qui agissent en vue d'obtenir un résultat et, simultanément, une « asymétrie des objectifs, des attentes et des ressources visant à trouver un équilibre ou un repositionnement des parties » [Bartholini 2012: 18].

La violence est à la fois un outil de régulation des relations et une force sociale autonome capable de donner un sens à la réalité.

Pour la première définition, la violence vise à obtenir un plus grand pouvoir ou à rééquilibrer le pouvoir entre les acteurs impliqués. La deuxième définition fait plutôt référence à la possibilité même que la violence, en tant que force structurante de la relation, implique les participants et leur donne un rôle – victime, bourreau, spectateur – et donc une identité.

Comment identifier la violence de proximité

En tant que phénomène unitaire, la violence de proximité peut être identifiée à travers les caractéristiques suivantes:

- » **Durée**, à l'opposée des liens temporaires et de tout caractère fragmentaire temporel qui distingue les relations occasionnelles, la durée permet de "fixer" l'identité des participants par le rituel du couple qui est réitéré dans le temps.
- » **Manipulabilité du corps**, considéré comme le lieu concret dans lequel s'exerce le pouvoir du bourreau, privant ainsi la victime de toute liberté individuelle.
- » **Oppression relationnelle** et référence réciproque des acteurs impliqués comme condition émotionnelle nécessaire à la mise en place du rituel situationnel, par opposition à la liberté d'être et de choisir et à la possibilité de renouveler/faire évoluer la relation.

Quand la relation violente implose-t-elle?

La réponse à cette question, qui est fondamentale pour que la situation s'achève le plus vite possible, dépend de la solidité de la transaction complémentaire ou de sa transformation en transaction croisée. Cela ne peut se produire que lorsque le **framework** a épuisé sa capacité à satisfaire les exigences du rôle de tous les participants impliqués, c'est-à-dire lorsque l'exhibition de chacun ne répond plus aux besoins de la scène, lorsque l'acteur n'est plus en harmonie avec le co-protagoniste ou ne répond plus aux besoins du public. Enfin, dernière possibilité, par ailleurs cruciale, lorsque le témoin, l'observateur à l'intérieur ou à l'extérieur d'un centre pour demandeurs d'asile, **devient le sauveur**.

Fiche 1.4

Éléments indicatifs des étapes de la violence

Phase 1

Phase de l'assujettissement, justifié par l'amour pour le partenaire.

Qu'est-ce qui permet de justifier la relation violente à ses débuts:

- » Quel imaginaire.
- » Quelles attentes.
- » Quels liens (relations avec d'autres femmes? Attentes de la part du contexte?).

Phase 2

Phase de la stabilisation de la violence de proximité.

Qu'est-ce qui permet de justifier la stabilisation de la relation violente à ses débuts:

- » Quelles peurs lient la victime à son partenaire? (peur de la solitude, de l'absence? de l'avenir?)
- » Quels défis la victime se lance-t-elle?
- » Quels rapports croisés avec le partenaire sont mis en évidence?

Phase 3

Phase de l'interruption de la relation violente.

- » Rôle du spectateur / travailleur social - scénario ouvert.



Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

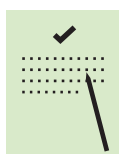


Atelier

Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale

Consignes

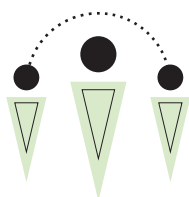
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

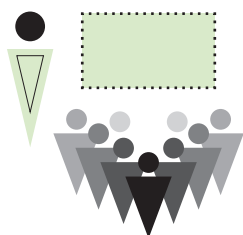


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes.

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Ede

Ede, 16 ans, nigériane, est en Italie depuis plus d'un an. C'est une madame qui l'a fait venir, à la suite d'un serment qui oblige Ede à rembourser sa dette. À son arrivée en Italie, Ede est emmenée chez cette madame et, deux semaines plus tard, elle commence à se prostituer en Sicile. Entre-temps, la jeune fille reprend contact avec sa mère, mais quand la madame le découvre, elle lui inflige des punitions très sévères, y compris des violences physiques. Malgré cela, Ede maintient ses relations avec sa mère qui la met en contact avec son demi-frère. Ce dernier, apprenant la situation dans laquelle se trouve sa sœur, la rejoint en Sicile et arrive à la convaincre de dénoncer la madame. Ede part ensuite avec son frère dans le nord de l'Italie, mais comme elle est mineure et que son frère n'a pas les moyens de l'entretenir, elle est confiée aux services sociaux. À ce stade, un nouveau problème se pose: les services de la municipalité la confient à une famille sénégalaise musulmane qui, à sa manière, tente de la protéger. La jeune fille déclare qu'elle n'est pas bien dans cette famille d'accueil et qu'elle veut retourner chez la madame. Face à cette demande, les services sociaux trouvent une nouvelle famille d'accueil. De plus, un soutien psychologique est mis en place pour Ede. Lors de la première séance, Ede semble avoir oublié toutes les mauvaises expériences vécues pendant le voyage et pendant la période au cours de laquelle elle s'est prostituée. Ede raconte à la psychologue qu'elle se sent triste d'être seule et que c'est pour échapper à sa famille qu'elle a fui son pays. Elle dit: "Je veux payer ma dette avec la madame parce qu'elle m'a fait venir en Italie, c'est ma famille qui m'a fait du mal, pas elle. Mon père était un homme mauvais, lui et mes frères m'ont traitée d'une horrible façon, pire que les gens sont traités en Libye. C'est eux mon problème, sauf ma mère."



5h



Droits de l'homme et droits des migrants dans la législation internationale, européenne et nationale

Par *Valeria ALLIATA di VILLAFRANCA*

2





15'

Ce module propose une initiation à la législation internationale et européenne sur les droits de l'homme et a pour objectif d'analyser l'efficacité des normes européennes et nationales qui promeuvent les droits de l'homme, notamment en ce qui concerne l'accueil et la protection des migrants et des demandeurs d'asile. Une attention particulière est accordée aux outils destinés à répondre aux besoins des personnes vulnérables, telles que les femmes migrantes victimes de violences sexuelles et de proximité, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes LGBTI.

Fiche 2.1

La législation internationale et communautaire



La reconnaissance des droits de l'homme en Europe

5 mai 1949: le Conseil de l'Europe est fondé par le traité de Londres dans le but de promouvoir les droits de l'homme.

4 novembre 1950: la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ou Convention Européenne des droits de l'homme, CEDH) est signée à Rome par les États européens et constitue le premier instrument juridique international garantissant la protection des droits de l'homme.

1^{er} novembre 1998: la nouvelle Cour européenne des droits de l'homme est créée à Strasbourg dans le cadre du Protocole n°11 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Mandat:

- » Défendre les droits de l'homme, la démocratie pluraliste et l'état de droit.
- » Favoriser la prise de conscience et la valorisation de l'identité culturelle et de la diversité culturelle en Europe.
- » Trouver des solutions communes aux problèmes de notre société.
- » Consolider la stabilité économique en Europe en encourageant les réformes politiques, législatives et constitutionnelles.

La protection internationale

Le statut de réfugié en Europe

(art. 1 de la Convention de Genève)

Le terme réfugié s'applique à toute personne qui "par suite d'événements survenus avant le 1^{er} janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner"



PROTECTION INTERNATIONALE



TYPES DE BÉNÉFICIAIRES



La notion de groupe social en droit de l'UE (art.10 Directive 2011/95)

On considère qu'un groupe constitue un groupe social particulier lorsque:

- » es membres de ce groupe partagent une caractéristique innée ou une histoire commune qui ne peut être changée, ou bien partagent une caractéristique ou une foi si fondamentale pour l'identité ou la conscience qu'une personne ne devrait pas être obligée d'y renoncer;
- » ce groupe possède une identité distincte dans le pays dont il est question, car il est perçu comme différent de la société environnante.

Orientation sexuelle et identité de genre

Selon les circonstances dans le pays d'origine, un groupe social particulier peut inclure un groupe basé sur la caractéristique commune de l'orientation sexuelle. L'interprétation de l'expression "orientation sexuelle" ne peut inclure des actes pénalement pertinents au regard du droit interne des États membres. Afin de déterminer si une personne appartient à un groupe social particulier ou afin d'identifier les caractéristiques de ce groupe, il faut tenir compte des considérations de genre, y compris de "l'identité de genre".

Fiche 2.1

La notion de persécution

Au sens de l'article 1A de la Convention de Genève, sont considérés comme actes de persécution les actes qui:

- a. Sont «suffisamment graves du fait de leur nature ou de leur caractère répété pour constituer une violation grave des droits fondamentaux de l'homme, en particulier des droits auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, paragraphe 2, de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales».
- b. Constituent «une accumulation de diverses mesures, y compris des violations des droits de l'homme, qui soit suffisamment grave pour affecter un individu d'une manière comparable à ce qui est indiqué au point a)».

Sont considérés comme actes de persécution:

- a. Actes de violence physique ou mentale, y compris la violence sexuelle.
- b. Mesures législatives, administratives, de police et/ou judiciaires, discriminatoires par leur nature même ou mises en œuvre de manière discriminatoire.
- c. Procédures judiciaires ou sanctions pénales disproportionnées ou discriminatoires.
- d. Négation d'accès aux recours juridiques et, par conséquent, sanctions disproportionnées ou discriminatoires.
- e. Poursuites judiciaires ou sanctions pénales pour refus de service militaire dans un conflit.
- f. Actes spécifiquement dirigés contre un sexe ou contre l'enfance.

Actes de persécution dans les demandes de protection liées à la violence de proximité:

- » Viol et violences sexuelles, en particulier dans les situations de détention et dans l'armée.
- » Mariages forcés.
- » Traitements correcteurs.
- » Traitements médicaux ou expériences scientifiques non consensuels.
- » Discrimination dans l'accès aux biens et services essentiels.
- » Violation du droit de réunion et de la liberté d'expression.
- » Marginalisation sociale.

Demandeurs d'asile LGBTI

Dans le contexte de la violence de genre, celle qui se déroule dans le cadre de l'homophobie ou de la transphobie revêt une importance particulière. Les personnes LGBTI (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexuées) sont souvent victimes, dans leurs pays d'origine, d'actes discriminatoires ou de persécution, y compris de **violences physiques et psychologiques**. Parfois les relations entre personnes de même sexe sont **sanctionnées pénalement**, y compris par la peine de mort.

Pour les personnes transgenres, la négation ou l'impossibilité d'accéder, dans le pays d'origine, à des traitements appuyant leur parcours de transition, soit par des traitements hormonaux soit par des interventions chirurgicales, constitue une forme de ***violence psychologique en tant que déni de l'identité de genre***.

Les personnes intersexuées peuvent avoir subi un traitement médical ou des interventions chirurgicales dans leur pays d'origine dans un but de normalisation ou d'adaptation forcée.

Les principaux traités internationaux sur les droits de l'homme ne reconnaissent pas explicitement un droit à l'égalité fondé sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, mais le fondement de la protection repose sur le droit international des droits de l'homme. Une analyse adéquate pour déterminer si un demandeur LGBT est un réfugié au sens de la Convention de 1951 doit partir du principe que les demandeurs ont le droit de ***vivre dans la société pour ce qu'ils sont*** et n'ont pas à cacher leur ***identité***.

Les principes de Yogyakarta

Ils ont été adoptés en 2007 par un groupe d'experts des droits de l'homme et, bien qu'ils ne soient pas contraignants, ils reflètent les principes établis du droit international.

Ceux-ci établissent le cadre de la protection des droits de l'homme applicable en matière d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre et établissent le droit de demander et de recourir à la protection internationale contre la persécution perpétrée pour des raisons liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.

Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne et Protection International

Après l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne a acquis la même valeur juridique que les traités.

Elle doit donc être considérée comme une source de premier rang qui ne peut évidemment pas être contredite par les instruments de droit dérivé (tels que les règlements ou les directives).

La Charte oblige (art. 51) les institutions et les organes de l'Union, ainsi que les États membres (mais uniquement lorsqu'ils appliquent le droit de l'Union) à respecter les droits et les principes qu'elle établit, et à promouvoir leur application.

Dans le cadre de la protection internationale sont signalés en particulier les éléments suivants:

Art. 4 (Interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants) « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». (formulation identique à celle de l'art. 3 de la CEDH).

Art. 18 (Droit d'asile): « Le droit d'asile est garanti dans le respect des règles de la convention de Genève du 28 juillet 1951 et du protocole du 31 janvier 1967 relatifs au statut des réfugiés et conformément au traité instituant la Communauté européenne.

Art. 19 (Protection en cas d'éloignement, d'expulsion ou d'extradition): "Les

Fiche 2.1

expulsions collectives sont interdites. Nul ne peut être éloigné, expulsé ou extradé vers un État où il existe un risque sérieux qu'il soit soumis à la peine de mort, à la torture ou à d'autres peines ou traitements inhumains ou dégradants".

Torture et traitements inhumains et dégradants

Art. 3 de la CEDH: « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* »

L'art. 3 consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques et, avec l'art. 2 de la CEDH il jouit "d'une protection différenciée et renforcée par rapport aux autres articles, en raison du caractère absolu et impératif des droits qu'ils confèrent".

L'art. 3 ne contient pas l'énoncé spécifique des actes et/ou des comportements qui constituent des traitements inhumains et dégradants, qui sont déterminés par le travail d'interprétation de la jurisprudence de la Cour.

La distinction entre torture, traitement inhumain et traitement dégradant est établie au cas par cas, en fonction de la gravité des souffrances infligées: la torture est une forme qualifiée en particulier de traitement inhumain ou dégradant qui provoque des souffrances très graves et cruelles. Mais la distinction n'est pas fixée une fois pour toutes.

Article 1 de la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 10.12.1984

le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou une souffrance aiguë, physique ou mentale, est infligée à une personne, en particulier afin d'obtenir des informations ou des confessions de cette personne ou d'une tierce personne, ou afin de la punir pour un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, ou afin de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour toute autre raison basée sur une forme quelconque de discrimination, à partir du moment où la douleur ou la souffrance est infligée par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant dans l'exercice de ses fonctions officielles, ou à son instigation ou avec son consentement explicite ou tacite. Ce terme ne s'applique pas à la douleur ni à la souffrance découlant uniquement de sanctions légitimes, qui leur sont inhérentes ou qui en résultent.

Eléments de la définition:

1. Le comportement qui consiste à infliger intentionnellement des douleurs et souffrances graves, tant physiques que mentales.
2. La finalité pour laquelle la torture est infligée [La torture moderne se distingue d'autres formes de violence par le fait qu'elle est toujours intentionnelle et résulte de la volonté du bourreau ou de ceux qui l'autorisent. La pratique fait toujours partie d'un programme planifié avec un but précis et non d'un acte occasionnel ou impromptu, et elle se caractérise par la gravité et l'intensité de la souffrance].
3. L'implication du système de l'État même sous la forme d'un simple acquiescement.
4. L'exclusion des sanctions légales pour lesquelles la douleur et les souffrances

dues à des sanctions légitimes ne peuvent être considérées comme de la torture. Les définitions de la torture contenues dans les dispositions juridiques internationales ont pour limitation de ne saisir que certains aspects des finalités de la torture dans le monde contemporain qui a pour but de «détruire les convictions de la victime pour la priver de la structure identitaire qui la définit en tant que personne» (Vinar, 1989). Le tortionnaire a toujours pour objectif de frapper des «individus isolés afin d'empêcher tout un groupe, caractérisé, d'exprimer ses modes d'existence particuliers, de cultiver ses connaissances, ses croyances et ses valeurs; afin qu'il soit privé des fonctions qui permettent sa reproduction sociale et culturelle».

LES DIRECTIVES EUROPEENNES

Directives/Normes d'accueil

Directives 2003/9/CE - Normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile.

Directive 2013/33/UE - Normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale.

Directives/Normes de conditions

Directive 2004/83/CE - Normes minimales relatives à l'attribution du statut de réfugié / protection subsidiaire.

Directive 2011/95/UE - Refonte des normes de "Conditions".

Directives/Normes de procédures

Directive 2005/85/CE - Normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié.

Directive 2013/32/UE - Procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte).

La gestion des flux migratoires: le système européen commun d'asile (CEAS)

Le CEAS établit les normes minimales pour le traitement de tous les demandeurs d'asile et de toutes les demandes d'asile dans l'UE.

Selon les normes actuelles, les demandeurs d'asile ne sont pas traités de manière uniforme dans l'ensemble de l'UE et le pourcentage de décisions positives quant aux demandes d'asile varie considérablement.

En conséquence, les demandeurs d'asile voyagent dans toute l'Europe et demandent l'asile dans des pays où ils estiment avoir plus de chances de bénéficier de la protection internationale.

Orientations de la Commission Européenne à la lumière des urgences humanitaires qui, ces dernières années, ont accru les flux migratoires vers l'Europe

Le Conseil de l'Europe est en train d'examiner sept propositions législatives présentées par la Commission européenne pour améliorer les normes de l'UE en matière d'asile et:

Fiche 2.1

- » Rendre le système plus efficace et plus résistant aux pressions migratoires.
- » Éliminer les facteurs d'attraction et les mouvements secondaires.
- » Lutter contre les abus et fournir un meilleur soutien aux États membres les plus touchés.

Propositions législatives présentées au niveau européen

La Commission européenne a présenté sept propositions législatives visant à:

1. Réformer le système de Dublin afin de mieux répartir les demandes d'asile entre les États membres et de garantir le traitement rapide de ces demandes.
2. Enforcer le règlement Eurodac afin d'améliorer la base de données européenne des empreintes digitales des demandeurs d'asile.
3. Établir une véritable agence de l'Union européenne pour l'asile.
4. remplacer la directive sur la procédure d'asile par un règlement, afin d'harmoniser les procédures de l'UE et de réduire les différences de taux de reconnaissance entre les États membre.
5. Remplacer par un règlement la directive relative aux conditions que doivent remplir les demandeurs d'asile, afin d'harmoniser les normes de protection et les droits des demandeurs d'asile.
6. Réformer la directive relative aux conditions d'accueil, afin de faire en sorte que les demandeurs d'asile bénéficient de normes d'accueil harmonisées et décentes.
7. Créer un cadre permanent de l'UE pour la réinstallation.

Le projet de normes est actuellement en cours d'examen par le Conseil.

Mise à jour de la base de données européenne des empreintes digitales

La base de données Eurodac contient les empreintes digitales de tous les migrants en situation irrégulière et des demandeurs d'asile enregistrés dans les États membres de l'UE et dans les pays associés.

Cette base de données, qui contribue à la mise en œuvre du règlement de Dublin, permet de:

- » Vérifier si un demandeur a déjà demandé l'asile dans un autre État membre.
- » Vérifier si un demandeur a déjà été arrêté lorsqu'il est entré illégalement sur le territoire européen.
- » Déterminer quels sont les États membres compétents pour l'examen d'une demande d'asile.

