

OCTOBRE 2021

SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES MIGRANTES



AUTEURE

FROHAR POYA

ÉDITÉ PAR : ANNA ZOBNINA

TABLE DES MATIÈRES

P. 1	AVANT-PROPOS : SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES MIGRANTES ET REFUGIÉE
P. 2	INTRODUCTION
P. 3	APERÇU : TROUBLES DE SANTÉ MENTALE COURANTS
P. 4	FACTEURS LIÉS À LA SANTÉ MENTALE ET À LA MALADIE DES FEMMES MIGRANTES
P. 5	MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DE SANTÉ MENTALE
P. 6	PSYCHOTHÉRAPIE FÉMINISTE ET DIAGNOSTIC
P. 7	TROIS PHASES DE MIGRATION
P. 8	LES MUTILATIONS GÉNITALES FEMININES
P. 9	PROSTITUTION
P. 10	PROSTITUTION -TÉMOIGNAGE
P. 11	VIOLENCE DOMESTIQUE
P. 12	VIOLENCES CONJUGALES - TÉMOIGNAGE
P. 13	SURVIVRE À LA TRAITE DES ETRES HUMAINS - TÉMOIGNAGE
P. 14	PARENTALITÉ & MATERNITÉ
P. 15	LA MATERNITÉ EN MIGRATION - TÉMOIGNAGE
P. 16	DISCRIMINATIONS MULTIPLES
P. 17	JEUNES FEMMES ET FILLES MIGRANTES - TÉMOIGNAGE
P. 18	BARRIÈRES: ACCÈS AUX SERVICES ET PROGRAMMES DE SOUTIEN
P. 19-24	ACCÈS AUX PRESTATIONS: TÉMOIGNAGES
P. 25	CONCLUSIONS
P. 26	RECOMMANDATIONS
P. 27	RESSOURCES UTILES
P. 28	REMERCIEMENTS

AVANT-PROPOS

SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE DES FEMMES MIGRANTES ET RÉFUGIÉES



La santé mentale et le bien-être peuvent jouer un rôle crucial dans le parcours d'intégration des femmes et des filles migrantes et réfugiées ainsi que dans le développement de leurs pleines capacités, l'accès et l'exercice de leurs droits humains dans leur pays d'accueil.

Les traumatismes non traités et non résolus, causés par la violence et la discrimination directe ou par le fait d'être témoin de telles violences infligées à d'autres, peuvent mener à des difficultés à gérer la vie quotidienne et à une réduction de la capacité à s'impliquer dans des activités sociales et économiques.

L'accès à des services de soutien de qualité centrés sur les femmes et culturellement adaptés aux femmes migrantes, ainsi que des critères d'accès peu restrictifs à de tels services restent parmi les facteurs clés du soutien aux femmes migrantes potentiellement sujettes à la détresse et aux troubles mentaux et mal-être psychologique.

6. S'il existe des différences biologiques entre hommes et femmes qui peuvent être à l'origine de disparités entre les uns et les autres en matière de santé, il existe aussi des facteurs sociétaux qui influent sur la santé des hommes et des femmes et dont les effets peuvent varier d'une femme à l'autre. C'est pourquoi il faut accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables et défavorisés, telles que les migrantes, les réfugiées et les déplacées, les fillettes et les femmes âgées, les prostituées, les femmes autochtones et les femmes handicapées physiques ou mentales.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), Recommandation générale N 24 (Les femmes et la santé)

INTRODUCTION

Plus de 20 millions de migrants vivent en Europe et plus de la moitié d'entre eux sont des femmes et des filles. Les migrants et les réfugiés, en particulier les femmes, sont confrontés à de **multiples défis, notamment aux difficultés d'accès aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi.**

Lors de la préparation de ce rapport, nous avons constaté un manque de données sur l'accès des femmes migrantes aux services de santé, et en particulier aux services de santé mentale, dans différents pays européens. Par conséquent, nous visons à publier ce rapport comme une porte ouverte pour une recherche plus complète et une collecte de données (à la fois quantitatives et qualitatives) sur la santé mentale des femmes migrantes en Europe.

La migration est toujours un événement stressant et peut entraîner des conséquences profondes sur le bien-être mental. Pour de nombreux réfugiés et demandeurs d'asile qui ont quitté leur pays d'origine de force, cet effet est plus important et peut conduire à une dépression grave et à d'autres conséquences négatives profondes sur la santé mentale.

Chez les femmes et les filles migrantes, la pauvreté, le chômage, la détention, la discrimination, la dépendance légale à l'égard des conjoints et les pressions sociales, religieuses, culturelles

et des pairs au sein des communautés peuvent tous influencer la santé mentale et la maladie mentale.

En outre, les femmes et les filles migrantes et réfugiées sont exposées à des formes spécifiques de violence comme la violence sexuelle et reproductive, l'exploitation sexuelle, la prostitution et la traite de personnes.

Ce rapport est un aperçu de la santé mentale, du bien-être et de la mauvaise santé mentale chez les femmes et les filles migrantes et réfugiées. Il contient principalement des données brutes, dont des entretiens avec différentes **praticiennes expertes travaillant avec des femmes migrantes en Europe et des témoignages de femmes migrantes et réfugiées elles-mêmes**, ainsi que de la recherche secondaire à travers l'examen de rapports d'orientation existants et de la recherche académique menée auprès des communautés migrantes.

Les personnes interrogées sont diverses et incluent des professionnelles chevronnées travaillant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre la violence, la prostitution, les mutilations génitales féminines, le soutien et l'aide aux victimes, des spécialistes de la santé maternelle et mentale et des femmes migrantes qui ont généreusement partagé leurs histoires et leurs perspectives.

L'OBJECTIF DE CE RAPPORT EST DE FOURNIR UNE SYNTHÈSE COMPRENANT

- Différentes expériences de femmes migrantes et réfugiées et de professionnelles travaillant avec des femmes migrantes
- Un résumé des différents facteurs de santé mentale susceptibles de déclencher une maladie mentale.
- Un aperçu des défis et des causes profondes qui ont un impact particulièrement grave sur le bien-être des femmes migrantes
- Les obstacles à l'accès aux services de santé et de santé mentale
- Des approches utiles pour répondre aux besoins des femmes migrantes en matière de santé mentale et de bien-être



APERÇU

TROUBLES DE SANTÉ MENTALE COURANTS

TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Le trouble dépressif majeur a de nombreux visages, y compris des symptômes émotionnels (sentiment de vide, de culpabilité), physiologiques et végétatifs (perte d'énergie, épuisement, trouble du sommeil), cognitifs (pessimisme, image de soi négative, pensées suicidaires) et de comportement (élocution lente). Selon la recherche, les femmes migrantes présentent des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs.

TROUBLE SOMATOFORME

Le trouble somatoforme décrit la détresse d'une personne généralement causée par des symptômes somatiques multiples simultanés qui perturbent la vie quotidienne. Le symptôme somatique le plus courant est la « douleur » dont la gravité ou l'existence ne peut être expliquée médicalement. Les personnes présentant des symptômes somatiques ont tendance à avoir des inquiétudes accrues liées aux symptômes. Malgré les similitudes entre les cultures, des différences dans les symptômes somatiques se produisent en raison de leurs facteurs linguistiques ou culturels.

DISORDETROUBLE ANXIEUX

Le trouble anxieux est un terme générique pour une grande variété de troubles liés aux peurs excessives, à l'anxiété et aux perturbations du comportement. Alors que la peur est une émotion que nous ressentons naturellement face à un danger direct et concret, l'anxiété concerne une menace future, une stimulation du système neurovégétatif, un danger immédiat perçu, un comportement d'évitement et une agitation extrême. Les troubles anxieux courants comprennent l'anxiété sociale, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée. Bon nombre de ces troubles anxieux surviennent deux fois plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se rapporte à un événement qui est une « exposition directe ou indirecte à une mort réelle ou menacée, à des blessures graves ou à des violences sexuelles » (DSM-5). Les enfants courent un risque accru de développer un TSPT lorsqu'ils apprennent que les personnes principales chargées de s'occuper d'eux ont subi un événement traumatique, ou lorsque les enfants sont témoins de cet événement. Les symptômes courants du TSPT sont des flashbacks et des cauchemars, une détresse psychologique intense ou prolongée, un comportement d'évitement, une estime de soi négative, une hypervigilance et un sentiment de détachement des autres (DSM-5). Plusieurs études ont démontré que, malgré une exposition plus élevée aux événements traumatisants chez les hommes, les femmes sont deux fois plus susceptibles de développer un TSPT.

FACTEURS LIÉS À LA SANTÉ MENTALE ET À LA MALADIE DES FEMMES MIGRANTES

Les facteurs de risque comme les facteurs de protection peuvent affecter la santé mentale et la mauvaise santé des femmes migrantes. Les facteurs de risque et de protection peuvent provenir des caractéristiques biologiques, héréditaires et familiales. Cependant, ils sont très souvent dus à des circonstances socio-environnementales plus larges qui protègent les personnes contre - ou les exposent à - des situations stressantes et néfastes.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être confrontées à des facteurs de risque externes pour la santé mentale. Ceux-ci incluent la violence masculine, le contrôle par la famille patriarcale/par la communauté, les pratiques traditionnelles néfastes, l'exploitation sexuelle ou au travail, le manque de soutien social, le chômage et la pauvreté. Ces risques sont souvent liés entre eux et constituent des conditions aggravées et prolongées de discrimination et de violence, qui à leur tour ont des effets négatifs à long terme sur le bien-être psychologique et la santé des femmes.

FACTEURS DE RISQUE

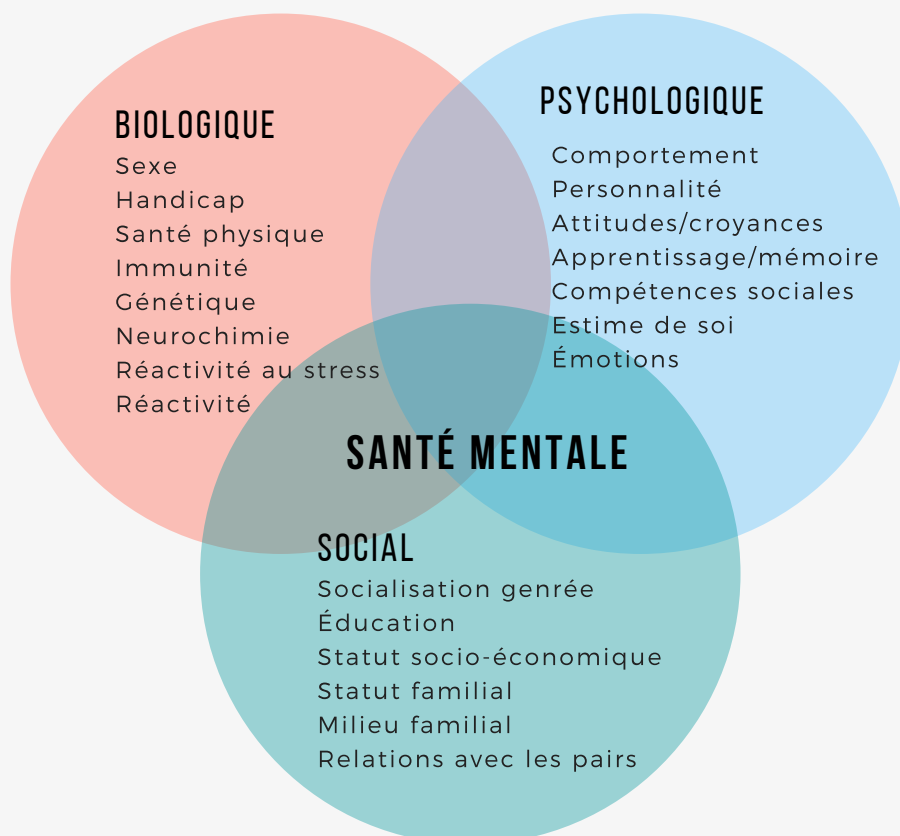
1. Violence masculine - désigne les actes de violence perpétrés contre les femmes par les hommes et/ou la famille/la communauté, sur la base de normes et pratiques patriarcales visant à limiter l'autonomie des femmes, y compris l'autonomie sexuelle, et leurs droits.
2. Discrimination institutionnelle - fait référence aux actes d'exclusion et de discrimination au sein des institutions et des organes gouvernementaux et judiciaires, perpétuant un accès inégal aux droits, aux ressources et aux opportunités.
3. Discrimination sociale - concerne les préjugés et les stéréotypes susceptibles d'entraîner le manque de respect, la méfiance, la dévalorisation et la déshumanisation.
4. Discrimination intériorisée - se produit lorsque les femmes acceptent et intériorisent des messages stigmatisants et des stéréotypes sur leurs capacités et leur manque de valeur.