La réforme du règlement Eurodac est actuellement une hypothèse en cours d'examen, afin d'améliorer le système avec la collecte de données supplémentaires (par exemple, des images du visage) et en élargissant son champ d'application (y compris les données relatives aux ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier dans l'UE qui n'ont pas demandé l'asile), simplifiant l'accès des services répressifs.



Fiche 2.2

Violence de Genre et Protection Internationale

20'



Convention de Genève

La Convention de Genève de 1951 n'inclut pas explicitement le "genre/sexe" parmi les motifs de persécution, mais il est désormais reconnu que la définition du réfugié doit prendre en compte d'éventuels aspects liés au genre.

L'interprétation de l'**art. 1 de la Convention de Genève** tend à ramener des cas de persécution liés à une question de genre dans le cadre conventionnel de l'appartenance à un **groupe social particulier**.

On considère qu'un groupe constitue un **groupe social particulier**:

- » Lorsqu'il y a partage d'une caractéristique innée commune (telle que le sexe, la caste ou l'âge), d'une histoire commune qui ne peut pas être modifiée (par ex. appartenance à une association ou à une catégorie professionnelle), ou une caractéristique fondamentale pour leur conscience et leur identité (comme l'orientation sexuelle ou l'identité de genre).
- » Quand les membres du groupe partagent une caractéristique qui le rend reconnaissable et le distingue du reste de la société, qui en identifie la diversité.
- » « Il en résulte que le sexe peut très bien se trouver dans la catégorie du groupe social, les femmes étant un exemple clair d'un ensemble social défini par des caractéristiques innées et immuables et souvent traitées différemment des hommes. » (Principes Directeurs de l'UNHCR, p. 4)

La convention d'Istanbul de 2011

La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (connue sous le nom de Convention d'Istanbul de 2011) a expressément mentionné pour la première fois la persécution fondée sur le sexe/genre:

L'art. 60 engage les États signataires à faire en sorte que la violence sexiste à l'égard des femmes puisse être reconnue comme une forme de persécution permettant de reconnaître le statut de réfugié et que, dans les procédures d'examen de la demande de protection internationale, on adopte une interprétation tenant compte de l'appartenance sexuelle (gender sensitive), ainsi que des systèmes d'accueil et des services de soutien sensibles et adaptés au genre, pour les réfugiés et les demandeurs d'asile.

L'art. 61 engage les États signataires à adopter toutes les mesures législatives nécessaires pour se conformer strictement au principe de non-refoulement à l'égard de toutes les femmes victimes de violence qui pourraient être exposées au risque de torture ou de traitements inhumains et dégradants en cas de rapatriement.

Fiche 2.2

En d'autres termes:

- » Les persécutions directement liées au genre découlent de déséquilibres de pouvoir et de rôles entre les personnes de genre/sexe différent, de relations de subordination qui entraînent la perpétration et/ou la tolérance de violences, même au sein de la famille.
- » La violence domestique et la violence sexuelle, ainsi que d'autres formes de persécution liées au genre, peuvent rentrer dans le cadre de la protection internationale, même si elles ne sont pas mises en œuvre par des agents de l'État, lorsque l'État d'origine ne peut ou ne veut pas fournir une protection adéquate.
- » Il est internationalement reconnu que le viol et d'autres formes graves de violence sexuelle, lorsqu'elles sont commises dans un contexte de conflit armé, font partie des crimes de guerre et constituent de graves violations des droits de l'homme.
- » Toutes les formes de mutilation génitale féminine (MGF) constituent une forme de torture et de traitements inhumains et dégradants et elles violent une série de droits fondamentaux des filles et des femmes, tels que le droit à la non-discrimination, à la protection contre la violence physique et mentale, aux meilleures normes de santé possibles ainsi que le droit à la vie.

Art. 3 Convention d'Istanbul. Définitions

Aux fins de la présente convention:

- a. L'expression « violence à l'égard des femmes » désigne une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et comprend tous les actes de violence basés sur le sexe qui causent ou sont susceptibles de causer des dommages ou des souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris les menaces d'accomplir de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté, tant dans la vie publique que dans la vie privée.
- b. L'expression « violence domestique » désigne tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique survenant au sein de la famille ou entre conjoints ou partenaires, ou ex-conjoints/partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de tels actes partage ou ait partagé le même lieu d'habitation que la victime.
- c. Le terme « genre » désigne des rôles, des comportements, des activités et des attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et pour les hommes.
- d. L'expression « violence sexiste contre les femmes » (violence basée sur le genre) désigne toute violence dirigée contre une femme en tant que telle ou affectant les femmes de manière disproportionnée.
- e. Le terme « victime » indique toute personne physique qui subit les actes ou comportements visés aux paragraphes a) et b) précédents.
- f. Le terme « femmes » désigne également les jeunes filles de moins de 18 ans.



Fiche 2.3

Traite des personnes et Protection Internationale

25' + pause 15'
au bout de la fiche



Conventions internationales et européennes, directives européennes

- » Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Convention de Palerme, 2000).
- » Convention du Conseil de l'Europe n. 197 sur la traite des êtres humains, approuvée à Varsovie le 16.05.05.
- » Directive 2004/81/CE relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains ou ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes.
- » Directive 2011/36/UE concernant la prévention de la traite des êtres humains et la lutte contre ce phénomène ainsi que la protection des victimes.

Définitions et notions

Smuggling of Migrants / Trafficking in Human Beings

Le *smuggling of migrants* consiste en une aide organisée à l'immigration clandestine, tandis que le *trafficking in human beings* vise à l'exploitation ultérieure des personnes faisant l'objet de la traite.

(Convention de Palerme)

Traite des personnes

La Directive 2011/36/UE définit la traite des êtres humains comme « le **recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes**, y compris l'échange ou le transfert du contrôle exercé sur ces personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre, à des fins d'exploitation » (art. 2)

- » Une position de vulnérabilité signifie une situation dans laquelle la personne en question n'a d'autre choix effectif et acceptable que de céder aux abus dont elle est victime (article 2, paragraphe 2).
- » L'exploitation englobe, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, y compris la mendicité, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude, l'exploitation d'activités criminelles ou le prélèvement d'organes (mariages forcés, adoptions internationales illégales).
- » Le trafficking in human beings est l'une des formes les plus évidentes et les plus

Fiche 2.3

dramatiques de violation des droits de l'homme.

- » Le consentement de la victime à sa propre exploitation n'est pas pertinent dans les cas où sont utilisés les moyens de contrainte indiqués et le recrutement, transport, transfert.
- » Tout comportement concernant la traite des personnes, s'il implique un mineur, est puni en tant que traite des personnes, même en l'absence de recours à des moyens coercitifs.
- » Les victimes de la traite des personnes doivent bénéficier de mesures d'assistance et de soutien spécifiques, indépendamment de leur volonté de collaborer avec l'autorité judiciaire, ainsi que pendant la "période de réflexion".

La victime de la traite peut-elle obtenir la protection internationale?

Législation en matière de traite et références à la protection internationale:

Article 14 de la Convention de Palerme de 2000: « Aucune disposition du présent Protocole n'a d'incidences sur les droits, obligations et responsabilités des États et des particuliers en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire et du droit international relatif aux droits de l'homme et en particulier, lorsqu'ils s'appliquent, de *la Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés ainsi que du principe de non-refoulement* qui y est énoncé. »

Article 40.4 Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (ouverte à la signature le 16.05.2005 et entrée en vigueur le 01.02.2008). « Aucune disposition de la présente Convention n'a d'incidences sur les droits, obligations et responsabilités des États et des particuliers en vertu du droit international, y compris du droit international humanitaire et du droit international relatif aux droits de l'homme et en particulier, lorsqu'ils s'appliquent, de la *Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés ainsi que du principe de non-refoulement qui y est énoncé.* »

Le par. 377 du Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe, en ce qui concerne l'article 40, établit que: « le fait d'être victime de la traite des êtres humains ne peut porter préjudice aux droits de rechercher et de bénéficier de l'asile. Les Parties doivent s'assurer que les victimes de la traite disposent d'un accès approprié à des procédures d'asile équitables et efficaces. Les Parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer le plein respect du principe de non-refoulement. »

Normes sur la protection internationale et références à la traite:

Directive 2011/95/UE (refonte normes relatives aux conditions) "Lorsqu'ils appliquent le présent chapitre, les États membres tiennent compte de la situation spécifique des personnes vulnérables telles que [...] les victimes de la traite des êtres humains".

Directive 2013/33/UE (refonte normes accueil protection internationale)

"Dans leur droit national transposant la présente directive, les États membres tiennent compte de la situation particulière des personnes vulnérables, telles que [...] les victimes de la traite des êtres humains".

L'application des éléments constitutifs de la définition de réfugié à la victime de la traite

La traite comprend les formes d'exploitation grave, l'enlèvement, la détention, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, le travail forcé, le prélèvement d'organes, les coups et blessures, l'infliction de la faim, le déni des soins médicaux. Ce sont des violations graves des droits de l'homme qui constituent généralement une persécution.

En plus de la persécution subie par des individus au cours de leur expérience de traite, ceux-ci peuvent être soumis à des représailles et/ou à de nouvelles expériences de traite s'ils sont renvoyés sur le territoire d'où ils ont fui ou ont été victimes de la traite (Principes Directeurs de l'UNHCR).

Exemples de reconnaissance du statut de réfugié en Europe pour les victimes de violence et de traite

Commission d'Appel de la Grèce: *"En conclusion, en ce qui concerne la persécution, le Comité a pris en considération la soumission au travail forcé, l'ensemble des conséquences du fait que les différentes formes de discrimination pourraient rendre la vie de la demandeuse insupportable dans son pays d'origine; a également été pris en compte le sexe/genre de la demandeuse. Tous les éléments mentionnés ci-dessus permettent de considérer la demandeuse comme un membre d'un groupe social particulier, celui des "femmes seules en Ethiopie".*

Cour nationale du droit d'asile (France): *"Les victimes de traite peuvent être considérées comme constituant un groupe social en raison de la caractéristique commune et immuable d'avoir été victimes de traite. [...] Enfin, considérant que la traite des êtres humains [...] constitue une persécution au sens de l'article 1A2 de la Convention de Genève.*

Ordonnance tribunal de Messine: *"Les profils des femmes victimes de la traite sont hétérogènes et varient dans le temps. Bien qu'il soit impossible de dresser un profil spécifique, les sources consultées ont identifié certaines caractéristiques communes... en raison de leur accès limité à l'éducation, au travail ou à la protection contre la violence, elles étaient incapables de subvenir à leurs besoins et étaient vulnérables aux offres d'aide faites par les trafiquants. En règle générale, les femmes victimes de la traite proviennent de familles nombreuses et se trouvent dans une situation économique grave... La demandeuse d'asile, en tant que femme, appartient déjà à un groupe social particulièrement vulnérable aux actes de persécution susmentionnés, mais cette vulnérabilité est aggravée par les normes et les institutions nigérianes: celles-ci offrent bien des formes de protection en faveur des victimes de la traite, mais ces mesures, étant donné l'incidence et l'ampleur du phénomène dans le pays, ne peuvent être assurées avec certitude et efficacité de manière à éviter le risque représenté".*

Fiche 2.4

La législation nationale



Au cours de cette session, il convient d'informer les participants sur les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en accordant une attention particulière aux sujets suivants:

- » mise en œuvre et application:
 - des conventions internationales/européennes, des directives et normes européennes concernant les droits de l'homme fondamentaux;
 - des normes et directives européennes sur l'asile, la protection internationale des victimes de la violence de genre, des victimes de la traite, y compris les mineurs étrangers (dont les mineurs étrangers non accompagnés).
- » Procédures pour l'obtention du statut de réfugié, la protection subsidiaire et les autres formes de permis de séjour pour motifs humanitaires
- » Système d'accueil et de protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, protection des victimes de violence de genre, des victimes de la traite et des mineurs étrangers (dont les mineurs étrangers non accompagnés).
- » Mécanismes de garantie d'assistance aux victimes de violences de genre et victimes de la traite, introduits dans les normes de nature pénale – et donc concernant la lutte contre le crime et la protection des victimes dans le cadre des enquêtes – et des procédures pénales et dans les normes en matière d'immigration.



Fiche 2.5

Information/assistance aux réfugiés, demandeurs d'asile et victimes

40'



Au cours de cette session, il convient d'informer les participants sur les contextes et les situations concernant le pays membre où la formation a lieu, en donnant des indications sur:

- » Quelles institutions et quels organismes publics sont impliqués dans le système d'accueil des migrants, de protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, de protection et d'assistance aux victimes de torture, de violences de genre (sous ses différentes formes) en précisant quels sont les rôles et les obligations envers des demandeurs d'asile et/ou de tutelle.
- » Quelles sont les organisations locales et les associations privées/sociales impliquées dans le système d'accueil des migrants, la protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, la protection et l'assistance aux victimes de torture, la violence de genre (sous ses différentes formes) en précisant quels sont les rôles et les obligations envers les demandeurs d'asile et/ou de tutelle.
- » Quels sont les services et sujets vers lesquels l'opérateur en contact avec la victime potentielle peut orienter cette dernière, en précisant les différents types de services et d'assistance fournis.

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

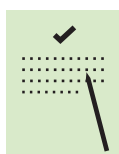


Atelier

Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale

Consignes

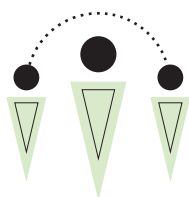
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

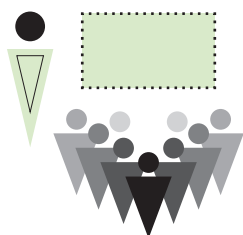


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes.

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas

En juin 2012, une ressortissante étrangère déclara aux forces de l'ordre que sa fille et elle-même avaient été battues par son époux (père de ses deux enfants). La police est intervenue, mais aucune plainte officielle n'a été déposée. En août, cette femme fit une déposition, déclarant que son mari l'avait forcée à avoir des relations sexuelles avec lui et avec ses amis sous la menace d'un couteau. À la suite de cette déposition, son mari ne fut sanctionné que par une amende pour port illégal de couteau. Le 5 septembre 2012, elle déposa officiellement plainte pour coups et blessures, mauvais traitements et menaces, demandant la protection des autorités publiques pour elle-même et ses enfants. Elle fut interrogée pour la première fois le 4 avril 2013. À cette occasion, elle a modifié les dépositions qu'elle avait faites auparavant. L'affaire fut alors classée. En octobre 2013 eut lieu un nouvel épisode de coups et blessures suivi d'une sanction de 2000 € pour son mari. En novembre, la femme appela la police pour faire état d'une violente dispute avec son mari. Peu après, l'homme se retourna contre sa femme et l'attaqua avec un couteau de cuisine. Leur fils de 19 ans intervint dans la bagarre, recevant un coup mortel de la part de son père. Dans sa tentative de fuite, la femme reçut de nombreux coups de couteau à la poitrine. En 2015, l'homme a été condamné à la réclusion à perpétuité pour meurtre et tentative de meurtre, port illégal d'armes et mauvais traitements infligés à sa femme et à sa fille. La requérante a saisi la Cour européenne des droits de l'homme, invoquant les articles 2, 3, 4, 13 et 14 de la CEDH. La Cour a ensuite confirmé et reconnu la violation des articles invoqués en accordant à la requérante une indemnité de 30 000 € (art.41 CEDH).

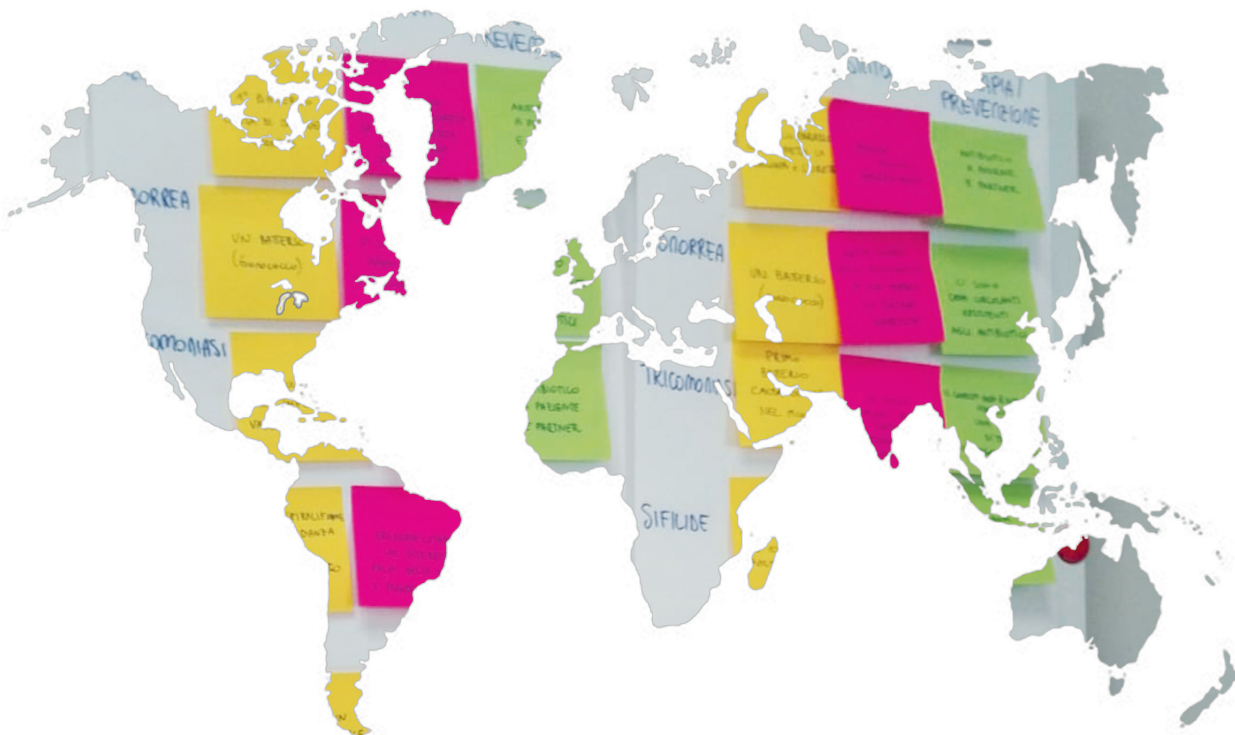




Les soins et l'assistance à la personne et à la santé

Par **Valeria ALLIATA** di **VILLAFRANCA** et **Chiara DALLAVALLE**

3





15'

Le problème de la santé d'un individu est un problème de santé publique. La santé est un droit fondamental qui doit être reconnu de manière égale pour tous les individus. L'objectif de ce module est de sensibiliser aux problèmes spécifiques liés à l'état de santé des migrants au cours de leur voyage migratoire et à leur arrivée dans le pays de destination, en particulier en ce qui concerne la santé des catégories les plus vulnérables. Le module vise à déterminer les éléments permettant de traiter les différents aspects de la santé, y compris la santé sexuelle et mentale. Enfin, il vise à indiquer les compétences professionnelles et culturelles des opérateurs des services qui prennent en charge les sujets vulnérables et les victimes de violence de proximité.