FACTEURS DE PROTECTION

1. Les relations sociales de soutien, y compris des amitiés et réseaux féminins, un engagement communautaire et/ou religieux, des réseaux sociaux avec des personnes migrantes de même origine culturelle ou appartenance ethnique, et des réseaux avec des personnes du groupe majoritaire.
2. Les services spécialisés aux critères d'accès peu restrictifs et les programmes de soutien, y compris les organisations et programmes centrés sur les femmes prenant en compte la culture et les traumatismes.
3. Une image de soi positive, l'estime de soi et un sentiment de maîtrise.
4. Les facteurs socio-économiques, dont le niveau d'éducation, le statut sur le marché de l'emploi, le niveau de revenu et la possibilité de gérer les dépenses, l'accès aux ressources, le sentiment de contrôle des ressources matérielles et le pouvoir d'agir.

MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DE SANTÉ MENTALE

Selon le modèle biopsychosocial, la bonne et la mauvaise santé forment un tout : c'est le résultat de caractéristiques psychologiques, physiologiques et socioculturelles et de facteurs qui s'influencent mutuellement. Le modèle biopsychosocial met l'accent sur l'importance de l'esprit, du corps et de l'environnement ainsi que de leurs interactions pour le bien-être d'une personne. Par exemple, une femme réfugiée qui a fui son pays d'origine à cause de la guerre peut avoir subi un certain nombre de facteurs de stress potentiellement mortels par rapport à un homme fuyant le même pays, ou une femme d'un groupe d'âge ou socio-économique différent, ce qui peut détériorer la santé mentale avec le temps. Étant donné que chaque personne est plus ou moins vulnérable aux problèmes de santé mentale, plusieurs personnes peuvent avoir vécu des expériences similaires et subir différentes conséquences sur leur santé mentale.



PSYCHOTHÉRAPIE FÉMINISTE ET DIAGNOSTIC

DIPLÔMÉE EN PSYCHOLOGIE STEFANIE BODE, DIPL.
PSYCHOLOGIE, PSYCHOLOGISCHE
PSYCHOTHERAPEUTIN, ALLEMAGNE

« Selon moi, la psychothérapie féministe est un terme contradictoire. Cette contradiction découle d'une pratique psychothérapeutique oppressive qui empêche les femmes de croire en leur propre force, de former ou de rejoindre des groupes de solidarité axés sur les femmes et de se dresser contre les systèmes d'oppression.

Je suis d'accord avec l'analyse féministe de Mary Daly qui décrit la psychothérapie comme une pratique qui hérite d'une relation de pouvoir inégale entre la thérapeute et la cliente dans laquelle la thérapeute est dépeinte comme l'assistante détentrice des connaissances et la cliente comme la dépendante perturbée.

Selon l'analyse de Mary Daly, la psychothérapie se focalise sur des problèmes individuels qui, au contraire, devraient être vus à travers le prisme de l'analyse féministe structurelle. La privatisation des problèmes en psychothérapie renforce le sentiment de responsabilité et de culpabilité chez la cliente. Mary Daly conclut que la psychothérapie féministe ne peut essentiellement pas exister.

La plupart des femmes avec qui je travaille en particulier manquent de soutien social et ont donc un fort besoin de faire valider leurs expériences et émotions.

En outre, la plupart d'entre elles ont intériorisé une vision des autres et d'elles-mêmes teintée par l'analyse psychologique.

Dans notre culture, nous désapprenons continuellement à nous entraider avant de référer quelqu'un à

un expert. Nos problèmes sociétaux se reflètent au niveau individuel et la société nous dicte de les résoudre sur ce plan. Cela nie cependant les aspects structurels de nos problèmes et ne fait que manifester des inégalités.

Les femmes apprennent à s'adapter à des circonstances injustes tout en étant découragées de changer le monde qui les entoure. Se concentrer sur des attitudes malsaines plutôt que sur des situations malsaines correspond à rejeter la faute sur soi, sur la victime, et, dans le cadre théorique de la psychanalyse, sur la mère.

Je critique fortement le contexte allemand dans lequel les psychothérapeutes apprennent à être politiquement neutres, ce qui constitue un obstacle aux positions sociétales critiques en psychothérapie.

Il existe des personnes qui souffrent d'un trouble mental nécessitant un traitement psychothérapeutique ou psychiatrique. Toutefois, d'une manière générale, nous avons besoin de mouvements féministes renforcés, de groupes de sensibilisation et de centres d'aide aux victimes de viols avec une analyse féministe comme approche alternative pour permettre le bien-être mental des femmes. À cette fin, les femmes devraient être informées de manière plus critique des conséquences négatives de la psychothérapie et n'y être orientées que si cela est vraiment nécessaire. Dans cette optique, j'espère *voir se développer *davantage d'approches féministes qui augmentent l'affection, la sympathie, la patience et le respect de l'autre. »



TROIS PHASES DE MIGRATION

IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES MIGRANTES ET RÉFUGIÉES

PRÉ-MIGRATION

Les expériences pré-migratoires des migrantes, et particulièrement des réfugiées et des demandeuses d'asile, peuvent inclure la violence masculine contre les femmes, la persécution pour des raisons politiques, ethniques et religieuses, l'exposition à la torture et le fait d'être témoin du décès d'êtres chers, le manque de nourriture, d'eau, de logement et le manque d'accès à d'autres besoins primaires pour elles-mêmes et les personnes qui les entourent (par exemple, les enfants et membres de la famille, et l'exposition à la souffrance des autres).