Fiche 3.1

Le droit à la santé dans les normes internationales



La santé est reconnue comme bien primaire de l'individu, un droit fondamental reconnu par la communauté internationale.

Art.25 Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par les Nations Unies le 10 décembre 1948: Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux.

Art.12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (New York, 1966): Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

Fiche 3.2

Le droit à la santé dans les normes nationales et locales



Cette session fait référence aux contextes et aux situations concernant le pays membre où la formation a lieu, avec une attention particulière pour les sujets suivants:

La transposition et l'application: des conventions internationales/européennes, des directives et des normes européennes concernant les droits fondamentaux à la santé, à l'accès aux services sociaux et de santé, en particulier concernant les migrants étrangers, les réfugiés et/ou les demandeurs d'asile, les victimes de la traite et de la violence de proximité.

Les mesures et les stratégies nationales et locales visant à assurer une assistance et des soins adéquats aux victimes de torture, de violences de genre, de violences de proximité et aux victimes de la traite.



Fiche 3.3

Définitions et concepts de médecine, soins, santé/maladie, besoins essentiels et autres concepts

30'



Soins: prescription, médecine, solution-oriented. Quand le professionnel diagnostique le problème et le patient reçoit un traitement.

Care: accent mis sur la pensée, les émotions. Valorisation de la rencontre et de la personne. Pas nécessairement la solution.

Médecine humanitaire: au sens de médecine dans sa dimension humaine, pas uniquement les aspects techniques. Il y a des situations dans lesquelles "prendre à cœur" devient le facteur thérapeutique prédominant, voire le seul. Les opérateurs sociaux/de santé ont besoin de compétences spécifiques à cet égard (communication, mais aussi résilience et, précisément, humanité).

Santé (OMS): état de bien-être complet psychique, physique et social de l'être humain intégré de manière dynamique dans son environnement naturel et social et non pas simple absence de maladie (donc dimensions physique + psychique + émotionnelle + relationnelle + spirituelle + sociale).

Santé sexuelle (OMS): état de bien-être physique, émotionnel et social [...] qui donne la possibilité de vivre des expériences sexuelles qui procurent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination, ni violence.

Maladie: altération de la normalité, perte transitoire ou permanente de l'homéostasie, lorsque les capacités de défense de notre organisme ne sont plus en mesure de contrôler les dommages causés par des agents pathogènes. Cela peut aussi être causé par un événement biographique ou social.

Les 3 dimensions de la maladie (Kleinman): selon l'anthropologie médicale, "se sentir mal" peut se rapporter à 3 sphères: disease, illness, sickness.

- » *Disease* est la partie "du médecin", la partie codifiée, le diagnostic, la partie observable par une méthode scientifique.
- » *Illness* est le côté subjectif, la souffrance de la personne, liée au fait d'avoir une disease.
- » *Sickness* est la représentation sociale/symbolique de la maladie, le sens qui lui est attribué, le processus de "socialisation" de la maladie (la perception de la société).

Santé mentale: capacité à gérer ses propres pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec les autres, également en corrélation avec des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux. Cette capacité est compromise par l'exposition à l'adversité, une exposition qui devient un facteur de risque pour le développement de troubles mentaux. Certains individus ou groupes sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux. Ce sont les sujets les plus vulnérables tels que ceux qui vivent dans la pauvreté, ceux qui souffrent

Fiche 3.3

de maladies chroniques, les enfants abandonnés et maltraités, les toxicomanes, les personnes âgées, les victimes de discrimination et de violations des droits de l'homme, les prisonniers, les victimes de conflits, de catastrophes naturelles ou d'autres urgences humanitaires. Parmi les migrants, on trouve une incidence élevée de troubles mentaux (dépression, anxiété, troubles liés à un traumatisme, etc.) et une plus grande difficulté à accéder aux services spécifiques, ainsi qu'à être véritablement pris en charge par les services.

Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson (1960)

Besoin	Description du besoin
Respirer	Capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation.
Boire et manger	Capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.
Éliminer	Capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.
Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.
Dormir, se reposer	Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
Se vêtir et se dévêtir	Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.
Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2 °C)	Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.
Être propre et protéger ses téguments	Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir un bien-être et de se sentir beau. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.



Besoin	Description du besoin
Éviter les dangers	Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.
Communiquer avec ses semblables	Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
Agir selon ses croyances et ses valeurs	Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.
S'occuper en vue de se réaliser	Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
Se récréer	Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.
Apprendre	Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Fiche 3.4

Le rôle de la culture et son influence sur la santé des migrants vulnérables



La compétence culturelle dans le système de santé est la capacité des soignants à comprendre et à intégrer les facteurs culturels dans leur travail, de manière à fournir des soins de haute qualité à tous les patients, sans distinction d'origine ethnique ou culturelle. Compétence culturelle ne signifie pas connaître toutes les cultures, mais connaître l'importance du facteur culturel dans la construction de l'expérience et savoir comment la culture affecte le psychisme. Une compétence culturelle insuffisante entraîne l'insatisfaction des patients.. (et d'autres problèmes). La culture est l'ensemble des idées, traditions et comportements partagés par ceux qui font partie d'un groupe spécifique. Ces personnes sont identifiées en tant que membres du groupe et se distinguent des membres d'autres groupes culturels. Au sein de chaque groupe culturel, il existe plusieurs sous-groupes.

Elle est en constante évolution, apprise et transmise d'une génération à l'autre, partagée (explicitement ou non), souvent exprimée de manière symbolique (langage/vêtements/attitudes, etc.), elle est transversale à tous les aspects de la vie de l'individu, nous y sommes toujours liés.

L'influence de la culture sur la santé: perceptions de la santé/maladie/décès, croyances sur les causes de la maladie, expérience même de la maladie/douleur ainsi que son expression, où/comment on se soigne, quels traitements sont privilégiés.

Chaque acteur du système est influencé par sa propre culture!

"Compétence culturelle" entendue comme la capacité de négocier les différences culturelles, afin de demander quelles sont les croyances du patient en matière de soins, de diagnostic et de traitement.

La prise de conscience de l'influence de la culture donne de meilleurs résultats.

ATTENTION!

Attention à l'ethnocentrisme (se remettre en question!), n'oubliez pas que nous aussi sommes porteurs d'une culture, également professionnelle.



Fiche 3.5

La santé des migrants

30' + pause 15'
au bout de la fiche



À leur arrivée en Europe, les migrants présentent de meilleures conditions de santé que la population résidente (Razum 2000, Healthy migrant effect). Cette condition a tendance à disparaître avec le temps en raison des conditions et des modes de vie (Acevedo-Garcia 2010).

La perte progressive d'emplois liée à la crise économique a eu un impact négatif sur la santé des migrants, en particulier sur la santé mentale, avec une augmentation des suicides, du poids corporel (augmentation du surpoids> chez les femmes), sur la qualité de la santé perçue qui tend à se rapprocher de celle des Européens. Après dix ans de vie dans un pays européen, les migrants présentent un état de santé qui a empiré.

L'approche de l'opérateur socio-sanitaire doit prendre en compte le fait que:

- » Le migrant n'est pas en lui-même porteur de maladies infectieuses.
- » Il est souvent impossible de connaître son statut sérologique et vaccinal avant son arrivée en Europe.
- » Certaines maladies infectieuses (comme la tuberculose) ne se révèlent qu'au bout d'une longue période après l'arrivée.
- » L'origine géographique du migrant et les risques auxquels il a été exposé pendant la période de migration nécessitent un dépistage systématique des maladies sexuellement transmissibles.
- » La surveillance syndromique doit être prolongée dans le temps pour identifier les pathologies non présentes ou latentes au moment de l'arrivée, qui apparaissent après une période variable.
- » Les compétences en matière d'actuation de la surveillance syndromique devraient être mieux clarifiées et réglementées, y compris en ce qui concerne les rôles des organes en charge.

Les facteurs qui affectent la santé des migrants

- » Facteurs pré-migratoires (guerre, famine, violence sexiste, abus sexuel pour mariage forcé, MGF).
- » Facteurs migratoires (voyage, violence au cours du voyage).
- » Facteurs liés à la grossesse (résultant souvent de violences sexuelles).
- » Facteurs post-migratoires (chômage, isolement, barrière de la langue, aspects culturels liés à la santé mentale).

Fiche 3.5

Les effets

Avant le départ du pays d'origine

MIGRANT ÉCONOMIQUE (souvent jeune et en bonne santé) = EFFET MIGRANT SAIN

MIGRANT FORCÉ (les effets des conflits et de la pauvreté extrême sur la santé) = MIGRANT ÉPUISE

Effets des conflits sur la santé	Causes potentielles	Exemples
Augmentation de la mortalité	Traumatismes, blessures, accidents Maladies infectieuses Maladies chroniques Urgences	Combats, violences, assauts Paludisme, tétanos, dysenterie Asthme, diabète Accouchement
Augmentation des états malades	Traumatismes, blessures, accidents Maladies infectieuses Maladies chroniques Troubles de la reproduction Malnutrition Troubles mentaux	Attaques, mutilations, brûlures Transmises par l'eau/ agents pathogènes, transmis sexuellement (TS) Interruption du traitement Décès périnatal, insuffisance pondérale, fistule Carence nutritionnelle Anxiété, dépression, tendances suicidaires
Augmentation de l'invalidité	Handicap physique Troubles mentaux Participation sociale réduite	Mutilation/absence de vaccination Troubles post-traumatiques, psychose, épilepsie, troubles émotionnels Isolement, perte de réseau social

À l'arrivée dans le pays de destination

Les effets des phases précédentes surgissent et l'effet migrant sain s'amenuise

Autres facteurs de risque	effets
Socio économiques: chômage, professions risquées ou non protégées, logement dégradé, absence de réseau familial, détresse psychologique, climat, changements nutritionnels et/ou comportementaux, etc.	Conséquences sur l'individu: » Conditions de santé qui empirent. » Complications accrues.
Accès/utilisation limités des services sociaux et de santé: barrières concernant l'offre et de la demande.	Impact social » Risque accru d'infections et propagation de maladies transmissibles. » Augmentation des dépenses de santé. » Diminution du capital humain et social.



Fiche 3.6

Migrants et Maladies

25'



Maladies infectieuses transmissibles

Ces maladies peuvent également survenir après l'arrivée en Europe et sont dues à des conditions différentes de vaccination et de susceptibilité et à des conditions de vie précaires.

Les principales maladies infectieuses du migrant sont:

- » Varicelle.
- » Parasitose (gale, pédiculose), rougeole.
- » Rougeole.
- » Gastro-entérite.

Maladies sexuellement transmissibles:

- » VIH.
- » Hépatites B, C et D.
- » Syphilis.

Le problème réel est lié aux maladies infectieuses qui ne sont pas courantes en Occident et que nous ne sommes souvent pas en mesure de diagnostiquer rapidement, par exemple:

- » Aludisme, lèpre.
- » Parasitose cutanée et intestinale (par ex, filariose, schistosomiase).
- » Trachome.
- » Maladies virales hémorragiques (Chikungunya, West Nile, dengue).

La tuberculose

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la tuberculose est la maladie infectieuse la plus répandue dans le monde. Chaque année, 8 millions de personnes contractent la tuberculose et 2 millions en meurent dans le monde. Les personnes séropositives ont 20-30 fois plus de risques de contracter la tuberculose lorsqu'elles sont infectées. Toutes les personnes infectées ne développent pas la maladie; en effet, le système immunitaire peut faire face à l'infection et la bactérie peut rester au repos pendant des années. Cette condition s'appelle infection tuberculeuse latente et touche environ un quart de la population mondiale.

La tuberculose est une maladie fortement associée aux conditions de vie des personnes, comme dans le cas des migrants vulnérables: l'abaissement des défenses immunitaires peut dépendre du fait de vivre dans de très mauvaises conditions d'hygiène et de souffrir d'un état de malnutrition et de mauvaises conditions de santé générale. La tuberculose est aujourd'hui une urgence médicale et sanitaire

Fiche 3.6

à ne pas sous-estimer: la prévention est très importante et, heureusement, cette maladie peut être guérie, mais il est essentiel que le diagnostic soit posé à temps pour éviter l'apparition de nouveaux problèmes.

Migrants et autres pathologies

Les migrants sont principalement (par ordre de fréquence) affectés par:

- » Troubles mentaux.
- » Maladies cardiovasculaires.
- » Hypertension.
- » Insuffisance rénale.
- » Diabète.

Santé reproductive et périnatale

Dans ce contexte de vulnérabilité multiple, les périodes de grossesse et de périnatalité sont particulièrement dangereuses pour les femmes et les enfants. Un grand nombre des grossesses suivies dans les centres d'accueil en Europe résultent de viols subis avant le départ ou pendant le voyage de migration.



Fiche 3.7

Soutien psychologique aux victimes de violence

25'



Aspects psychologiques des victimes de violence et/ou des personnes traumatisées

Les victimes de violence passent souvent par différentes "phases" après l'événement traumatique, qui sont généralement les suivantes:

- » Choc/ refus.
- » Peur.
- » Apathie, colère, dépression, culpabilité, perte de plaisir, désespoir.
- » Résolution / répression.

En outre, des difficultés relationnelles peuvent survenir, qui nuisent à la création de liens de confiance avec les autres ou qui mènent à la distorsion de l'image de soi et du monde, ainsi que d'autres troubles cognitifs.

Dans le cas des victimes de violence de proximité

Dans le cas des victimes de violence de proximité, les effets sont similaires à ceux produits par d'autres formes de violence, avec la circonstance aggravante du lien existant avec le tortionnaire. Les victimes de violences extrêmes (liées aux événements vécus dans le pays d'origine, pendant le voyage et une fois en Italie) ont souvent été en contact avec la mort. Elles peuvent avoir des marques physiques et des cicatrices invisibles. Elles présentent souvent des symptômes spécifiques tels que la présence de flashbacks, de cauchemars, d'hallucinations, d'instabilité émotionnelle, de repli sur soi, de comportements explosifs, de dissociations. Les capacités cognitives, la régulation émotionnelle et les compétences interpersonnelles peuvent également être compromises.

Les déterminants sociaux pour la santé mentale

1. La santé mentale et de nombreux troubles mentaux sont largement influencés par le contexte social, économique et physique dans lequel les personnes vivent.
2. Les inégalités sociales sont associées à un risque accru de nombreux troubles mentaux.
3. Agir pour améliorer les conditions de la vie quotidienne d'avant la naissance, pendant la petite enfance, à l'âge scolaire, lors de la création du noyau familial, pendant la vie active, pendant la vieillesse, permet à la fois d'améliorer les conditions de santé dans la population et de réduire le risque de troubles mentaux associés aux inégalités sociales.

Soutien aux victimes de violence

Les demandeurs d'asile et les réfugiés, les femmes, les enfants et les victimes de la

Fiche 3.7

traite ont souvent des besoins spécifiques en matière de santé et des compétences précises sont nécessaires pour les prendre en charge, afin de permettre la promotion de la santé et la prise en charge intégrée. Le traumatisme provoque non seulement le trouble de stress post-traumatique, mais également d'autres blessures invisibles qui entraînent souvent l'abus d'alcool, du cannabis et des épisodes de somatisation. Ces facteurs ont des répercussions importantes sur la santé mentale des sujets. Par exemple, il a été constaté que le taux d'incidence de la psychose dans la population migrante est plus élevé que dans la population autochtone, avec une plus grande diffusion parmi les femmes. Pour une prise en charge adéquate des victimes de violence dans le secteur de la santé, en particulier s'il s'agit de migrants, des compétences spécifiques sont nécessaires pour axer le travail sur la personne, et non sur la culture ou la pathologie.

Il faut:

- » Réactiver les capacités cognitives et les structures "saines" de la personne.
- » Remplacer les phrases et les mots négatifs par des phrases et des mots positifs.
- » Promouvoir les interventions d'empowerment.
- » Accompagner les personnes par rapport à la réalité environnante.
- » Accueillir de manière empathique et confirmer les émotions réprimées.
- » Planifier un projet de migration.
- » Soutenir l'enracinement dans le nouveau contexte.

Par rapport aux victimes de la traite, il est essentiel de déterminer rapidement les conditions de risque physique et mental chez les femmes étrangères nouvellement arrivées et potentiellement exposées à la traite.

La médiation linguistique et culturelle est un outil fondamental pour aider les victimes de violence, de même que la "médiation de système" en tant que processus de transformation organisationnelle où la relation et la communication correcte avec l'utilisateur sont toujours garanties.

Formation des opérateurs

Il est nécessaire que les opérateurs sociaux et de la santé développent des compétences spécifiques telles que:

- » Compétences médico-anthropologiques.
- » Compétences relationnelles (elles appartiennent au bagage professionnel des opérateurs de certains secteurs de la santé, mais elles ne font pas encore partie d'une culture professionnelle répandue auprès de tous les professionnels de la santé).
- » Compétences dans le travail multidisciplinaire et en réseau.
- » Compétences en psychotraumatologie.
- » Compétences sur les parcours psychosociaux.



Fiche 3.8

Les acteurs impliqués

20'



L'identification des acteurs impliqués est d'une importance primordiale pour le travail avec les victimes de violence. Dans chaque pays, il est nécessaire d'identifier le réseau des sujets qui jouent un rôle dans la reconnaissance, la prise en charge et le soutien de ces sujets fragiles victimes de violences, en partant du niveau institutionnel jusqu'à la réalité du secteur tertiaire et du secteur social privé. La construction du réseau de référence doit également inclure le plan national et supranational, mais aussi identifier tous les interlocuteurs activement engagés au niveau local.

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

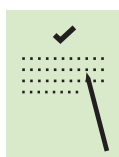


Atelier

Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale

Consignes

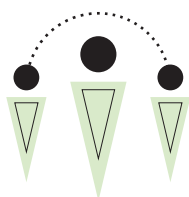
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

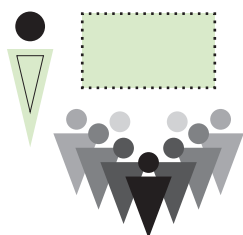


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes.

Exposition

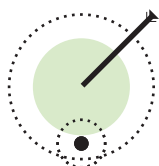
40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Aliou

Aliou a 29 ans. C'est un Sénégalais musulman de l'ethnie foulani. On lui a refusé le droit d'asile et il est en attente du verdict du premier appel. Il est hébergé dans un centre SPRAR et partage l'appartement avec 3 personnes. Il est envoyé au service ethnopsychiatrique suite à deux épisodes importants de crise de colère et de désespoir qui ont nécessité l'intervention des services d'urgences, le premier à la suite de la notification du rejet de sa demande d'asile par la Commission et le second à l'annonce du décès de son oncle maternel. Les antécédents familiaux et les conditions d'extrême pauvreté ont amené Aliou à quitter le Sénégal de manière soudaine, et il a été exposé à de nombreuses reprises aux dangers et à la violence. Il raconte avec une grande souffrance son expérience en Libye et la chance qu'il a eu de survivre à ce voyage en mer. Orphelin de père depuis l'âge de 5 ans, Aliou vivait avec son frère, sa mère et son beau-père. Sa mère a été victime d'un accident vasculaire cérébral qui l'a contrainte au fauteuil roulant et son unique frère souffrait de troubles mentaux. Aliou a donc dû arrêter l'école pour travailler comme berger. Il fait état d'intenses vécus d'anxiété et de douleur liés à l'incertitude et à la précarité de sa demande d'asile. Il s'inquiète de la situation de sa famille au Sénégal et de sa responsabilité de devoir subvenir aux besoins de ses proches. Aliou vit comme une responsabilité personnelle le rejet de la commission. Il refuse fermement de parler du Sénégal, ainsi que du voyage migratoire. Il a du mal à s'orienter dans l'espace et le temps.



5h



Violence, torture et détresse psychologique

Par *Chiara DALLAVALLE*

4





15'

L'expérience de la violence, un fait extrêmement traumatisant en soi, peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé mentale de la victime, dont l'intégrité psychique est soumise à de fortes pressions. Cela est particulièrement vrai dans le cas des migrants et migrantes, car la migration elle-même est un événement potentiellement traumatogène, à la fois par la perte des liens fondamentaux d'appartenance et par le danger même du voyage auquel les migrants sont confrontés. Le module vise à fournir les connaissances nécessaires pour identifier les victimes d'expériences traumatisantes telles que la violence et la torture, ainsi que les approches thérapeutiques les plus efficaces pour les prendre en charge.

Fiche 4.1

Traumatisme et aspects post-traumatiques



Traumatisme

C'est un événement qui, en raison de ses caractéristiques, ne peut pas être intégré dans le système psychique de l'individu, et qui a donc un effet accablant sur sa capacité à y faire face. Cela peut être un événement ponctuel ou, plus souvent, un événement répété, ou une relation traumatique avec le contexte. Les petits traumatismes sont les expériences potentiellement traumatisantes auxquelles une personne peut être confrontée au cours de sa vie. Ce sont des événements subjectivement dérangeants caractérisés par une perception du danger relativement peu intense. Au contraire, les grands traumatismes font référence à tous les événements qui conduisent à la mort ou qui menacent l'intégrité physique de l'individu ou celle de ses proches.

Potentiel traumatogène d'un événement

La nature traumatique d'un événement ne dépend pas exclusivement des caractéristiques de l'événement lui-même, mais également de la structure et des ressources psychiques de l'individu qui vit cette expérience.

Il existe des variabilités individuelles dans la réponse à des événements traumatiques similaires. En ce sens, les violences répétées sont plus susceptibles de provoquer des traumatismes, alors que les ressources et la résilience de l'individu constituent un facteur de protection.

Mécanismes de défense dissociatifs

Ce sont des opérations défensives activées par notre mental dans des conditions de menace extrême pour l'intégrité psychique. Elles empêchent un événement, un sentiment ou une expérience d'atteindre la saillance psychologique en modifiant temporairement le sens de la réalité sans perte concomitante de l'examen de la réalité. La dissociation est un processus qui évite la construction de "liens" entre différentes expériences psychiques: l'affect ou l'expérience dissociée reste comme suspendu, sans contact avec le reste de la subjectivité. Dans les cas les plus éclatants, il peut y avoir des expériences telles que la déréalisation et la dépersonnalisation, aussi bien pendant l'événement traumatique que par la suite. Ce qui est dissocié reste sous la forme d'un noyau d'expérience avec lequel le sujet ne peut pas entrer en contact. Parfois, l'affect dissocié peut être perçu en lui-même par l'opérateur, de manière apparemment indépendante du moment.



Traumatisme et théorie de l'attachement

L'exposition des enfants à des événements traumatiques est fortement influencée par la qualité de la relation parentale. En effet, la mère régule l'*arousal* de l'enfant en l'aidant à rester dans un état optimal, jetant ainsi les bases de ses capacités d'autorégulation ultérieures.

Au contraire, un attachement insécurisé et désorganisé se remarque par exemple dans le corps, dans les mouvements non intégrés et non harmonieux, dans la difficulté à utiliser les compétences d'autorégulation et/ou les capacités de régulation interactive de l'*arousal*. Les expériences d'abus (maltraitance et négligence) au sein de la relation d'attachement entraînent un accroissement chronique de l'*arousal* ou une alternance d'états d'hyper et d'hypo*arousal*. Les expériences d'abandon conduisent à un aplatissement affectif dû à la baisse chronique de l'*arousal*.

Les souvenirs traumatiques restent figés et ressurgissent sous forme de sensations corporelles, de postures, de mouvements et d'images intrusives. La personne se sent divisée entre deux aspects: celui qui lui permet de continuer sa vie quotidienne en évitant les souvenirs traumatiques et celui qui inclut de tels souvenirs et qui déclenche des actions défensives automatiques contre la menace.

Fiche 4.2

Trouble de stress post-traumatique



Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-V

Critère A: exposition à un traumatisme, tel que la mort réelle ou la menace de mort, blessure grave ou violence sexuelle, soit par l'expérience directe de l'événement traumatique, soit en ayant eu connaissance d'un événement violent ou accidentel survenu à un membre de la famille ou à un ami proche.

Critère B: apparition de symptômes intrusifs liés à l'événement traumatique (souvenirs, rêves, flashbacks), pouvant entraîner une perte totale de conscience de l'environnement immédiat.

Critère C: évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique, mis en œuvre après celui-ci.

Critère D: manifestation ultérieure d'altérations négatives des pensées et des émotions associées à l'événement traumatique.

Critère E: manifestation ultérieure d'altérations marquées de l'*arousal* et de la réactivité associées à l'événement traumatique.

Critère F: la durée des altérations décrites est supérieure à 1 mois.

Critère G: le trouble provoque une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans le domaine social, professionnel ou autre domaine important.

Critère H: Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance telle que médicaments, alcool ou une autre condition médicale.

Troubles fréquemment associés au stress post-traumatique

Troubles psychosomatiques (maux de tête, syndrome de douleur chronique, troubles gastro-intestinaux, troubles de l'alimentation, troubles du système génital et de la sphère sexuelle).

Troubles dépressifs (pleurs, asthénie profonde/fatigue, tristesse vitale/anhédonie, sentiment de culpabilité et de dépréciation de soi, désespoir et idées suicidaires);

Dépendance à l'alcool, aux substances psychotropes, aux médicaments.



Stress post-traumatique complexe

Ensemble de symptômes résultant de traumatismes interpersonnels cumulés prolongés subis au cours du développement, tels que des histoires de sévices et de mauvais traitements répétés au sein de la famille, de graves négligences et d'abandon, des conditions de torture ou d'emprisonnement, des guerres et des migrations forcées. Nous parlons ici de traumatisation chronique et non plus d'un événement traumatisant unique.

En plus des symptômes du SSPT, le SSPT complexe peut comporter des problèmes concernant: la régulation des émotions et des états de dissociation, les relations interpersonnelles, la perception de soi, les systèmes de signification, la somatisation, l'attention et la prise de conscience, l'idéation suicidaire, l'image corporelle et le comportement alimentaire. La personne est fragmentée, incohérente et imprévisible. La gravité des symptômes est généralement proportionnelle à la précocité avec laquelle la personne a été exposée à un traumatisme.

ATTENTION!

ceux qui sont exposés à une expérience traumatique ne développent pas forcément tous le syndrome de stress post-traumatique. Dans certains cas, un traumatisme peut jouer le rôle de catalyseur d'adaptation, autour duquel l'individu redéfinit ses propres valeurs et objectifs, réorganisant le chaos interne précédent. Plusieurs facteurs influent sur l'impact psychologique d'un événement traumatique sur l'individu: les différents résultats d'une expérience traumatique dépendent de l'interaction complexe et imprévisible de trois composants fondamentaux: l'environnement, l'héritage biologique et les caractéristiques psychologiques.

Fiche 4.3

Le traumatisme dans la migration



Lien entre migration et souffrance mentale

Ce lien est reconnu vers 1700, lorsque le terme “nostalgie”, utilisé pour l’identifier, est employé pour la première fois dans le milieu scientifique et médical par un étudiant en médecine nommé Johannes Hofer. Par la suite, on introduira le concept de choc culturel ou stress issu de la transculturation, selon lequel l’expérience migratoire est explicitement envisagée en termes de traumatisme et en particulier de facteurs individuels de résilience et de vulnérabilité. Plus précisément, par choc culturel, on entend une réaction psychique qui signale la difficulté d’accepter des façons d’être culturellement différentes de la sienne et qui se traduit par une détresse psychique, un état dépressif, une difficulté à faire face à la vie quotidienne, un sentiment de découragement, d’insécurité, d’isolement accompagné d’une nostalgie de sa propre culture.

Traumatisme migratoire

La migration est un événement traumatique en soi, une expérience de rupture de liens, d’équilibre existant entre l’individu et son environnement, une rupture qui implique la recherche d’un nouvel équilibre. Par conséquent, l’expérience migratoire génère un stress psychologique en termes de: sentiment d’impuissance, perte d’estime de soi et perte de confiance; des émotions intenses, souvent figées, émergent, dissociées de la parole, sous forme de sensations somatiques et de réactions comportementales. Le traumatisme migratoire est associé à l’interruption des liens affectifs et sociaux, de l’histoire existentielle, à la perte des défenses culturelles, des rôles sociaux, du statut, du patrimoine identitaires et des références sensorielles. La dimension sociale et collective du soi est menacée par la migration et inversement, la possibilité de contacter le groupe culturel de référence peut constituer un facteur de protection.

Les facteurs de stress de la condition migratoire

- » La solitude forcée: impossibilité d’être avec sa famille ou incapacité de la faire venir dans le pays d’accueil, même en présence de documents, soit par manque d’argent soit à cause d’obstacles administratifs;
- » L’échec du projet de migration, le manque d’opportunités, aucune possibilité d’accès au marché du travail ou travail dans des conditions d’exploitation extrême;
- » La lutte pour la survie: où manger, où dormir;
- » La peur, la terreur, les menaces émanant d’organisations criminelles lors du voyage migratoire, la peur de l’expulsion, d’abus physiques et sexuels, expériences d’impuissance et de manque d’aide. À qui faire confiance?



Comment se manifeste la détresse

Le/La migrant/e manifeste des comportements et des expériences telles que: "absences" dans la mémoire autobiographique, sentiments de dépaysement et de désorientation, désorientation nostalgique, crise de présence, passivité, isolement, repli sur soi, évitement et, surtout, comportements extériorisants caractérisés par des attitudes déviantes et agressives.

Il convient de noter que l'impact avec le contexte italien se produit souvent de manière brutal et que l'individu en condition de migrant rencontre un contexte qui peut être incompréhensible pour lui ou elle. En outre, une fois dans le pays d'accueil, le projet migratoire est pris en charge par les institutions.

Il est important que les opérateurs d'accueil puissent aider la personne à reconstruire le sens de ce qui se passe autour d'elle en termes de pratiques et de significations, y compris culturelles, en tant que facteur de protection contre les traumatismes liés à la migration.

Vulnérabilité

La relation entre migration et traumatisme se fait à travers le concept de vulnérabilité. Le terme "vulnérable" vient du mot latin *vulnus* qui signifie littéralement blessure ou lésion. Elle peut être physique, psychologique et, par extension, déterminée par le déni d'un droit.

Fiche 4.4

Migration et violence

20'+ pause 15'

au bout de la fiche



Qu'est-ce que la violence

Selon l'OMS (2002), par le terme "violence" on entend l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir, de manière réelle ou par des menaces, contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, qui détermine ou comporte un risque élevé de causer des blessures, la mort, des dommages psychologiques, un mauvais développement ou une privation. La violence n'est pas un élément qui peut être éliminé du comportement humain et elle trouve ses racines dans la structure sociale, culturelle, religieuse et économique.

La torture

Des expériences telles que l'emprisonnement et la torture provoquent de graves traumatismes psychiques dus à des expériences de terreur extrême, de souffrance extrême et de déni de subjectivité. La torture en particulier contient une surabondance de caractéristiques qui en augmentent le pouvoir traumatisant:

- » Terreur extrême pour sa propre vie.
- » Souffrance physique et mentale extrême.
- » Condition d'extrême vulnérabilité.
- » Événement prolongé et/ou répété.
- » Relation pathologique avec le contexte.

La torture induit un sentiment d'impuissance et de désespoir qui influe sur le sens de l'identité des sujets en tant qu'individus incapables d'avoir le contrôle sur leur avenir. L'absence de règles, l'imprévisibilité et le caractère aléatoire de la violence contribuent au manque de contrôle que le sujet éprouve.

La violence commise

Par le passé, l'idée était largement répandue que les victimes de violence pouvaient être plus enclines à adopter des comportements violents, selon le mécanisme psychologique "d'identification avec l'agresseur". Bien que ce ne soit pas la règle, lorsque cela se produit, cela passe généralement par un processus de "déplacement" vers un sujet plus vulnérable ou moins menaçant. Le choix de la cible peut également dépendre du sentiment sous-jacent à la violence: haine, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance. Quoi qu'il en soit, l'exercice de la violence est toujours un fait relationnel à interpréter également par rapport au contexte.



Adaptation restitutive et dysfonctionnelle

Les individus sont forcés de s'adapter d'une manière ou d'une autre à l'impact de la torture et des violations des droits de l'homme.

Les cinq systèmes d'adaptation mis en échec par la violence extrême sont identifiés dans les fonctions suivantes:

- » La sécurité personnelle.
- » Le système d'attachement et la capacité de lien.
- » L'identité et la fonction du rôle social.
- » La justice.
- » Le sens de l'existence.

Le sentiment de sécurité dans le monde, ou de confiance générale, s'acquiert dans les premières années de la vie, à travers la première personne qui prend soin de nous. Trouvant son origine dans la vie elle-même, ce sentiment de confiance soutient une personne tout au long de sa vie, formant la base de tout le système de relations et de confiance. Les événements traumatiques détruisent la construction du *Moi* qui s'est formé et s'est maintenu à travers les autres et violent la confiance de la victime dans un ordre naturel ou divin, la plongeant dans un état de crise existentielle.

Fiche 4.5

Ethnopsychiatrie



Définition de l'ethnopsychiatrie

Il s'agit d'une discipline multidisciplinaire, comparative, interactive et pragmatique visant à traiter la détresse psychologique d'individus d'une culture différente de celle du thérapeute. L'ethnopsychiatrie découle de l'observation de l'inefficacité des pratiques thérapeutiques actuelles chez les migrants et implique donc d'ouvrir le discours thérapeutique aux significations culturelles du patient (récits religieux, structures familiales, étiologies traditionnelles). L'ethnopsychiatrie considère les modèles explicatifs habituellement utilisés par la psychologie, la psychopathologie et la psychiatrie à leur tour comme des récits culturellement définis et localisés. Elle soutient donc la nécessité de relativiser nos théories en dialoguant avec les théories de référence du patient. Une approche ethnopsychiatrique implique des modifications de la théorie et de la technique de la psychiatrie traditionnelle.

Les références culturelles de la maladie mentale

Dans la perspective ethnopsychiatrique, il est fondamental, pendant la séance avec le patient, de tenir compte de ses références culturelles, à commencer par la langue. Par exemple, il arrive que certaines expressions, y compris le nom propre, ne puissent être traduites que par des périphrases, quand le terme original fait référence à un vaste champ sémantique social et culturel. Il est nécessaire d'accueillir la valeur des étiologies traditionnelles (telles que *djinn*, *maraboutage*) et des structures sociales intériorisées: elles doivent être reconnues non pas comme des éléments d'ignorance ou de superstition, mais comme des éléments narratifs fondamentaux qui permettent au patient de donner un sens à sa souffrance.

Trois configurations possibles

Intraculturelle: le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, le thérapeute prend en compte à la fois la dimension individuelle et la dimension socioculturelle.

Interculturelle: le thérapeute n'appartient pas à l'ethnie du patient mais connaît bien sa culture et l'utilise comme levier thérapeutique.

Métaculturelle: le thérapeute et le patient appartiennent à des cultures différentes et le thérapeute ne connaît pas spécifiquement la culture du patient, mais comprend le concept de "culture" et l'utilise pour établir un diagnostic et un traitement.



Critiques envers l'ethnopsychiatrie

Bien que la clinique des patients migrants ait besoin des contributions et de la clarté fournies par la connaissance de leur culture, il est nécessaire d'éviter d'aplatir l'individu et la relation sur la seule dimension culturelle, en ignorant les aspects individuels et socio-économiques, tels que les éléments intrapsychiques comme le traumatisme, les aspects du contexte, les relations de pouvoir, la possible condition de marginalité sociale. Les opérateurs doivent être en mesure de se décentrer et de travailler en utilisant en permanence ces deux niveaux, individuel et culturel, sans les confondre et en tenant compte des relations nécessaires et parfois conflictuelles entre eux.

Fiche 4.6

Résilience et résistance



Redonner le pouvoir: le processus d'Empowerment

Les expériences centrales de traumatisme psychique représentent pour la victime une privation du pouvoir et du contrôle sur soi-même, et la destruction de ses liens avec les autres. Le processus de guérison repose donc sur la restauration, chez le survivant, du pouvoir et du contrôle sur soi-même, ainsi que sur la constitution de nouveaux liens. La première étape vers la guérison consiste à accroître la capacité de la victime à contrôler activement sa vie *empowerment*, qui doit être l'auteur et l'arbitre de sa propre guérison.

Facteurs de résilience

Caractéristiques individuelles

- » Solidité du *Moi*.
- » Solidité de l'identité culturelle.
- » Flexibilité de l'identité culturelle.
- » Styles d'attachement efficaces.
- » Styles de coping efficaces.
- » Santé avant la migration.

Projet de migration

- » Pré-migration (préparation, caractère volontaire du projet, attentes réalistes).
- » Après la migration (mise en œuvre du projet, nouvelle élaboration efficace, soutien social efficace).

Facteurs de vulnérabilité

Caractéristiques individuelles

- » Fragilité du *Moi*.
- » Fragilité de l'identité culturelle.
- » Rigidité de l'identité culturelle.
- » Styles d'attachement insuffisants.
- » Styles de coping inefficaces.
- » Morbidité pré-migratoire.

Projet de migration

- » Absent (migration forcée).
- » Échec (ou menacé d'échec).



Autres facteurs

- » Stress dû à la transculturation (choc culturel).
- » Perte de statut.
- » Nostalgie, deuil.
- » Soutien social absent ou inadéquat.