PENDANT LA MIGRATION

Les femmes migrantes sont confrontées à un risque accru de violence masculine à l'égard des femmes, de maladies infectieuses, de traite de personnes et d'autres violences physiques comme la violence sexuelle, la maltraitance et l'exploitation. Un risque particulièrement élevé découle des moyens de transport dangereux comme les bateaux, les trains fermés, les camions ou la traversée à pied de sites dangereux sur le chemin de l'Europe et après l'entrée dans l'Union européenne. Les installations d'hébergement de masse présentent un risque de violences et d'agressions sexuelles, de maladies et de conditions insalubres dans des lieux surpeuplés.

APRÈS LA MIGRATION

Les procédures d'asile longues et imprévisibles augmentent le sentiment d'incertitude et d'impuissance et le risque de développer un TSPT, de l'anxiété, de la dépression, des idées suicidaires et de commettre des tentatives de suicide. Le manque de services axés sur les femmes et culturellement appropriés est un obstacle à l'accès à l'aide et aux soins après avoir été victime de violence. La peur de compromettre le statut de la demande en divulguant des informations sur la violence subie risque de mener à une violence continue et à une retraumatisation. Les facteurs de stress liés à l'acculturation comprennent les rôles des genres, l'adaptation aux normes culturelles, les barrières linguistiques, les difficultés économiques, l'accès aux soins de santé et la discrimination. Ces facteurs de stress entraînent une mauvaise santé mentale, notamment des symptômes psychosomatiques, une confusion identitaire et des sentiments de marginalisation.

LES MUTILATIONS GÉNITALES FEMMINES

DR CAROLINE MUNYI, COORDONNATRICE SANTÉ D'AKIDWA, NATIONAL NETWORK OF MIGRANT WOMEN, IRLANDE

"« L'un des effets des MGF (Mutilations Génitales Féminines) n'est pas ce qui arrive au corps mutilé, qui est l'aspect physique, mais à une femme qui souffre d'un traumatisme. Les flashbacks de ce qui lui est arrivé il y a longtemps peuvent être traumatisants et contribuer à une mauvaise santé mentale. Supposons qu'une femme soit enceinte : elle redoute l'ensemble du processus à cause de la douleur qu'elle subit - encore une fois, cela contribue à une mauvaise santé mentale. Les femmes atteintes de MGF peuvent craindre d'avoir des relations intimes et des rapports sexuels réguliers.

Lorsque nous parlons de MGF, comment nous assurer que les femmes puissent accéder aux services d'une manière culturellement appropriée ? Ce que je veux dire, c'est que nous voulons qu'une femme se sente comprise lorsqu'elle accède aux services. Par exemple, lorsqu'une femme se rend à l'hôpital, dans une maternité, elle doit se sentir comprise, acceptée et non jugée. Les MGF sont une pratique culturelle et la femme n'a pas eu son mot à dire ni son consentement - ce qui lui a été fait, c'est arrivé parce qu'elle était une fille née dans une certaine culture, donc nous avons besoin d'avoir du personnel dans les services de santé culturellement conscient de ce genre de pratiques. En l'an 2000, je parlais à un groupe de femmes qui avaient subi des MGF. Une femme m'a dit que lorsqu'elle accouchait de son premier enfant dans un hôpital en Irlande, les médecins et les sages-femmes, au lieu de s'occuper d'elle, appelaient d'autres membres du personnel à venir examiner le corps de cette femme car il était différent de ce qu'ils voyaient habituellement. Ils regardaient son corps avec surprise et riaient entre eux.

Elle l'a décrit comme un spectacle de monstres et s'est sentie honteuse et extrêmement traumatisée. Si quelqu'un du même milieu culturel travaillait dans cet hôpital, les choses auraient pu se passer autrement. Elle aurait pu expliquer aux autres ce que sont les MGF et assurer que cette femme reçoive l'aide et le soutien nécessaires pour accoucher en toute sécurité et calmement.

Ceci est également très important dans les services de santé mentale. La patiente ne doit pas être jugée mais acceptée. **Lorsqu'une femme accède aux services de santé mentale, elle veut non seulement être écoutée, mais aussi être comprise. Il ne s'agit pas seulement d'adéquation culturelle, mais aussi de compréhension culturelle.** Ce que je veux dire, c'est que vous ne pouvez pas imposer votre façon de penser à des personnes qui ont vécu un mode de vie complètement différent et ont été élevées avec une façon de penser différente. Vous ne pouvez pas simplement changer une personne en une seule fois.

Peut-être que nous voyons en face de nous une femme avec des MGF, mais il pourrait y avoir d'autres facteurs contribuant à son état mental. Elle pourrait être victime de violence domestique qui précède le problème des MGF. Elle veut peut-être aller à l'université et n'en a pas les moyens financiers, ou pas de logement ; elle peut avoir de mauvaises nouvelles de sa famille dans son pays d'origine ; elle a peut-être des problèmes qui doivent être examinés en premier. Les femmes migrantes souffrent beaucoup, et de problèmes différents. La vie était difficile pour les femmes migrantes même avant la Covid-19, et maintenant, avec la pandémie actuelle, les femmes souffrent encore plus et ne peuvent pas accéder à des services comme Akidwa, ce qui peut leur causer beaucoup de souffrance. »

PROSTITUTION

PIERRETTE PAPE, CO-FONDATRICE D'ISALA, BELGIQUE

« En tant qu'organisation de première ligne œuvrant pour soutenir les femmes en situation de prostitution, nous pouvons affirmer avec confiance que la grande majorité d'entre elles sont des femmes migrantes. Pour être plus précise, elles sont confrontées à la double peine d'être migrantes et d'appartenir à un groupe minoritaire. Le système de prostitution et les exploiters recherchent toujours les plus vulnérables, et les femmes et les filles migrantes et issues de minorités sont les meilleures cibles pour l'industrie du sexe.

Pendant qu'elles se prostituent, elles vivent dans un environnement très isolant et manipulateur où elles perdent beaucoup d'estime de soi. Elles ne savent plus dire « je » ni comprendre leurs besoins. Toute la stratégie d'exploitation vise directement l'estime de soi de ces femmes et filles : la manipulation, les fausses promesses, les violences, les menaces sur la famille et l'isolement visent à briser leur identité et à les transformer en objets.

De plus, beaucoup d'entre elles vivent dans des appartements en piteux état, dans des hôtels ou dans la rue. Si elles essaient de louer un endroit, le ou la propriétaire demande un contrat de travail, chose qu'elles n'ont pas car il est très difficile de trouver un emploi en tant que femme migrante sans statut de résidente ou qui ne parle pas la langue du pays dans lequel elle se retrouve. Ainsi, les propriétaires contribuent aussi à l'exploitation en réclamant des loyers élevés et en menaçant de dénoncer les femmes aux services de l'immigration.

Quand les femmes viennent à isala, elles disent vouloir trouver « un travail normal », ce qui veut dire qu'elles savent au fond d'elles-mêmes que la prostitution n'est pas une activité normale et qu'elle a des impacts sur leur santé mentale. Mais elles ne parleront pas de santé au début. Lorsque vous êtes dans cette situation de survie migratoire, vous voulez avoir le sentiment de contrôler la situation. En réalité, vous n'avez pas beaucoup de temps de réflexion. Certaines survivantes avec qui je travaille luttent encore, après 20 ans, avec leur traumatisme. Pourtant, les gens ne veulent pas reconnaître l'impact durable et immense de la violence sexuelle.

Pour nous à isala, la santé est aussi importante que le logement. En raison des violences sexuelles répétées et de la situation de la prostitution, de nombreuses femmes se sentent détachées de leur corps. Nous avons vu des femmes qui ont clairement des problèmes de santé. Certains problèmes sont visibles, vous voyez que les dents sont en très mauvais état ou une posture révélatrice de maux de dos, mais elles n'en parlent pas. D'autres problèmes sont invisibles pour les personnes qui ne sont pas formées pour travailler avec les victimes de la prostitution et des violences sexuelles, mais ces impacts sont néfastes, ils affectent les femmes dans leur capacité à reprendre confiance en elles. C'est pourquoi nous proposons une diversité d'activités aux femmes, à commencer bien sûr par une écoute sans jugement, mais aussi de la danse ou de la peinture, des discussions sur les droits des femmes, des promenades en forêt, pour qu'elles prennent du recul et reprennent confiance en elles.

Certaines femmes que nous avons aidées à sortir de la prostitution ont commencé à avoir des problèmes de santé par la suite. Elles sont enfin allées chez un médecin pour soigner quelque chose qu'elles refoulaient depuis longtemps. Le corps garde ses blessures et quand les femmes sortent de la prostitution, le corps demande des soins. Il peut être très difficile pour elles de faire face à des problèmes de santé, mais c'est aussi une étape pour reprendre le contrôle de leur vie et de leur corps.

Le problème est que la psychologie et d'autres formes de traitements de santé mentale ne sont pas considérées comme des actes médicaux de base pour le grand public, et encore moins pour les femmes migrantes et réfugiées. Consulter une psychologue coûte cher, et c'est encore considéré comme une « chose bizarre à faire » par de nombreuses personnes. Il est également très difficile de trouver des professionnels de la santé qui parlent la langue, qui soient féministes et qui n'aient pas de préjugés.

Vous allez me demander pourquoi ces femmes ne parlent pas de leur situation. Parce que les femmes ne sont pas crues. Et parce qu'on ne les croit pas, elles ne font pas confiance aux gens pour les aider. Si nous avons un nouveau système où l'on croyait les femmes, ce serait un immense pas en avant pour elles, car elles pourraient avoir confiance en elles et être convaincues que le système en place peut réellement les soutenir. Tant que les sociétés ne reconnaîtront pas la violence sexuelle et la prostitution comme des violations des droits humains, les femmes et les filles piégées dans l'industrie du sexe se verront refuser leurs droits fondamentaux. Nous devons reconnaître, en tant que société, que la prostitution est contraire à l'égalité entre les femmes et les hommes ; ce faisant, tous les services, y compris le soutien en santé mentale, feront partie de programmes de sortie complets et solides pour soutenir les victimes et les survivantes, et pour perturber le système de prostitution. »

GABRIELA* **ACCOMPAGNÉE PAR ISALA ASBL,** **BELGIQUE**

« Je suis soulagée d'être sortie de la prostitution, je me sens très bien maintenant. Ma vie a été difficile et je suis déterminé à trouver un emploi. Mon rêve serait d'avoir une maison à la campagne avec ma fille. Elle est en famille d'accueil depuis qu'elle est petite, car je ne pouvais pas m'occuper d'elle, mais je suis tout le temps en contact avec elle. Je peux enfin prendre soin de moi, me recentrer, prioriser mes besoins. Avant, j'aidais beaucoup les gens, j'aidais d'autres femmes prostituées, mais maintenant je vais prendre soin de moi.

Je crains de voir une psychologue, parce que j'ai peur de ce que cela va faire ressortir. J'ai beaucoup de choses en tête et je veux que ces expériences restent dans ma tête. Je ne veux pas que cela devienne vrai, car ce serait trop difficile à gérer. J'ai été obligée à voir une psychologue quand ma mère est décédée, alors que j'avais 4-5 ans, mais je n'ai pas été comprise. Il y avait de la violence dans ma famille, et si je vois une psychologue, j'ai peur de me souvenir de tout ça, et des expériences que j'ai vécues. Les associations et organismes que j'ai rencontrés pendant la période de prostitution n'ont pas cherché à m'aider.