Résistance au contrôle institutionnel

La torture induit un sentiment d'impuissance et de désespoir qui influe sur le sens de l'identité des sujets en tant qu'individus incapables d'avoir le contrôle sur leur avenir. L'absence de règles, l'imprévisibilité et le caractère aléatoire de la violence contribuent au manque de contrôle que le sujet éprouve. Les stratégies de résistance pour acquérir un peu de contrôle ou de sentiment de contrôle sont de type cognitif, émotionnel et comportemental, par exemple quand les sujets se moquent des gardes, ne coopèrent pas, ne collaborent pas, défient et provoquent l'autorité. La capacité à développer des stratégies créatives de résistance et de résilience permet de mieux tolérer l'emprisonnement et l'expérience de la torture.

Fiche 4.7

Différences dans l'expérience de la violence liée au genre



La condition des femmes migrantes

La migration peut causer des expériences de violence de différentes sortes chez les femmes.

- » Quitter son propre pays implique de redéfinir et de reformuler les liens et les équilibres familiaux, de repenser son appartenance aux traditions et aux valeurs de la culture d'origine. Parfois, les femmes migrantes sont victimes de violence, même dans leur contexte de provenance, où la violence est toutefois un mode relationnel "accepté" et où elles n'ont pas vraiment conscience d'être victimes. Dans le pays où elles arrivent, les opérateurs des structures d'accueil les incitent fréquemment à dénoncer la violence subie, ce qui entraîne une peur de marginalisation par rapport à la communauté d'appartenance, de rupture avec les racines et d'exclusion en cas de retour dans la patrie.
- » Le voyage lui-même devient souvent le théâtre de violences envers les femmes, principalement de nature sexuelle, donc de violences dirigées contre le corps sexué, les organes génitaux, le système de reproduction, la traite.

Les hommes et la violence

La violence sexuelle désigne non seulement la pratique du viol, mais également les menaces, la nudité forcée et le harcèlement. Dans le cas des hommes, en particulier ceux de religion musulmane, la nudité forcée est perçue comme une violence pire que la violence physique dans la mesure où elle produit une forte humiliation et une mortification du sens de la dignité.

L'expérience de la violence, exercée pour produire l'annihilation de l'individu et de son groupe, entraîne la perte de son statut, de sa place dans le monde, ce qui est particulièrement important pour les hommes.



Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h

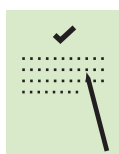


Atelier

Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale

Consignes

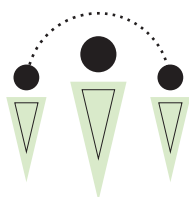
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

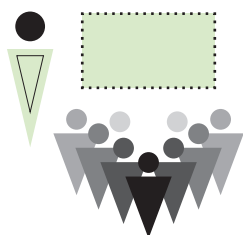


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes.

Exposition

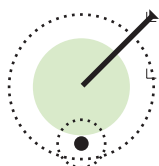
40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.



Le cas d'Ahmed

Ahmed a 19 ans et vient de Gambie. Quand il avait six ans, ses parents ont divorcé et, à la suite du retour de sa mère dans sa famille d'origine, Ahmed a cessé tout contact avec elle. Le garçon rapporte qu'il a beaucoup souffert de cet éloignement forcé et qu'il a été élevé par son père, un activiste du parti UDP, un mouvement opposé au régime dictatorial. Ahmed rapporte qu'il a eu une relation difficile et non affective avec son père. Quand Ahmed a 14 ans, un groupe de paramilitaires fait irruption dans la maison à la recherche de son père. À la suite de cet épisode, lui et son oncle quittent le pays et, depuis lors, Ahmed n'a plus de nouvelles de son père. Par la suite, ils se rendent en Libye, où Ahmed est emprisonné et ne peut être libéré que grâce au paiement d'une rançon par son oncle. Après être arrivés en Sicile, son oncle se rend en Allemagne, tandis qu'Ahmed est accueilli dans un centre pour mineurs non accompagnés.

Ahmed se montre très fermé et méfiant, il a du mal à raconter ses souffrances et consomme du cannabis, probablement pour échapper à des souvenirs douloureux et à la peur de ne pas s'en sortir. Un soir, Ahmed rentre au centre sous l'effet de l'alcool et de drogues et dans un état de grande confusion. Il donne un coup de pied dans une poubelle, s'effondre sur le sol se cogne la tête plusieurs fois sur le sol. À la suite de l'intervention des forces de l'ordre et des services d'urgences, Ahmed est hospitalisé sous la supervision du psychiatre de garde. À la suite de cet épisode, Ahmed fait également état de pensées suicidaires.



5h



Gestion du stress

Par *Chiara DALLAVALLE*

5





15'

Cette section traite d'aspects spécifiques de la relation avec des victimes de violence de genre et de proximité, en particulier en termes de relation d'aide et de prise en charge de personnes vulnérables. L'extrême complexité des récits de vie des victimes de violence, combinée à de fortes composantes traumatiques, rend les opérateurs impliqués particulièrement exposés aux conditions de stress et au risque d'épuisement professionnel. Le module vise à fournir des outils spécifiques pour prendre en charge ce type d'usagers, tout en protégeant le bien-être psychophysique et émotionnel des opérateurs.

Fiche 5.1

Accueillir et écouter



La relation d'aide

Les professions d'assistance amènent l'opérateur à évoluer dans une dimension relationnelle qui implique une forte composante émotionnelle, incluant la sienne et celle de l'utilisateur. Cela signifie que, dans son travail, l'opérateur doit avoir recours à la fois à des ressources professionnelles (formation, mise à jour, spécialisation, connaissance du travail, cohérence entre formation et rôle joué) et à des ressources personnelles (caractéristiques individuelles, connaissance de soi, ressources relationnelles, résilience). Les ressources et les limites de la relation d'aide prennent forme dans un espace créé et délimité par la relation opérateur-utilisateur-contexte. L'aide est toujours un fait relationnel, tout comme la violence.

Le rôle professionnel des opérateurs d'accueil et de tous ceux qui entretiennent des relations avec des migrants victimes de violences est influencé par des dimensions et des facteurs psychosociaux, tels que:

Le temps

« .. dans de nombreuses institutions totales, il existe un sentiment diffus parmi les internés que le temps passé dans l'institut est perdu, inutile ou volé à leur vie.. C'est un temps mis entre parenthèses, par ceux qui l'ont vécu, avec un entendement constant et conscient, difficilement observable dans le monde extérieur. En conséquence, l'interné tend à avoir l'impression que pendant toute la durée de son internement, il a été complètement exilé de la vie » (Goffman, 1961). C'est également souvent la perception du migrant qui se trouve dans une structure d'accueil. La structure impose un temps pour tout: manger, dormir, sortir et retourner au centre, aller à l'école, pour les visites médicales, les démarches administratives, et ainsi de suite. La personne migrante n'a pas d'autre choix que de s'adapter à ce nouveau "temps pour".

Quant à l'opérateur, il se réfère à un temps différent, également dicté par les institutions. Le temps de l'opérateur pendant son travail devrait coïncider avec le temps de l'horaire de travail, mais ce n'est pas toujours le cas. Par conséquent, l'opérateur devient un professionnel disponible 24h/24.

Les attentes

Du point de vue du migrant, la pression/tension vécue pendant la réalisation de la migration mène à une forme de stress appelée Goal Striving Stress. Elle fait référence aux difficultés et aux efforts déployés par le migrant pour obtenir des résultats plausibles en fonction de ses aspirations et du mandat de migration. Si le projet de migration est mal structuré et que les attentes par rapport à la migration

sont vagues, le projet lui-même risque d'échouer, également en raison de toutes les variables qui interviennent une fois dans le pays d'arrivée (réglementations, refus de permis de séjour, difficultés d'intégration ou pour trouver du travail, etc.). Le/La migrant/e a également des attentes vis-à-vis de l'opérateur: comment l'opérateur est-il perçu? A-t-il une fonction instrumentale, de soutien, de dépendance? Est-il un obstacle à la réalisation personnel ou un moyen pour satisfaire besoins et requêtes?

ATTENTION!

Une partie des attentes se construit à l'intérieur de la relation.

En ce qui concerne l'opérateur, plusieurs variables peuvent affecter ses attentes vis-à-vis de l'utilisateur:

- » Conscience des limites de la personne qu'il veut "aider" en ce qui concerne sa condition d'autodétermination.
- » Composante culturelle par rapport à certains comportements/choix/attitudes de l'utilisateur.
- » Connaissance de ses propres mécanismes de fonctionnement psychosocial.
- » Capacité à gérer les attentes non satisfaites et à les modifier en fonction de ce qui se passe dans la relation avec l'utilisateur.

L'appartenance identitaire

Le migrant vit souvent une véritable crise d'identité, où le sens du soi individuel est alimenté par l'imbrication de relations avec les autres, et qui se nourrit également de la relation contextuelle et repose sur des modèles et des règles de comportement déterminés socialement et culturellement.

Ernesto de Martino (1978) parle de "crise de la présence", se référant aux différentes conditions dans lesquelles l'individu expérimente l'incertitude et l'incapacité de déterminer ses propres actions à un moment donné, en présence d'événements ou de situations particulières (maladies, décès, crises morales, migration). La crise de la présence est ce sentiment de dépaysement dans lequel les personnes craignent de perdre leurs références domestiques qui servent en quelque sorte d'indicateurs de sens (de présence).

Fiche 5.2

Comment gérer la peur, le stress, la frustration, l'épuisement professionnel

45' + pause 15'
au bout de la fiche



Qu'est-ce que le stress

Le stress est la réponse psychophysique à la perception d'un déséquilibre entre les exigences du milieu environnant et les ressources disponibles pour y faire face. Cette réponse a tout d'abord une dimension physiologique, en ce sens que dans une situation de stress, les reins libèrent du cortisol lors de la stimulation de l'hypophyse et de l'hypothalamus et bloquent le passage de la sérotonine. Elle comporte également des effets sur les plans émotionnel, cognitif et comportemental. Il est possible de distinguer le stress positif (eustress) du stress négatif (distress). Le stress lié au travail peut être défini comme un ensemble de réactions physiques et émotionnelles préjudiciables qui se produisent lorsque les exigences imposées par le travail ne correspondent pas aux capacités, aux ressources ou aux besoins du travailleur.

Le burn-out

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est le résultat pathologique d'un processus stressogène qui affecte les personnes qui exercent des professions d'aide, quand elles n'arrivent pas à répondre de manière adéquate aux charges de stress excessives que leur travail les amène à supporter. C'est une condition de malaise rencontrée chez les travailleurs exerçant des professions dites d'aide, notamment dans le domaine social et de la santé. Le burn-out est caractérisé par :

L'épuisement émotionnel, c'est-à-dire la sensation de fatigue et d'accablement qui se développe au fur et à mesure que les ressources émotionnelles s'épuisent, avec la sensation de ne plus rien pouvoir offrir sur le plan psychologique.

La dépersonnalisation, c'est-à-dire les attitudes négatives, de détachement, de cynisme et/ou d'hostilité envers les personnes avec qui et pour qui on travaille.

La réalisation professionnelle, entendue comme perception de sa propre inaptitude au travail, qui implique une chute de l'estime de soi et une réduction du désir de réussir.

Le burn-out peut être identifié en présence de :

- » Épuisement émotionnel.
- » Dépersonnalisation.
- » Attitude basée sur le cynisme.
- » Sentiment d'un épanouissement personnel minime.
- » Tendance à éviter l'environnement du travail.
- » Frustration et insatisfaction.
- » Réduction de l'empathie envers les personnes dont on devrait s'occuper.
- » Dégradation du bien-être physique.
- » Insomnie.
- » Dépression.

Conséquences personnelles et sociales/organisationnelles

Les effets du burn-out ne se répercutent pas seulement au niveau personnel mais tendent à se propager de manière variable d'un membre à l'autre de l'équipe, et de l'équipe sur les usagers, touchant ainsi toute l'organisation. Les conséquences sont très graves et peuvent être résumées en trois niveaux:

Niveau des opérateurs qui "paient" les conséquences du burn-out, parfois par la somatisation, mais surtout par la dispersion de ressources, les frustrations et la sous-utilisation de leurs potentiels.

Niveau des usagers, pour qui le contact avec les opérateurs en burn-out est frustrant, inefficace et nuisible.

Niveau de la communauté en général qui voit gâcher ses importants investissements dans les services.

Les causes du burn-out

Le déséquilibre entre individu et travail, responsable des conséquences comportementales, sociales et concernant le bien-être individuel, peut se manifester dans six domaines:

1. Charge de travail, si elle est supérieure à la capacité de l'individu à la gérer.
2. Le contrôle, car il semblerait qu'il y ait un lien entre le manque d'autonomie ou de capacité à assumer la responsabilité de décisions importantes et le burn-out.
3. La récompense, à la fois sociale et économique.
4. La communauté, en termes de qualité des relations avec ses collègues.
5. L'équité, c'est-à-dire la perception de l'honnêteté qui favorise l'engagement et la satisfaction.
6. Le domaine des valeurs, c'est-à-dire la congruence entre les valeurs de l'individu et celles de l'organisation, dont l'absence éventuelle peut se traduire par la pression d'un choix à accomplir entre ce que l'on veut faire et ce que l'on doit faire.

Comment prévenir le burn-out?

La prévention de l'épuisement professionnel passe par différentes étapes, telles que:

- » Promouvoir des équipes aussi stables que possible dans le temps et garantir la sécurité de leur travail.
- » Développer des systèmes d'incitation et de récompense en fonction des différents rôles professionnels et des capacités de chacun.
- » Développer et augmenter le travail en équipe, à travers la discussion des cas et la participation à tous les aspects décisionnels du travail.
- » Partager la responsabilité des parcours avec les usagers, leurs familles et la communauté sociale en général.
- » Faire de la formation et de la recherche les objectifs principaux du programme de gestion.
- » Encourager les mécanismes formels de groupe pour résoudre les problèmes organisationnels et résoudre les conflits.
- » Offrir des contrôles périodiques du burn-out à toute l'équipe.
- » Développez des moments d'écoute et d'accueil individuel et/ou en groupe en cas de situations conflictuelles.

Fiche 5.3

Les outils pour la gestion de l'agressivité



L'agressivité

L'agressivité présuppose une interaction sociale dans laquelle l'un des acteurs nuit à l'autre de manière intentionnelle. Selon la théorie de l'évolution, l'agression est fonctionnelle et satisfait les besoins primaires de l'être humain, tandis que selon une approche physiologique, ce sont les structures néocorticales et sous-corticales qui jouent un rôle important dans l'activation d'un comportement agressif à travers la libération de substances spécifiques. La psychologie psychodynamique voit l'agressivité comme une poussée, une pulsion, une réaction à la frustration. Enfin, les théories de l'apprentissage social considèrent que l'agressivité est apprise à travers les modèles relationnels, sociaux et culturels.

La contribution de la psychiatrie identifie dans l'agressivité un symptôme de souffrance, déterminée, ou du moins liée, à un trouble mental. Dans cette direction, il faut dire que les comportements agressifs ne représentent pas en eux-mêmes une pathologie psychiatrique, mais sont l'expression d'une maladie dans des situations spécifiques, c'est-à-dire quand ils ne sont pas contrôlables par celui qui les manifeste et qu'ils ne sont pas modulables et adaptés à la situation qui les a déterminés. La présence d'attitudes agressives peut représenter l'aggravation du tableau clinique dans certains troubles tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité borderline et les divers troubles anxieux. Les comportements agressifs augmentent en relation avec la consommation d'alcool et de drogues.

Les variables de contexte et les facteurs de risque

Les facteurs de risque pouvant influencer sur l'apparition de comportements agressifs dépendent fortement du contexte extérieur, quand la personne se trouve dans un centre d'accueil ou dans un service territorial. À titre d'exemple, ces facteurs peuvent être:

- » Les directives des opérateurs.
- » Le manque d'implication de la personne pour mener à bien son projet (accueil, intégration, etc.).
- » Le manque d'intimité et la cohabitation forcée avec d'autres personnes.
- » Le respect forcé des règles du centre et la contrainte de la liberté personnelle.
- » La suspension de sa propre situation juridique.
- » L'incapacité à lire le contexte.
- » L'absence de relations familiales significatives dans le pays d'accueil et dans le contexte d'accueil.

Prévention et gestion des comportements agressifs

Le fait de connaître la personne au préalable peut faciliter la gestion de la rencontre et de toute action agressive, par exemple quand on connaît le cadre psychopathologique diagnostiqué ou quand on connaît les sujets pouvant susciter des réactions négatives chez l'usagers. Il convient également de prendre en compte la présence éventuelle d'autres personnes qui peuvent "agacer" la personne et accroître sa nervosité.

En l'absence d'informations adéquates sur la personne, il est important de savoir comment détecter les signes avant-coureurs (nécessaires mais non suffisants) tels que: violences verbales, posture menaçante, menaces, activation émotionnelle, proximité inconfortable, haussement du ton de la voix, contact visuel direct, transpiration, omission de l'alternance des tours de parole.

Pour éviter l'apparition de comportements agressifs, il est particulièrement important de choisir les espaces où rencontrer la personne, par exemple dans une pièce accessible et facilement visible par les autres collègues, et qui offre toujours une issue de sortie. Si on suppose que l'utilisateur peut faire preuve d'agressivité pendant la rencontre, il est préférable de laissez d'autres collègues participer afin de ne pas être seul avec lui. Il est fondamental de maintenir une écoute active de la personne, même si elle montre de l'agressivité, et d'adopter une position corporelle passive et non menaçante (posture ouverte). Essayez également de négocier des alternatives, de fournir des informations précises et détaillées, de vous faire reconnaître en rappelant à la personne qui vous êtes et d'utiliser le NOUS pour mettre l'accent sur la coopération; montrez toujours que l'empathie peut s'avérer utile. Si la situation dégénère, vous devez immédiatement demander de l'aide en avertissant vos collègues et éventuellement la police.

Fiche 5.3

Ce qu'il ne faut pas faire

- » Manifester peur, anxiété, crainte.
- » Avoir un contact physique.
- » Aborder la personne par derrière.
- » S'approcher brusquement.
- » Confiner la personne dans un espace étroit.
- » Avoir une attitude provocatrice et de défi.
- » Considérer l'agression verbale de l'autre comme une offense personnelle.
- » Essayez de désarmer: dans ce cas, éloignez-vous immédiatement.
- » Faire des promesses non réalisables simplement pour sortir de la situation.
- » Gardez les bras croisés.
- » Montrer ses émotions.
- » Manifester de la colère.

Les outils opérationnels

La gestion des situations d'agressivité n'est efficace que si l'opérateur fait partie d'une équipe de travail solide, soudée et organisée, composée de professionnels dotés de compétences spécifiques et de rôles professionnels bien définis. Les caractéristiques de l'équipe doivent être:

- » Une perception commune des buts et des objectifs.
- » Une communication ouverte et basée sur la confiance et le respect des collègues.
- » La présence d'un leadership étendu.
- » Le partage de procédures efficaces.
- » La valorisation des différences personnelles et professionnelles des différents membres.
- » La capacité de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité à différentes situations
- » Apprentissage continu et formation.

Pour créer une équipe solide et soudée, capable de gérer des situations de crise, il faut favoriser des espaces de rencontre et de discussion, tels que:

- » Supervision et discussion des cas.
- » Coordination des activités de travail.
- » Création et partage des procédures de travail.
- » Planification des interventions.
- » Vérification du travail effectué et analyse des incidents critiques.



Fiche 5.4

Reconnaître l'existence de la violence de genre et/ou de proximité et savoir la prendre en charge

35'



Les plus grandes difficultés rencontrées par les opérateurs face aux victimes de violence concernent la capacité à évaluer les signes et la possibilité de réduire leurs effets, et à contrôler les contrecoups. En cela, la capacité à mettre en pratique des relations empathiques et à établir la juste distance joue un rôle fondamental.

Le traumatisme par procuration

Cela indique la possibilité qu'un opérateur travaillant dans des contextes critiques et avec des personnes ayant subi un traumatisme puisse lui aussi revivre le traumatisme, suite au contact avec la personne traumatisée. Le traumatisme par procuration modifie de façon négative les schémas cognitifs et les modes d'interprétation de son travail et de la réalité, en raison des processus d'empathie, d'identification et d'implication émotionnelle avec des personnes bouleversées par des événements ayant un impact émotionnel très élevé. Plusieurs symptômes en résultent: dépression, fatigue, irritabilité, symptômes psychosomatiques, insomnie, anxiété, fatigue, voire problèmes familiaux.

Les interventions pour contrer le traumatisme par procuration sont:

Defusing: les participants, immédiatement après une éventuelle situation d'urgence, peuvent se réunir pendant 20 à 40 minutes pour échanger leurs pensées et leurs sentiments concernant les événements et les récits vécus/entendus.

Debriefing: véritable intervention psychologique/clinique structurée à laquelle les opérateurs sont obligés de participer dans le but de mieux comprendre et de mieux gérer les émotions intenses et les stratégies les plus efficaces pour faire face à la situation.

Thérapie/soutien psychologique individuel: dans un contexte clinique individuel, les variables individuelles et les états émotionnels résultant du contact avec des personnes traumatisées sont discutés et analysés.

Le contre-transfert

Terme inventé par Freud pour désigner les affects qui se produisent chez le thérapeute suite à l'influence du patient sur ses sentiments inconscients. Dans les développements ultérieurs, le contre-transfert commence à inclure une série de sentiments, de pensées et d'actions mis en place par le thérapeute/opérateur mais qui sont liés aux caractéristiques spécifiques de la personnalité et aux modalités relationnelles de l'utilisateur. Le contre-transfert se déroule dans un échange dynamique continu et il est également influencé par la personnalité de l'opérateur. Il existe différents types de contre-transfert:

Fiche 5.4

Contre-transfert concordant: indique la perception empathique de l'état affectif interpersonnel de l'autre et fournit des informations sur la manière dont l'autre vit les relations. Il représente une identification dans ce que l'autre éprouve ou a éprouvé dans le passé et il s'apparente au concept de "symétrie".

Contre-transfert complémentaire: indique l'identification empathique avec "l'objet" relationnel et fournit des informations sur la façon dont les autres réagissent aux modalités relationnelles habituelles de l'individu, ainsi que des informations sur les modèles et les événements relationnels importants dans le présent ou dans le passé de l'utilisateur.

Contre-transfert culturel: représente les réponses conscientes et inconscientes à l'altérité culturelle et dépend de l'identité culturelle de l'opérateur mais également de ce que l'utilisateur projette dans la relation. Il peut représenter une réaction à l'angoisse suscitée par l'altérité et peut prendre différentes formes: déni des différences, dévaluation, idéalisation. Le contre-transfert culturel est lié à des aspects tels que l'identité de genre, historique et sociale. La dimension culturelle ne doit pas occulter la composante sociale de la souffrance, notion de "contre-transfert social" dû au statut socio-économique différent des opérateurs et des usagers.

Réactions de contre-transfert avec les victimes de violence

Les réactions de contre-transfert dans les relations avec les victimes de violence peuvent être de différents types, mais ont tendance à être d'intensité élevée et à devenir difficiles et épuisantes si elles ne sont pas perçues de manière adéquate. Les histoires avec lesquelles l'opérateur entre en contact présentent une abondance d'éléments perturbants sur le plan émotionnel, et les traumatismes subis par l'utilisateur amènent l'opérateur à utiliser des défenses dissociatives qui provoquent des réactions de contre-transfert spécifiques. L'opérateur à affaire à de grandes souffrances. Il existe différents types de réactions de contre-transfert:

Réactions concordantes: caractérisées par le malaise, la tristesse, le sentiment d'impuissance, la peur pour l'utilisateur, l'anxiété, la colère envers "le système".

Réactions complémentaires: caractérisées par l'irritation, l'évitement, la colère envers l'utilisateur, la non-reconnaissance de la souffrance, un comportement passif-agressif (ex. négligence), le désir de "sauver" l'utilisateur, la peur de l'utilisateur.

La peur

Elle peut représenter une réaction concordante à un sentiment ressenti par la victime de violence ou un aspect du contre-transfert culturel ou social. Elle fait également référence à la perception de composants agressifs conscients, inconscients ou dissociés présents chez l'utilisateur et représente une réaction complémentaire. Il est fondamental de percevoir et d'évaluer les possibles expériences de peur de la part des opérateurs comme un facteur de protection contre une éventuelle agression. Même si la peur représente un élément de contre-transfert, il s'agit d'un affect qui doit être métabolisé au sein de l'équipe pour pouvoir continuer à travailler avec l'utilisateur.



Le sentiment d'impuissance (helplessness)

C'est l'une des réactions émotionnelles les plus courantes lorsqu'on travaille avec des migrants et des victimes de violence, et il peut s'agir d'une réaction concordante avec le vécu et l'expérience de l'utilisateur. Le sentiment d'impuissance peut dépendre de mécanismes organisationnels non vertueux, de la perception d'un contexte élargi et complexe, de la perception de déséquilibres dans les relations de pouvoir entre les niveaux. C'est une cause fréquente de renoncement de la part des opérateurs.

Conclusions et considérations partagées

10'



Pause

15'



1,45h



Atelier

Étude de cas: le cas, le travail en groupes, les résultats et la discussion finale

Consignes

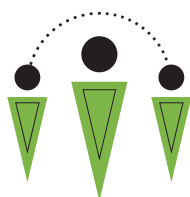
15'



Le formateur et le co-formateur lisent et illustrent le cas choisi (généralement réel) à la classe. Ils invitent les participants à se répartir en groupes de 4 à 6 personnes et ils distribuent une copie écrite du cas illustré (au moins une copie par groupe).

Travail en groupes

40'

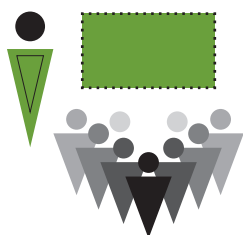


Le formateur et le co-formateur demandent aux groupes de réfléchir et de discuter du cas en suivant trois lignes de réflexion et d'analyse: 1. ressources et points forts de la personne objet du cas, son contexte d'origine et sa situation éventuelle; 2. la fragilité et les faiblesses de la personne, son contexte d'origine et sa situation momentanée; 3. gestion du cas par les services (centres d'accueil, services de santé, services sociaux et autres), problèmes critiques, bonnes pratiques, comment ils auraient pu/dû agir pour rendre l'intervention plus efficace.

Le groupe travaille pendant 30-40 minutes.

Exposition

40'



À la fin du travail en groupes, le porte-parole de chaque groupe prend la parole devant tous les autres participants pour rendre compte de la discussion qui a eu lieu au sein de son groupe et des résultats obtenus. C'est l'un des moments les plus importants de la journée de formation car chaque groupe - et chaque participant - a la possibilité d'interagir avec les autres dans le cadre d'un échange mutuel de connaissances et d'expériences.

Conclusion

10'



L'atelier se termine par une brève intervention du formateur et du co-formateur pour résumer l'analyse des groupes, mettre en évidence les aspects les plus importants et éventuellement ajouter des informations demandées par les participants et/ou des aspects qui ne sont pas apparus mais qui sont considérés comme pertinents.

Le cas de Mamadou

Mamadou est opérateur dans un centre d'accueil depuis un an. Il est Sénégalais et vit en Italie depuis plus de 10 ans. Il intervient également en tant que médiateur culturel et linguistique le cas échéant.

Son centre accueille 25 garçons, dont 3 Sénégalais comme lui. C'est précisément pour cette raison que, lorsqu'il s'agit de gérer certains problèmes, en particulier certaines tensions, ses collègues demandent à M. de s'en occuper. Quand il faut traduire, faire un entretien avec le psychologue, accompagner ces jeunes dans les différents services, en particulier les services médicaux, on demande encore à M. de s'en occuper, afin que les garçons du centre soient facilités, ainsi que les opérateurs qui, de cette manière, ne doivent pas appeler un autre médiateur. Au départ, Mamadou considère que ce rôle est une reconnaissance importante, qui donne de la valeur à ses différentes compétences, mais au fil du temps, tout cela devient très lourd et M. est surchargé de demandes et d'attentes. Et tout cela arrive à un point de rupture lorsque M. est accusé par l'un des jeunes, suite au rejet de sa demande d'asile par la Commission. Ce garçon l'accuse de ne pas avoir bien traduit pendant les entretiens, il l'accuse de ne pas l'avoir suffisamment aidé et il le discrédite auprès des autres jeunes, qui, à partir de ce moment-là, se comportent différemment avec M. Même de la part de l'équipe du centre, cette situation n'est pas gérée au mieux et Mamadou, incapable de résister aux tensions, veut démissionner...

Questions:

- » Quel contre-transfert font les opérateurs en question?
- » Quels sont les problèmes critiques?
- » Quelles ressources pourraient être déployées?





Section 2

Bonnes pratiques d'accueil

Identifier, prévenir, traiter

par *Lia LOMBARDI*

introduction

Cette partie est consacrée aux "bonnes pratiques d'accueil" et repose sur trois critères de base: identifier, prévenir, traiter. Cette deuxième section, comme la première, suit un parcours sous forme de fiches qui concernent:

1. Les systèmes d'accueil en France et en Italie et certaines réalités locales.
2. Les bonnes pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes migrantes victimes de violence et le travail en réseau (gouvernance, protocoles, actions).
3. Les points critiques et les perspectives du système.
4. Réfléchir sur la résistance et sur la résilience par des études de cas.

Fiche 1

Systèmes d'accueil



Le système d'accueil italien

La révision des services d'accueil (décret-loi 113 de 2018) restructure le système dans son ensemble: les nouvelles normes (article 12) prévoient que les services d'accueil intégrés sur le territoire (seconde réception), préparés par les autorités locales dans les structures du système SPRAR (renommé SIPROIMI), soient réservés exclusivement aux titulaires de la protection internationale et aux mineurs étrangers non accompagnés, mais pas, comme c'était le cas auparavant, aux demandeurs d'asile.

La première phase, avant la réception proprement dite, consiste à apporter les premiers secours et la première assistance, ainsi qu'à réaliser l'identification des migrants, en particulier sur les sites de débarquement (CPA, CPSA, HotSpot). La réception proprement dite est elle-même divisée en deux phases: la première phase pour l'achèvement des opérations d'identification du demandeur et la présentation de la demande d'asile (CDA, CARA) et une seconde phase de réception et d'intégration assurée au niveau local par les autorités locales dans les structures du système SPRAR. En cas d'épuisement des places dans les centres gouvernementaux, les migrants peuvent être accueillis dans des structures temporaires appelées CAS (centres de réception extraordinaires).

En ce qui concerne la violence de genre et de proximité, dans la plupart des cas, les femmes célibataires et les femmes avec des enfants vivent dans des appartements ou des petits centres où il n'y a pas d'hommes; les familles sont généralement logées dans des appartements ou des centres où la confidentialité est garantie.

Un autre aspect de la situation italienne est représenté par la loi n. 119 du 15 octobre 2013 établissant des règles relatives à l'immigration, à la sécurité et à la lutte contre la violence de genre. L'article n. 18bis de la loi prévoit que si la police ou les magistrats vérifient qu'un immigré (femme ou homme) est victime de violence domestique ou venant d'un partenaire intime (VPI) perpétrée sur le territoire italien, le commissaire peut délivrer un permis de séjour spécial, pour permettre à la victime d'échapper à la violence. L'article 8 du décret législatif n. 24 du 4 mars 2014, le 24 mars, a étendu le type de protection décrit ci-dessus aux victimes de la traite des êtres humains et de l'esclavage.

Le système d'accueil de la ville de Milan

Milan est la seule ville d'Italie à gérer un certain nombre de CAS, habituellement gérés par les préfectures. Actuellement, les structures CAS sont au nombre de neuf et, de janvier à septembre 2018, elles en ont accueilli 1 404 migrants, soit 7% du nombre total de migrants débarqués en Italie. Le pourcentage de femmes est de

21,6%. Le séjour moyen varie de cinq à neuf mois. Les structures SPRAR de la ville comprennent huit centres d'accueil (347 places) et un peu plus de sept appartements (75 places). Le pourcentage de femmes est d'environ 21,8% (principalement des Somaliennes), tandis que celui des mineurs est de 16,1%. Les utilisateurs dont le séjour moyen est d'au moins un an représentent 24,2%.

Le système français d'asile et de protection

La France a vu ces dernières années une augmentation du nombre de demandes d'asile, ce qui a mis le système sous pression. Dans l'ensemble, la gestion de la violence et de la vulnérabilité de genre reste assez fragmentaire. En France, les demandes d'asile sont soumises à la réglementation CESEDA (Code d'entrée et de séjour des étrangers et octroi de l'asile). Selon l'article L.71-11 du CESEDA, il existe trois types de statut de réfugié:



- » **Asile conventionnel:** accordé, conformément à la Convention de Genève de 1951, aux personnes qui demandent l'asile pour des raisons de persécution ou de crainte de persécution dans leur pays d'origine.
- » **Asile constitutionnel:** ce droit est inscrit dans la constitution française de 1946 (ligne 4 du préambule) et stipule que l'asile sera accordé aux personnes persécutées pour leurs actions en faveur de la liberté.
- » **Demandeurs d'asile:** ce statut est accordé aux personnes après qu'elles ont demandé l'asile et pendant la période où elles attendent l'octroi du statut de réfugié.

Les principales agences en charge du système d'asile français sont:

- » **OFPRA**, l'office français de protection des réfugiés et des apatrides.
- » **CNDA**, Cour nationale du droit d'asile.
- » **L'OFII** (Office français de l'immigration et de l'intégration) gère le DNA (Dispositif National d'Accueil), il recherche et fournit un hébergement et une assistance matérielle aux demandeurs d'asile. Le système national comprend de nombreux d'acteurs, dont certains sont non gouvernementaux.

Institutions gouvernementales pour l'asile: OFII, OFPRA, CNDA.

Acteurs non gouvernementaux:

- » Opérateurs de refuges: FTDA, Coallia, Samu Social, (Emmaüs), Groupe SOS.
- » Principales ONG/IDF parisiennes s'occupant d'accueil et/ou d'orientation initiale: La Cimade, GISTI, FTDA, JRS, Groupe SOS, Anafé, responsables PADA.

Entités publiques et institutions de droit commun:

- » Municipalité de Paris (Ville de Paris).
- » HCE (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes).

Fiche 1

- » AH-HP (hôpitaux de Paris).
- » ASE (services de protection de l'enfance).
- » Organisations internationales: HCR, France.

À leur arrivée en France, les migrants ont 90 jours pour demander l'asile. Ils sont initialement pris en charge par les centres CAO (centres d'accueil et d'orientation) où ils sont assistés dans les démarches administratives.

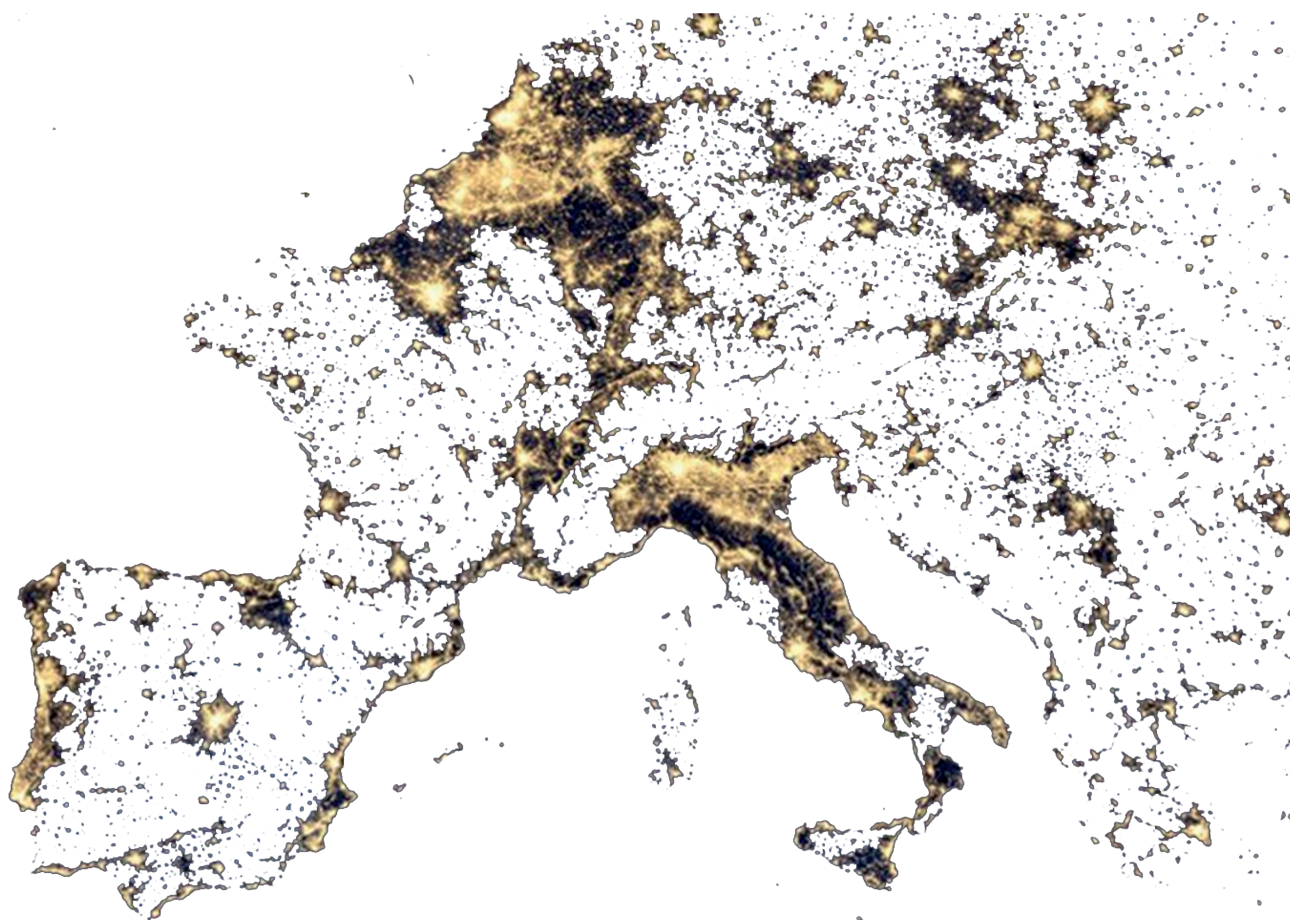
Le système d'accueil espagnol



L'Espagne est devenue l'une des régions d'Europe les plus importantes pour l'accueil des migrants et des réfugiés, non seulement en raison de sa position géographique, mais aussi en raison de ses politiques sociales récentes et de la position du gouvernement en matière d'accueil des réfugiés. Le système d'accueil espagnol est organisé en différents centres d'accueil pour réfugiés (C.A.R. - Centro de Acogida a Refugiados). Ce sont des institutions publiques qui fournissent un hébergement et une assistance psychosociale de base, ainsi que d'autres services sociaux visant à faciliter la coexistence et l'intégration avec les demandeurs d'asile ou les réfugiés en Espagne. La loi espagnole actuelle sur l'asile, approuvée en 2009, inclut la persécution pour des raisons de genre et d'orientation sexuelle en tant que motif d'asile. Les réfugiés "de genre" ont le droit de demander l'asile et une protection au même titre que les personnes fuyant un conflit armé, mais il est nécessaire d'améliorer l'accès à l'asile pour ces personnes, en particulier aux postes-frontières et aux CIE (centres d'identification et d'expulsion), afin de leur apporter une plus grande sécurité (Ramirez, 2016).