Je n'ai plus aucun contact avec ma famille, ils ne m'ont pas aidée. Quand ma mère est décédée, ma sœur et moi avons été placées chez ma grand-mère et mon oncle a été violent, mais personne n'a réagi. Je suis allée dans un pensionnat quand j'avais 14 ans, et c'est à ce moment-là que la prostitution a commencé, mais je ne veux pas en parler. Le dernier contact que j'ai eu avec ma sœur était quand j'ai voulu refaire mes papiers, car ils m'ont été enlevés quand je suis arrivée en Belgique à 18 ans. Ma sœur a proposé de m'aider à m'inscrire et à refaire ma carte d'identité en Roumanie, mais en retour elle m'a demandé 3 000 euros, alors j'ai refusé.

Je ne suis pas inquiète à propos du virus de la Covid-19. Je veux travailler le plus tôt possible parce que je dois payer mon loyer, qui est déjà en retard. J'ai peur de finir à nouveau dans la rue. Je veux vraiment trouver un travail, mais c'est tellement difficile ici. Des consommateurs de sexe m'ont contactée pendant le confinement, ça me met en colère ! Je suis aussi en colère parce que c'est dur de sortir de ce que j'ai vécu et je ne pense pas que ce soit normal : quand tu « es une pute », quand tu as de l'argent, les portes sont ouvertes. Lorsque tu fais quelque chose de mal, tu as beaucoup d'amis. Maintenant que j'essaye de faire quelque chose de bien de ma vie, il n'y a plus personne, tout est fermé. C'est révoltant !

Je suis déterminée à sortir de tout ça. Je suis très débrouillarde; je parle plusieurs langues. J'espère que ça va marcher. Je ne veux plus entendre parler de l'époque où j'étais dans la prostitution, ni de ce mot ! Je me suis promis d'arrêter quand j'aurais mon passeport, et c'est ce que j'ai fait. C'est récent, mais je dois tenir le coup. J'ai le droit d'être heureuse, non ? Et j'aime venir à isala asbl, car je peux m'exprimer et je suis écoutée. »

*nom d'emprunt

VIOLENCE DOMESTIQUE

**BASSMA CHAOKI,
MONIKA MULTICULTURAL ASSOCIATION, FINLANDE**

« Il est très important de comprendre ce qui arrive à une femme victime de violence domestique. Je montre toujours à ces femmes **le cycle de la violence** et j'explique que la violence peut être mentale, physique ou sociale et que tout cela peut avoir un effet sur elles.

Chez Monika Association, nous faisons beaucoup de travail sur les traumatismes. Parfois une femme vient me voir et me dit :

« Bassma, je sens que je deviens folle » ou « Je ne suis plus moi-même » ou « Je n'arrive plus à me débrouiller. Je n'arrive pas à me concentrer ».

Elles souffrent généralement beaucoup d'amnésie. Elles arrivent déprimées. Elles arrivent avec un trouble dissociatif.

Les femmes migrantes qui utilisent nos services sont très différentes. Parfois, elles viennent de pays en guerre. Donc, si vous avez un traumatisme de guerre et que vous avez voyagé en Finlande, cela peut être traumatisant. J'ai également remarqué que certaines des femmes qui sont arrivées en Finlande après 2015 ont d'autres souffrances au-delà des violences et des traumatismes familiaux ou conjugaux ; il s'agit également de leur enfance. J'ai remarqué cela, parce que parfois j'ai fait tout ce que je sais faire, mais la femme ne va toujours pas bien, alors je dois lui poser des questions sur son enfance.

Beaucoup d'entre elles ont subi des violences domestiques depuis l'enfance, beaucoup d'entre elles ont des problèmes d'attachement et donc le traumatisme ne se résume pas à dire « je suis divorcée maintenant » ou « mon mari me frappe maintenant », c'est plutôt ce qu'on appelle **un traumatisme complexe, ou traumatisme prolongé.**

Les traumatismes prolongés sont un mélange de différentes choses : parfois les femmes qui migrent ont été maltraitées dans leur enfance, elles subissent des traumatismes sexuels dès leur plus jeune âge ; elles peuvent être victimes de violences liées à l'honneur ou de violences sexuelles, ou d'une combinaison de violences.

En conséquence, la plupart du temps, les femmes victimes de violences et de traumatismes prolongés s'identifient comme des objets, ce qui signifie qu'il y a aussi une crise d'identité.

À Monika, nous nous occupons de la violence domestique et nous voyons des cas de violence liée à l'honneur, et maintenant, depuis plusieurs années, nous travaillons également avec les victimes de la traite de personnes.

Il y a beaucoup de différence entre la violence domestique et les femmes qui ont été victimes de la traite. Je vois habituellement une femme victime de violence familiale environ huit à neuf fois, mais je vois des femmes victimes de la traite de personnes depuis un an et demi.

La différence est la dissociation : la façon dont elles voient leur corps. Elles ont l'impression qu'elles ne sont rien, surtout quand elles ont des enfants à la suite de cet abus sexuel. Elles disent parfois : « Je déteste mon enfant », et ensuite nous devons travailler sur la relation mère-enfant et l'attachement. »

Aide et soutien : Lorsqu'une femme vient me voir et me parle de ses problèmes, je l'envoie au centre d'intégration, où elle peut bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien individuel, apprendre le finnois, utiliser des ordinateurs, étudier l'anglais et rencontrer d'autres personnes. Les femmes peuvent également avoir une mentore. Les séances avec la mentore sont individuelles : elles seront ensemble une heure chaque semaine. La mentore lui enseigne la langue finnoise ou lui apprend l'informatique. Elle peut également lui apprendre à rechercher un emploi et à déposer des candidatures. Ensuite, il y a le refuge. Les femmes en situation de danger et de maltraitance mentale, physique ou sociale peuvent se rendre au refuge. Le refuge fait presque le même travail que nous au centre de crise, mais c'est pour une période courte. Après le refuge, elles reviennent vers nous pour poursuivre le travail. Vous voyez, c'est comme une balle qui roule, c'est pour les aider à se tenir debout."