En Andalousie, à compter du 19 décembre 2017, les demandeurs d'asile, les apatrides et les réfugiés peuvent demander un revenu minimum pour l'intégration sociale, sans qu'il soit nécessaire de fournir une preuve d'enregistrement, pour une certaine période. Néanmoins, on assiste souvent à des retards et à des non-paiements. Le ministère de la Justice et de l'Intérieur et la Direction générale pour la coordination des politiques migratoires (Consejería de Justicia e Interior y la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias) gèrent la politique d'assistance sociale pour les immigrants et la population réfugiée de l'Andalousie.

L'Observatoire andalou des migrations permanentes (Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones) est une autre organisation importante, mais aucun d'entre elles ne considère le concept de «violence de proximité» de manière spécifique ou en tant que catégorie d'analyse. Le système de protection contre la violence de genre au niveau local comprend les préfectures, la police locale, la garde civile, les municipalités locales et les centres de santé.



Fiche 2

Bonnes pratiques d'accueil

Politiques inclusives

Les politiques inclusives devraient être orientées vers un travail axé sur l'empowerment, offrant à chaque femme la possibilité de s'autodéterminer en se préparant à un avenir meilleur. Ces politiques inclusives devraient être étroitement liées à la lutte contre la violence de genre et de proximité et reposer sur une forte synergie entre les différents acteurs impliqués et sur une relation de collaboration active entre l'État, les régions et les municipalités.

Le rejet de l'inégalité entre les sexes devrait être un élément essentiel de tout projet de réforme sociale globale, établissant un lien contraignant entre éthique et économie, entre recherche du bien-être et liberté de choix, et un rapprochement entre intérêts, valeurs et objectifs afin de favoriser le renforcement des différences et le refus des modèles proposés comme indiscutables et universels.

Les bonnes pratiques d'accueil en Lombardie



La ville de Milan investit dans l'intégration sans négliger l'expérience des services transversaux au sein des CAS, tels que la formation des opérateurs, l'apprentissage de la langue italienne, l'introduction à la connaissance du territoire et des services par les migrants, l'orientation au travail. Sur le territoire milanais, il existe une action institutionnelle très active et positive de la part de la municipalité.

Parmi les bonnes pratiques dans la région de Milan, nous mentionnons le nouveau projet de la "Maison des femmes maltraitées" (Casa delle donne maltrattate). Cette association a reçu en donation une grande maison qui est devenue une structure d'accueil pour les femmes demandeuses d'asile et réfugiées victimes de violence. Le projet ouvre la voie à l'autonomie et à l'empowerment des femmes pour leur permettre d'échapper au contexte de violence. La ville de Milan a récemment inauguré "Casa Chiaravalle", une propriété confisquée à la mafia pouvant accueillir jusqu'à 50 femmes. Le projet prévoit l'accueil et le parcours d'autonomie des femmes migrantes victimes de violence et leur intégration dans la vie et dans le tissu social. Même chose pour la coopérative "La Strada" qui travaille sur la réception généralisée.

La coopérative "Lotta contro emarginazione" accueille des femmes victimes de traite et de violences. Le personnel applique un modèle de réception mixte, c'est-à-dire qui utilise à la fois le centre résidentiel et le modèle de réception généralisée, qui prévoit un hébergement dans des appartements situés sur tout le territoire. À leur arrivée, les migrants restent dans la structure centrale où une équipe multi-professionnelle les prend en charge.

Un réseau de services intense et efficace est actif dans la région de Milan. Les

représentants de nombreuses institutions et organisations font partie de ce réseau (Pacte pour la ville) et travaillent en synergie avec tous les services. Cela signifie que lorsque les femmes ou les personnes particulièrement vulnérables se présentent, les opérateurs savent généralement où s'adresser et comment activer le réseau de services: hôpitaux, service d'ethnopsychiatrie, administration locale, services éducatifs, centres de lutte contre la violence et aide à la violence sexuelle et domestique.

Depuis 2013, la ville de Milan gère le "réseau milanais pour les demandeurs vulnérables et les titulaires de la protection internationale" afin de garantir les services de protection et d'assistance et de renforcer le réseau et les synergies entre tous les acteurs impliqués.

L'aide à la lutte contre la violence familiale et sexuelle est un centre d'excellence public dans la ville de Milan, qui s'adresse à toutes les victimes de violence, de tout sexe et de tout âge. Actif depuis 1996, il s'agit d'un service d'information, d'accueil, d'assistance médicale et juridique, de soutien psychologique et social pour la prise en charge du traumatisme lié aux violences subies. Le centre dispose d'une équipe multidisciplinaire composée de gynécologues, de médecins légistes, de neuropsychiatres pour enfants, de psychiatres, d'infirmières, de sages-femmes, de travailleurs sociaux et de psychologues. Tous les opérateurs sont formés pour accueillir les victimes de violences et garantir un parcours individualisé.

L'Institut européen de psychotraumatologie collabore en envoyant son personnel dans les centres CAS et SPRAR et constitue un groupe de travail composé de psycho-traumatologues et de spécialistes de la gestion des catastrophes. Le service fournit:

- » Prise en charge psycho-traumatologique des victimes.
- » Organisation d'interventions selon les protocoles internationaux de psychologie des catastrophes.
- » Traitement post-exposition précoce pour les survivants.
- » Intervention en cas de deuil traumatique en soutien aux proches des victimes.
- » Soutien psycho-traumatique aux blessés hospitalisés et à leurs familles.
- » Interventions de prévention et de salutogenèse pour les sauveteurs.
- » Soutien aux responsables de la communication publique sur les questions de la communication d'urgence et des techniques de prévention de la panique.

La **Comunità Montana della Valsassina, Valvarrone, Val d'Esino e Riviera** a mis au point un modèle fournissant des indicateurs pour aider les opérateurs des centres à identifier les éléments clés indiquant les situations potentielles de violence. Un

Fiche 2

exemple significatif: une femme immigrée victime de violence qui a été traitée, de manière synergique, par la municipalité où elle était logée en centre d'accueil, par un centre anti-violence: les premiers jours elle a été placée dans un hôtel, avec l'aide des carabinieri, puis elle a été placée dans un appartement sécurisé. À ce jour, cette fille est sortie de ses conditions de violence, a obtenu une protection humanitaire et a un contrat de travail.

La *Croix-Rouge de Bresso* adopte un modèle basé sur un travail d'équipe multidisciplinaire (psychologues, travailleurs sociaux, représentants légaux, éducateurs, enseignants d'italien, médiateurs, opérateurs). Les utilisateurs des centres sont suivis et s'il existe des cas dans lesquels les traumatismes ne peuvent être surmontés, la procédure prévoit de contacter le centre d'ethno-psychiatrie du centre psycho-social de Cinisello Balsamo.

Les bonnes pratiques en Toscane

En Toscane, les demandeurs d'asile et les réfugiés, en cas de violence manifeste, sont aidés par le personnel des CAS et des SPRAR pour consulter:

- » Services de santé.
- » Centres anti-traite.
- » Centres de soutien psychologique.
- » Centres anti-violence.
- » Avocats et postes de police.

En 2016, les centres anti-violence de Toscane ont participé au projet SAMIRA. Le projet vise à améliorer l'identification et la qualité de l'assistance mise à la disposition des femmes migrantes et des mineurs victimes de violences sexuelles et de la traite. Le projet SAMIRA a mis en œuvre les activités suivantes:

- » Une étude qualitative sur les besoins et les facteurs de risque des femmes et des enfants arrivant en Italie par la voie libyenne.
- » Un cours de formation visant à améliorer les connaissances et les compétences des travailleurs des centres anti-violence.
- » L'élaboration d'un modèle de bonnes pratiques et de méthodes de travail permettant une identification rapide, une aide efficace et l'orientation des victimes.

Ces dernières années, un CAS a été ouvert pour les femmes demandeuses d'asile victimes de la traite. Le CAS géré par l'agence de lutte contre la traite se compose "d'opérateurs qualifiés capables de travailler en contact direct avec des femmes étrangères vulnérables".

Le programme d'ethnopsychologie SPRINT est géré par une équipe de psychologues, d'anthropologues et de médiateurs culturels qui soutiennent les demandeurs d'asile et les réfugiés victimes d'abus, de traumatismes ou touchés par une vulnérabilité mentale. Les traumatismes sont traités de manière interculturelle, ce qui favorise la compréhension de la violence subie du point de vue personnel, culturel et social du migrant. Une unité mobile qui se déplace dans toute la région a mis en œuvre ce programme en coordination avec le système de santé publique (départements de santé mentale) qui le soutient.



La médecine légale fournit un soutien important au travail effectué par les opérateurs légaux. Elle aide à vérifier les blessures physiques signalées, notamment celles résultant de tortures, de violences et de sévices subis par les demandeurs d'asile dans leur pays d'origine ou lors de leur voyage en Italie.

Les bonnes pratiques en région parisienne

Nous fournissons ici une liste de pratiques à grande échelle, de pratiques centralisées promues par les politiques publiques et de pratiques individuelles/de base pouvant être établies localement.



Assistance santé

Les migrants ont accès à la couverture de santé publique et aux soins de santé selon deux méthodes: la CMU (Couverture Maladie Universelle) est fournie aux demandeurs d'asile qui peuvent prouver qu'ils possèdent un récépissé (certificat de demande d'asile). Si une personne gagne moins de 648 € par mois, elle peut bénéficier d'une assurance santé gratuite (CMU-C), mais il est indispensable de disposer d'un compte bancaire que les demandeurs d'asile n'ont souvent pas. L'AME, Aide médicale d'État, est accessible aux migrants qui n'ont pas de statut juridique particulier et/ou qui se sont vus refuser l'asile, à condition qu'ils soient présents sur le sol français depuis au moins trois mois.

En outre, il existe des centres de santé appelés PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) situés dans les hôpitaux publics de Paris et ouverts à tous ceux qui sont dans une condition de vulnérabilité, d'isolement et/ou de grave difficulté économique.

Hébergement

Le manque de logements adéquats est l'un des principaux problèmes à résoudre dans le cadre de la lutte contre la violence de genre subie par les réfugiés. Actuellement, un seul centre en France est réservé uniquement aux femmes: il offre un soutien aux femmes célibataires, dont la plupart souffrent de traumatismes résultant de violences passées ou en cours. Dans le cas des LGBT, il n'existe pas de système de logement dédié à ces derniers, sauf à Paris où l'Ardhis a commencé à utiliser des appartements dans des zones de logement social et à les convertir en "maisons-appartements" pour les réfugiés LGBT+.

Un guichet unique pour faire face à la violence de genre

Ces dernières années, des outils nationaux ont été développés pour encourager un partage plus efficace des informations entre les organisations, le grand public et les victimes: un site Web officiel du gouvernement (www.stop-violences-femmes.gouv.fr) fournit des informations générales sur la violence de genre et ses différentes formes; le centre Hubertine Auclert couvre la grande région parisienne, répertorie les ONG, leurs domaines de compétence et leurs activités, et fournit des cartes des refuges pour femmes, les horaires d'ouverture des centres d'assistance et des groupes de soutien.

La CADA dirigée par Coallia, au nord de Paris, applique une politique de ressources

Fiche 2

humaines soucieuse d'équité entre les sexes. En outre, le directeur organise des réunions de groupe régulières pour toute l'équipe, où chacun peut discuter des cas sur lesquels il travaille, fournir des commentaires et obtenir des retours.

Bonnes pratiques d'accueil en Andalousie

Le document "Asile et protection internationale. La situation des réfugiés "(2015) prend position sur la traite des êtres humains, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés, etc., et explique également certaines bonnes pratiques pouvant garantir un développement adéquat des services d'accueil. Ce document souligne que:

- a. Au cours de la phase préalable à l'entretien, il est important d'identifier les personnes à qui il faut suggérer de demander la protection internationale.
- b. Lors de la préparation de la demande officielle, il est essentiel d'expliquer la procédure au réfugié dans un langage simple et clair.
- c. Orsqu'on établit le dossier, il est nécessaire de contacter l'instructeur approprié, ainsi que l'UNHCR et d'enquêter sur les violences subies dans le pays d'origine.
- d. Pendant la phase de résolution du dossier, il est nécessaire de transmettre les points de base de la résolution et d'indiquer ceux qui ont été utilisés pour prendre une décision; demander des mesures préventives et fournir les rapports requis.

L'*hôpital Alto Guadalquivir d'Andújar* est situé dans la communauté autonome de Jaén. Son programme est basé sur celui de l'Organisation mondiale de la santé (1996) concernant la violence de genre en tant que problème de santé publique. Cette commission a été promue par le personnel infirmier de l'hôpital et étendue à d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux, les forces de sécurité, les professionnels de l'administration locale et les experts de l'Instituto de la Mujer (Institut de la femme).

À *Grenade*, un "protocole d'urgence pour l'accueil des migrants" (PECOL) (2018) a été introduit. Ce programme a été promu par l'administration locale, en collaboration avec des institutions publiques et privées (46 organisations) et vise à accueillir favorablement les immigrants et les réfugiés qui arrivent à Grenade. Quand le programme "Sea Rescue" trouve une "patera" et sauve des personnes qui sont à bord, il les conduit à terre. Le port de Grenade, Motril, est la principale destination de ces bateaux. En coordination avec la Croix-Rouge, les équipes d'intervention d'urgence sont alertées afin d'organiser l'assistance humanitaire à fournir. Le personnel spécifique qui assiste les femmes et détecte des signes de violence, informe la police nationale et les femmes sont transférées dans des centres d'accueil pour femmes. Cependant, les entretiens sont principalement menés par des policiers masculins, ce qui empêche les femmes d'avoir accès à des informations ou de trouver suffisamment de courage et d'établir une relation de confiance leur permettant de parler des persécutions qu'elles ont subies, ce qui est déjà extrêmement difficile même lorsque l'entretien est mené par une femme (CEAR, 2017).

Fiche 3

Problèmes critiques et perspectives

- » L'un des principaux aspects à améliorer est la formation spécialisée sur la prise en charge des migrants victimes de violence de proximité.
- » La prise en charge des migrants victimes de violences pourrait s'améliorer si les opérateurs qui s'occupent de migrations et de violence de proximité/de genre avaient des connaissances de base plus adéquates car, souvent, au cours de leurs études, ces problèmes ne sont traités que de façon marginale.
- » En plus de la formation, l'efficacité du réseau devrait être améliorée en incluant des professionnels capables de faire de la médiation culturelle, en particulier dans les hôpitaux et les commissariats de police.
- » Malheureusement, dans le secteur médical/de la santé en général, la qualité de la formation concernant les compétences professionnelles spécifiques requises pour fournir une assistance aux migrants est encore limitée. Autre problème critique: le manque de collaboration entre les institutions, les centres d'accueil pour migrants et les services sociaux et de santé.
- » La difficulté à faire émerger les violences subies par les demandeurs d'asile et les réfugiés (femmes, hommes et mineurs) pose également problème. Il est donc nécessaire de lancer des parcours de sensibilisation et de prise de conscience tant pour les victimes que pour les opérateurs.
- » Les difficultés administratives et juridiques rencontrées lors de la tentative d'accès à la protection d'asile sont importantes: conditions de logement, retards administratifs, incertitude concernant les demandes d'asile et l'avenir des demandeurs en Europe sont des facteurs qui aggravent encore la situation des réfugiés qui ont déjà souffert d'un traumatisme.
- » La violence passée et présente, ainsi que la violence par procuration (victimisation secondaire) infligée par le système lui-même peut favoriser l'isolement, le repli sur soi ou la perte de confiance en soi (Centre Primo Levi, Médecins du Monde, 2018). Cette «victimisation secondaire» est due au manque de soutien systémique de la part des institutions et/ou au manque de connaissance du problème par les professionnels (Bautista Cosa, 2018).
- » Le psychotraumatisme peut également être amplifié par les modalités d'accueil (ou par l'absence d'accueil et de soins à l'intérieur du système): des conditions d'accueil difficiles peuvent aggraver le stress post-traumatique et les troubles dépressifs. La COMEDE estime que 27% des patients traités entre 2012 et 2017 ont eu des idées suicidaires au cours du traitement.
- » Le COMEDE estime que la période moyenne d'amélioration psychologique peut durer jusqu'à 15 mois en fonction du genre et de l'origine du patient, mais puisque la période légale pour soumettre une demande d'asile est de 90 jours et de 15 jours pour un appel, cela pourrait avoir des conséquences dévastatrices sur la santé et la vie de ces personnes.