VIOLENCES CONJUGALES

ANONYME, UNE FEMME BRÉSILIENNE EN BELGIQUE

"J'ai rencontré mon ex-mari après être arrivée en Belgique en 2017. J'ai remarqué qu'il buvait beaucoup, au début je pensais que c'était culturel et que les gens buvaient peut-être comme ça en Belgique, mais au fil du temps, il est devenu de plus en plus contrôlant et manipulateur. A l'époque je n'avais pas conscience de sa manipulation, je pensais que c'était normal. A la fin, il a commencé à devenir très jaloux, il buvait encore plus et était très agressif verbalement. Il ne voulait pas que je porte certains vêtements, que je parle fort (comme le font les Brésiliens), il a commencé à contrôler ce que je mangeais, dans quelle direction je regardais quand nous sommes sorties. En gros, il contrôlait absolument tout ce que je faisais. Il a même commencé à prendre mes revenus. Je travaillais et il me prenait tout mon argent. Je suis tombée enceinte, je suis devenue dépressive. Il me harcelait. Il me harcelait pour que j'accepte des relations sexuelles avec lui.

Mon enfant est né prématuré. J'étais enceinte de 9 mois. Un jour, lui et sa mère ont commencé à me crier dessus et on m'a forcée à nettoyer les toilettes en me mettant à genoux, et j'ai perdu les eaux à cause du stress.

Une des réalités des violences conjugales, c'est qu'elle ne sont pas forcément physiques. En tant que victime de violences conjugales, les gens me demandent s'il m'a frappée, si je me suis retrouvée à l'hôpital, si je suis allée voir la police ? les violences conjugales ne consistent pas à frapper une personne jusqu'à ce qu'elle saigne, mais à contrôler la femme. Non seulement il m'a pris mon salaire, mais après la naissance, l'allocation versée pour mon bébé a aussi fini sur son compte. Nous nous sommes mariés alors que j'étais enceinte de 6 mois, j'ai donc obtenu un visa, mais c'est devenu une menace pour moi. Il disait que si je le quittais, on prendrait mes papiers et mon enfant et je serais expulsée. Tout ça c'était de l'abus, tout ça c'était de la violence - aussi forte et blessante que quelqu'un qui vous frapperait. Un jour il est devenu tellement agressif qu'il s'est mis à me secouer, et le lendemain matin je l'ai quitté.

Je suis d'abord allée chez un ami, puis je suis allée voir la police qui ne m'a pas aidée. Ils m'ont questionnée, en me demandant pourquoi je ne l'avais pas signalé avant, pourquoi j'avais fait subir tout ça à mon bébé, pourquoi je ne l'avais pas quitté avant, pourquoi je ne suis pas allée dans un refuge, est-ce que mon médecin était au courant ? Je ne l'ai pas quitté parce que je n'avais nulle part où aller, je n'avais pas de revenus, j'avais peur.

Et puis qu'aurais-je dû dire à mon médecin, qu'il me force à avoir des relations sexuelles avec lui - que mon propre mari me force à avoir des relations sexuelles. Je n'avais pas de preuves physiques, comme des saignements. Je suis allée au CPAS, ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider, parce que j'étais toujours mariée et que c'est à lui que je devais demander un soutien financier. J'ai appelé les refuges à Bruxelles et la plupart d'entre eux n'ont même pas décroché le téléphone. Tout cela c'est de la violence, et **la violence n'est pas seulement venue de lui, mais la violence vient du système ; le système qui est censé vous aider et vous soutenir.**

Je suis en instance de divorce et il a demandé la garde exclusive de mon bébé, car je n'ai aucun revenu. C'est vrai : je n'ai pas de travail, je ne parle pas la langue et le système ne m'aide pas. J'ai payé l'avocat en lançant une cagnotte en ligne où des Brésiliens du monde entier ont donné de l'argent. **Il est si difficile de survivre en tant que femme victime de violences conjugales, c'est ce qui fait que beaucoup de femmes restent dans des relations violentes, notamment les femmes migrantes, parce qu'elles n'ont aucune aide ou soutien du système. Elles n'ont nulle part où aller. Si vous êtes mariée à un Belge et que vous vous plaignez, vous prenez le risque de perdre votre visa. Le système les rejette et rend les choses difficiles pour elles, alors elles préfèrent vivre dans une relation violente, être tabassées, être maltraitées, voire mourir tant qu'elles ont un toit sur la tête et de la nourriture pour leurs enfants, et qu'elles ne sont pas expulsées.**

Les différences culturelles rendent l'accès à une aide psychologique très très difficile. Ici, le thérapeute m'a dit d'arrêter de cohabiter avec mon bébé de 6 mois, car je rends le bébé dépendant. Une de mes amies qui est également victime de violence domestique a été forcée de signer un papier au tribunal pour arrêter d'allaiter son bébé de 10 mois. Alors, comment pouvons-nous aider psychologiquement les femmes dans cette situation alors que le système rend tout difficile et pire pour nous. Je vois un thérapeute, mais c'est par l'intermédiaire d'une association brésilienne en Belgique qui aide les mères et les femmes victimes de violences conjugales. Je me sens à l'aise et libre de parler à un thérapeute brésilien, car il me comprend mieux. Avec un thérapeute belge, j'ai l'impression de ne pas être écoutée ou comprise. Je me suis sentie jugée, puis écoutée et soutenue."

SURVIVRE À LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS

MALAIKA ORINGO,
FOOTPRINT TO FREEDOM, PAYS-BAS

TÉMOIGNAGES

"En tant que survivante de la traite à des fins d'exploitation sexuelle, lorsque vous êtes interrogée par la police, les questions ne sont pas posées dans la bonne perspective ; parler d'exploitation sexuelle est très inconfortable. Expliquer ma vulnérabilité et mon exploitation était un nouveau traumatisme, donc j'étais traumatisée en permanence. Lorsque vous n'êtes pas en mesure de donner les heures et les dates exactes, les pays que vous avez traversés et la véritable identité du trafiquant, on refuse votre affaire. Cela signifie perdre tout soutien (salaire, logement, assurance médicale et accès à l'éducation). **Il y a un réel manque de cohérence et de discernement dans le dispositif de soutien.**