Le cas

Résistance et résilience

La violence est un fait structurel, mais il s'agit également de partager les contextes et les dynamiques de la violence avec les femmes migrantes et les opérateurs. Au moins, c'est une occasion d'offrir aux femmes et aux victimes de violence l'occasion de comprendre la dynamique et les formes de violence et la possibilité de choisir ou non un processus thérapeutique. Une question posée par un psychiatre interrogé lors de la recherche PROVIDE (Lombardi 2019a) fait référence à la possibilité et à la capacité des femmes migrantes de réagir et de s'affranchir du cercle de la violence:

Alors, je me demande: comment puis-je imposer une voie d'autonomie à une personne asservie depuis longtemps? Je propose une voie d'autonomie à laquelle elle ne peut pas faire face. Peut-être verrons-nous les résultats dans les dix années; peut-être ne reproduira-t-il pas la même dynamique de violence subie avec ses filles. Cependant, qu'espérons-nous atteindre pendant six mois de traitement? Par conséquent, les opérateurs sont surpris lorsqu'une femme, après un long processus de traitement, après avoir finalement pu obtenir le statut de réfugiée, ne fait rien pour profiter de ces avantages. Le fait est que cette femme est esclave depuis l'âge de cinq ans! (PFG N ° 4, psychiatre, femme).

La violence est un phénomène social, un processus qui passe de la connaissance à la compétence culturelle ", nous devons donc nous doter du respect de la différence". Il existe des formes de violence qui ne peuvent être guéries, mais les femmes essaient toujours de mener une vie "normale": elles travaillent, elles ont des enfants. Une psychologue raconte l'histoire d'une femme, violée par son père dès l'âge de quatre ans, qui a fui pendant son adolescence et est arrivée en Italie. Ainsi, lorsqu'elle est tombée enceinte, les services sociaux ont pris soin d'elle et de son bébé.

Son fils a maintenant huit ans et les services sociaux n'ont jamais commencé le soutien parentale pour la femme. Les femmes comme celle-ci sont souvent seules, n'ont pas de réseau de parents, personne ne sert de référence, il est donc important d'activer un service de soutien parental. Les femmes en ont besoin parce qu'elles ont besoin de "empowerment" économique. Elles veulent travailler. Le logement et le travail sont les principales étapes vers l'autonomie (PFG n ° 5, psychologue, femme).

Les femmes migrantes montrent une forte capacité de résistance et de résilience; Elles connaissent les modèles et les pratiques de soins européens et apprennent à les utiliser en leur faveur. "Nous devrions donc peut-être rechercher des points de contact plutôt que des différences. Si nous travaillons dans cette direction, nous ne proposerons pas de modèles attribuables à un objectif mais à des pratiques communes multiformes" (PFG n ° 4, psychiatre, femme). (Lombardi 2019a).

Annexes

Laws and act

- » *Refugee Convention Ginevra - 28 July 1951.*
- » *Schengen Agreement on the gradual abolition of checks at their common borders- 14 June 1985.*
- » *Trattato di Amsterdam, amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts - 2 October 1997.*
- » *Tampere European Council on the establishment of an Area of Freedom, Security and Justice– 15/16 October 1999.*
- » *Charter of the Fundamental Rights of the European Union - 7 December 2000, adopted on 12 December 2007.*
- » *Regulation (EC) No 562/2006 of the European Parliament and of the Council of- 15 March 2006.*
- » *Regulation (EU) 2016/399 of the European Parliament and of the Council - 9 March 2016.*
- » *Dublin Convention – 15 June 1990.*

European Directives

Reception Conditions Directives:

- » *Directive 2003/9/CE laying down minimum standards for the reception of asylum seekers.*
- » *Directive 2013/33/UE laying down standards for the reception of applicants for international protection.*

Qualification Directives:

- » *Directive 2004/83/ECof on minimum standards for the qualification and status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who otherwise need international protection and the content ofthe protection granted.*
- » *Directive 2011/95/UE on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted.*

Asylum Procedures Directives:

- » *Directive 2005/85/CE on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing refugee status.*
- » *Directive 2013/32/UE on common procedures for granting and withdrawing international protection.*

Bibliographie

et sites Web

- AAV (2017), *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici*, UTET, Torino.
- Albasi C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Allen, J. R. (2006), "Oklahoma City ten years later", in *Transactional Analysis Journal*, 36 (2), pp.120-133.
- Allen, J. R., Bennet, S., & Kearns, L. (2004), "Psychological mindedness: A neglected developmental line in permission to think", in *Transactional Analysis Journal*, 34 (1), pp. 3-9.
- American Psychiatric Association (2007), DSM IV - TR - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Edra, Milano.
- American Psychiatric Association (2014), DSM 5 - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010), "The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services", in *Journal of Traumatic Stress*, 23, pp. 615-622.
- Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di) (2014) *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*, Pendragon, Bologna.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013), "Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study", in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, pp. 169-175.
- Barois C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris.
- Bartholini I., (2012), *La violenza «orrorista» del suicidio. Tre storie spezzate*, Di Girolamo, Trapani.
- Bartholini I., (2013), *Violenza di prossimità*, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019a), (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.
- Bartholini I., (2019b), (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Basoglu M. (2017), *Torture and its definition in international law. An interdisciplinary approach*, Oxford University Press, Oxford.
- Bateson G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1979), *Mente e natura, un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Bautista Cosa O. (2018), *Les violences faites aux femmes demandeuses d'asile et réfugiées*, «Cahiers du social France Terre d'Asile», 40, retrieved from <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/violences-aegard-femmes-demandeuses-asile-et-refugiees-en-france.pdf>.
- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce R. (2009), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli.
- Blangiardo G. (2018), *Gli aspetti statistici, Ventiquattresimo rapporto sulle migrazioni*, Fondazione ISMU. FrancoAngeli, Milano.
- Buhman C., Mortensen E.L., Lundstrom S., Ryberg J., Nordentoft M., Ekstrom M. (2014), "Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at Psychiatric Trauma Clinic in Copenhagen", in *Torture*, 24(1), pp. 25-39.
- Burksaityte G., Pestre G., (2018), "Praxis inventives et subjectivantes dans les camps d'exilés", in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 25, pp. 43-60.
- Butler J., Z. Gambetti, L. Sabsay (eds.) (2016), *Vulnerability in resistance*, Duke University Press, London.
- Carroppo E. (2007), *Salute mentale, migrazione e pluralismo culturale*, AlpesItalia, Roma.
- CEAR (2018), Informe 2018. *Las personas refugiadas en España y en Europa*, CEAR, Madrid, retrieved from <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe-CEAR-2018.pdf>.
- Centre Primo Levi, Médecins du Monde (2018), *La souffrance psychique des exilés – une urgence de santé publique*, retrieved from <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles>.
- Chaumon F., Ménégini V. (a cura di) (2005), *La chose traumatique*, L'Harmattan, Paris.
- Cherniss C. (1980), *La sindrome del burnout*, CST, Torino.
- CIMADE (2017), *Cartographie de la demande d'asile en 2017*, retrieved from <https://www.lacimade.org/cartographie-de-demande-dasile-2017/>
- Collins, R. (2008). *Violence: a micro-sociological theory*, Princeton: Princeton University Press
- COMEDE (2018), *Rapport d'activité et d'observation 2018*, retrieved from <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>

- Coppo P. (2014) *Etnopsichiatria: ragionare sull'alterità*, Relazione presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Genova.
- Crepet A., Rita F., Reid A., Van den Boogaard W., Deiana P., Quaranta G., Barbieri A., Bongiorno F., Di Carlo S. (2017), "Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015. A descriptive study of neglected invisible wounds", in *Conflict and Health*, (2017), pp. 1-11.
- Crenshaw K. (1991), *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*, «Stanford Law Review», 43(6), pp. 1241- 1299.
- Dahoun Z. (1998), *L'entre deux: une métaphore pour penser la différence culturelle*, Paris, Dunod.
- Dayan M. (1995), *Trauma et devenir psychique*, PUF, Paris.
- Declich F. (2017), "Violenza di genere e conflitti: considerazioni antropologiche", in *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 1, pp. 135-156.
- Del Guercio A. (2018), "Persecuzione e violenza di genere. Quando sono le donne a chiedere asilo", in *Rassegna di Diritto Pubblico Europeo*, XVII, 1, pp. 151-186.
- DeMicco V. (2017), *Migrare: sopravvivere al disumano*, in Rivista di Psicoanalisi n.4/2017.
- Devereux G. (1970), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
- Devereux G. (2014), *Etnopsicanalisi complementarista*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Cesare D. (2016), *Tortura*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Douville O., (1990), "D'une position traumatique de l'étranger", in *Cahiers Intersignes «Entre psychanalyse et Islam»*, 1, pp. 91-103.
- Douville O., Galap J., (1999), "Santé mentale des migrants et réfugiés de France", in *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, Elsevier, Paris.
- Edwards A.(1987), "Male Violence in Feminist Theory: an Analysis of the Changing Conceptions of Sex/Gender Violence and Male Dominance.", in Hanmer J., Maynard M. (eds.), *Women, Violence and Social Control. Explorations in Sociology*, pp. 13-29, Macmillan, London.
- ELGE (European Institute for Gender Equality), (2014), Estimating the costs of gender-based violence in *the European Union*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EWL, *Time for EU action to implement gender-sensitive humanitarian response, say women's organisations*, European Women's Lobby Press Release, Brussels, 2 June 2016. (<http://www.womenlobby.org/Time-for-EU-action-to-implement-gender-sensitive-humanitarian-response-say?lang=en>)
- Fanon F. (2015), *Pelle nera, maschere bianche*, Edizioni ETS, Pisa.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- Ferenczi S., (1932), *"Confusion des langues les adultes et l'enfant"*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Ferenczi S., (1934), *"Réflexions sur le traumatisme"*, in Œuvres complètes, Tome IV, Payot et Rivages, Paris.
- FRA – Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (2014), *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea* http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_it.pdf
- FRA- European Union Agency for Fundamental Rights (2018), *Migration to the EU: five persistent challenges*, February 2018.
- Frankl, V. (1959), *Man's searching for meaning*, Washington Square Press, New York.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, 2006, Utet
- Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., Watts C. (2006), *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*, «Lancet», 368, retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69523-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69523-8/fulltext).
- Goffman E. (1976), *Gender Advertisements*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hassoun J. (1994), *Les contrebandiers de la mémoire*, Erès, Toulouse.
- Huguet M. (1997), "Exil intérieur et ennui", in *Psychologie Clinique*, Nouvelle Série, 4, pp. 11-23.
- Kristeva J. (1988), *Etrangers à nous-mêmes*. Fayard, Paris.
- INMP, *Paziente multietnico*, April 2016. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/pazientemultietnico-0>.
- ISTAT, (2015), *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*, ISTAT, Presidenza Consiglio dei Ministri, Dip. P. O., Roma.
- Leblanc G. (2010), *Dedans-dehors, La condition d'étranger*, Seuil, Coll., La couleur des idées, Paris.
- Lhuillier D., Pestre E., (a cura di) (2018), "Migrants, réfugiés, exilés, créativité et accompagnements", in *Nouvelle revue de Psychosociologie*, 1 (N° 25).
- Lombardi L. (2019a), "Proximity violence against women refugees and migrants. Experiences and good practices in the Milan area", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.

Bibliographie

et sites Web

- Lombardi L. (2019b), "L'implementazione metodologica del Training PROVIDE", in Bartholini I., (Ed. by), *The PROVIDE TRAINING COURSE. Contents, Methodology, Evaluation, Open Sociology*, FrancoAngeli, Milano, "Forthcoming".
- Lombardi L. (2016a), *Discriminazioni professionali e di genere in Libano: uno studio esplorativo*, in Bartholini I. (a cura di), *Radicalismi, discriminazioni e narrazioni di genere nel Mediterraneo*, FrancoAngeli, Milano, pp. 129-144.
- Lombardi L. (2016b), *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2/2016, pp. 211-234.
- Lombardi L. (2017), *Violence Against Refugee and Migrant Women. The Reproduction of Gender Discrimination and Inequality*, Paper Fondazione ISMU, Milano. <http://www.ismu.org/2017/05/violence-against-refugee-and-migrant-women/>
- Losi N. (2015), *Guarire la guerra. Storie che curano le ferite dell'anima. Esperienze di uno psicoterapeuta*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Mantovani G. (1998), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.
- Massa R. (1997), *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari
- Mazzara B. M. (2004), *Prospettive di psicologia culturale*, Carocci, Roma
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sociali e altre professioni d'aiuto*, Carocci, Roma.
- Mazzetti, M. (2008), "Trauma and migration: a transnational analytic approach towards refugees and torture victims", in *Transnational Analysis Journal*, 38 (4), pp. 285-302.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D.M., Brooks R. (2006), "A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas", in *Medical Journal of Australia*, 185, pp. 357-361.
- Moro M.R., De La Noe Q., Mouchenik Y., Baubet T. (2004), *Manuale di psichiatria transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Nathan T. (1996), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1996), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nosè M., Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Cucchi F., Padoan C., Ruggeri M., Barbui C. (2018), "Prevalence and correlates of psychological distress and psychiatric disorders in asylum seekers and refugees resettled in an Italian catchment area", in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), pp. 263-270.
- O'Conghaile A., DeLisi, E. (2015), "Distinguishing schizophrenia from post traumatic stress disorder with psychosis" in *Current Opinion in Psychiatry*, 2015 May; 28(3), pp. 249-255.
- Papadopoulos, R. K. (2007), "Refugees, trauma and adversity-activated development", in *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9 (3), pp. 301-312.
- PDM Task Force (2006), PDM. *Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pestre E. (2010), *La vie psychique des réfugiés*, Payot et Rivages, Paris.
- Pestre E. (2015) "L'expatriation du sujet. Entre nostalgie de la langue des origines et quête de l'étranger", in *Figures de la psychanalyse, La psychanalyse et les mondes contemporains*, 30, pp. 215-219.
- Pestre E., Benslama F. (2011), "Traduction et traumatisme", in *Recherches en Psychanalyse* Revues, 1, pp. 18-28.
- Petta A.M., (2019), *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Associazione Crossing Dialogues, Roma.
- Pinelli B. (2017), "Salvare le rifugiate: gerarchie di razza e di genere nel controllo umanitario delle sfere d'intimità", in Mattalucci C. (a cura di) *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 155-186.
- Pinelli, B. (2013), "Silenzio dello stato, voce delle donne. Abbandono e sofferenza nell'asilo politico e nella sua assenza", in *Antropologia*, anno XII n.15, pp. 85-108.
- Razack S., Smith M., Thobani S. (2011), *States of Race: Critical Race Feminism for the 21st Century*, Between the lines, Toronto.
- Rigo E. (2016), "Donne attraverso il Mediterraneo. Una prospettiva di genere sulla protezione internazionale", in *Notizie di Politeia*, XXXII, 124, pp. 82-94.
- Risso M. (1982), *A mezza parete: emigrazione, nostalgia e malattia mentale*, Einaudi, Torino.
- Romito P. (2000), *La violenza di genere su donne e minori*, FrancoAngeli, Milano.
- Santinello M., Furlotti R., (1992), *Servizi territoriali e rischio di burnout*, Giuffrè, Milano.
- Save the Children (2015), *Piccoli schiavi invisibili. Le giovani vittime di tratta e sfruttamento*, Save the Children, Roma.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina,

- Milano.
- Sironi F. (2001), *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Feltrinelli, Milano.
- Sironi F. (2010), *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano.
- Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay KW. (2011), "Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies", in *Social Science and Medicine*, 72, pp. 1149-1156.
- Tarricone I., Boydell J., Kokona A., Triolo F., Gamberini L., Sutti E., Marchetta M., Menchetti M., Di Forti M., Murray R.M., Morgan C., Berardi D. (2016), "Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study", in *Schizophrenia Research*, 173, pp. 90-93.
- Tarsitani L., Pasquini M., Maraone A., Zerella M.P., Berardelli I., Giordani R., Polselli G.M., Biondi M., (2013), "Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study", in *International Journal of Social Psychiatry*, 59, pp. 613-618.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996), "The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma", in *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), pp. 455-472.
- Tran Thanh J. (2019), "The system of asylum and protection for refugees victims of proximity violence in the Paris region", in Bartholini I. (Ed. by), *PROXIMITY VIOLENCE IN MIGRATION TIMES. A Focus in some Regions of Italy, France and Spain*, Open Sociology, FrancoAngeli, Milano.
- UNHCR-UNFPA-WRC (2016), *Report warns refugee women on the move in Europe are at risk of sexual and gender-based violence*. <http://www.unhcr.org/news/press/2016/1/569f99ae60/report-warns-refugee-women-move-europe-risk-sexual-gender-based-violence.html>
- Zanfrini L. (2016), *Introduzione alla Sociologia delle Migrazioni*, Laterza, Bari.
- Zani B., Cicognani E., (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.

Online sources

PTM Framework

<http://www.sportellotiascolto.it/potere-power-threat-meaning-framework-disuguaglianze>

Ministry of Health brochure (2nd edition)

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf

Videos

<https://www.youtube.com/watch?v=BJ0LzjWUgaw>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2015/06/08/migranti-i-racconti-dei-viaggi-estenuanti-meglio-morire-una-sola-volta-che-tutti-i-giorni/1753207/>

<https://www.youtube.com/watch?v=w9Yp9hDeOik>

https://www.youtube.com/watch?v=XxxN_y2lwbA

Remerciements

We thank all the trainers and co-trainers who took part in implementing the training course for "Experts in proximity violence" of the PROVIDE project, and in particular:

*Massimiliano Aragona
Olga Bautista Cosa
Ignazia Bartholini
Zahia Bounab
Enrico Broglia
Vincenzo Bruno
Marcella Cavallo
Elena Conti
Matteo Contini
Maria Curia
Amaka Nwokorie
Francesca Declich
Alexandra Duthe*

*Chiara Dragoni
Issa El-Hamad
Xavier Emanuelli
Rita E. Fioravanzo
Barbara Grijuela
Alberto Guariso
Chiara Iacono
Flora Ike
Maria Nella Lippi
Alessio Lombardi
Lia Lombardi
Marco Mazzetti
Noris Morandi*

*Barbara Pinelli
Aurelie Potier
Heloise Pousse
Roberto Ranieri
Sonja Riva
Marco Sasson
Francesca Simonini
Karina Scorzelli
Ilaria Sommaruga
Massimo Somonini
Giulia Vicini
Massimiliano Vivenzio
Paola Zanotti*

We thank Giulia Vicini and Marco Sassoon for their willingness to make the video-lessons of modules 2 and 4 and the video-maker Simone Pizzi for the video shootings.
<https://www.ismu.org/provide-corso-di-formazione-per-esperti-di-violenza-di-prossimita-2018/>



Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente che promuove studi, ricerche, formazione e progetti sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali. ISMU collabora con istituzioni, amministrazioni, terzo settore, istituti scolastici, aziende, agenzie internazionali e centri di ricerca scientifica italiani e stranieri.

This guide has been produced as part of the project
PRoximity On Vloence: Defence and Equity (PROVIDE) - PROG-776957
and was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020).