Il y a une chose cruciale et particulièrement importante lorsqu'il s'agit de victimes de la traite des êtres humains ; si elles n'obtiennent pas le soutien dont elles ont besoin de la part des autorités et si leurs permis leur sont retirés, elles deviennent désespérées et très vulnérables et elles risquent d'être à nouveau victimes de la traite. Les femmes se retrouvent dans la rue sans abri ni ressources. Vous êtes approchée par des trafiquantes appelées « madames ». Elles vous disent qu'elles vont essayer de vous aider et vont vous trouver un emploi. Elles recrutent généralement beaucoup de filles sans papiers et les expédient en Allemagne, en Belgique et en Italie. **Certaines de mes amies sont tombées dans ce piège et j'ai découvert plus tard qu'elles avaient été vendues comme prostituées.**

La raison pour laquelle j'ai évité de retomber dans ce trafic, c'est que j'ai été bien soutenue par mon assistante sociale. Elle m'a aidée à obtenir une bourse pour étudier, j'avais donc quelque chose à quoi m'accrocher. Pour beaucoup de gens, si vous n'avez pas de travail, pas de maison, que vous ne pouvez pas aller à l'école, vous êtes poussé à saisir n'importe quelle opportunité qui se présente à vous. Et vous avez de grandes chances de finir dans la prostitution, l'exploitation sexuelle et la violence. Dès lors que vous n'appartenez pas à un système, l'agresseur sait que la police vous recherche, donc l'agresseur menace de vous dénoncer. La seule chose qui peut vous sauver de cette situation est la justice, à laquelle vous ne pouvez pas recourir.

Certaines filles sont victimes de la traite plus de trois fois à l'intérieur des pays européens.

En tant que femme sans papiers, tu vas en thérapie, tu sors et puis tu dois penser à fuir la police, tu ne sais pas où aller, tu n'as pas de nourriture, tout ce qui est dehors est tellement négatif et tellement traumatisant que la thérapie n'est pas la bienvenue. Donc, pour que quiconque bénéficie de soins psychologiques complets, il devrait y avoir une coordination entre les services de première ligne. Je suggère aussi qu'en plus d'une thérapie holistique et authentique, on prenne également en compte des facteurs externes tels que le logement, les revenus **et l'asile, qui peuvent tous avoir un impact sur le bien-être mental d'une personne.**

Quand on m'a donné l'opportunité de voir des praticiens de la santé mentale, ils ne m'ont pas donné la possibilité de prendre part à la planification de ma santé mentale. Pendant les séances ils avaient cette idée que n'importe quelle personne venant d'Afrique avait besoin de ceci ou cela. Ils avaient déjà fixé dans leur esprit quels types de questions ils poseraient et quelles réponses ils obtiendraient. Mon psychologue et de nombreuses personnes s'occupant de mon cas n'étaient pas renseignés sur le plan culturel et ne cherchaient pas à comprendre ni à s'adapter.. Les personnes que j'ai rencontrées n'étaient pas vraiment spécialisées dans les problèmes des femmes migrantes et le ressenti des survivantes de la traite.

Je voulais utiliser la thérapie réparatrice, je voulais guérir, me battre et aller de l'avant. Rien n'était mis en place pour que cela puisse avoir lieu, et donc je ne me suis pas senti aidée. À chaque séance, on me ramenait dans mon passé et je voulais aller de l'avant. D'après ce que j'ai compris, ils ne pouvaient pas intégrer l'approche basée sur la force à leur approche de la santé mentale. Ce que je veux dire par basée sur la force, c'est que je voulais leur parler de mon rêve et de mon objectif, d'où **je voulais aller, et j'ai senti qu'en tant que femme sans papiers, je n'avais pas le droit de rêver, de marcher et d'aller de l'avant.** "



PARENTALITÉ & MATERNITÉ

**JOHANNA SCHIMA (CHEF DE LA DELEGATION UE)
& LAURENCE VANDEN ABBEELE (DIRECTRICE DE MMM BELGIQUE),
MAKE MOTHERS MATTER**

« 4 à 38 % des femmes souffrent d'une dépression périnatale (DPP). Cette dépression vient non seulement parce qu'il y a un grand écart hormonal après l'accouchement, mais aussi parfois parce qu'il y a eu une violation des droits entre le médecin et la mère.

Depuis la COVID, les chances que les mères développent une dépression après l'accouchement sont de 50 à 60% contre 15% avant la COVID. C'est parce qu'elles sont parfois obligées de porter des masques et que souvent les pères ne sont pas autorisés à aider durant l'accouchement. On emporte également le bébé juste après la naissance. En principe, une mère autochtone ne comprendrait pas pourquoi on lui enlève le bébé et c'est pire pour une personne qui ne parle pas la langue. Si vous êtes sans papiers, vous craignez d'être expulsée et vous êtes dans une situation traumatisante.

Il y a des pays où les femmes sont censées payer et, bien sûr, certaines femmes ne peuvent pas payer. Il y a des pays où il leur faut avoir des papiers pour s'inscrire. Alors les femmes migrantes sans papiers ne sont pas admises. Des pays comme le Danemark et les Pays-Bas ont un taux plus élevé de femmes migrantes qui meurent pendant l'accouchement.

Et ne parlons même pas des pays d'Europe centrale et de l'est où les populations défavorisées ne sont pas prises en charge. Si vous voulez aller chez un spécialiste, ce n'est pas dans vos moyens. Ce droit universel n'existe donc pas encore.

Nous voulons vraiment que l'Europe remplisse ses engagements car elle fait partie de tous ces accords internationaux sur les droits de l'Homme et le droit à la santé est un droit humain.

En Belgique, pour obtenir un titre de séjour, une femme migrante arrivant avec plusieurs enfants, voire enceinte et sans partenaire, doit trouver du travail. Elle doit se lever à 5h du matin pour préparer tout le monde et les amener où il faut puis elle va effectuer un travail qui est souvent sous-payé, pas déclaré ou très épuisant. Dès que quelqu'un tombe malade, ce qui est très banal quand on a des enfants, tout ce système qu'elles ont mis en place s'effondre. En fin de compte, la santé de la femme, sa santé non seulement physique mais aussi mentale, est en danger.

L'accès aux soins de santé maternelle est un droit à la santé, il est censé relever des obligations de l'UE et d'obligations internationales, et de nombreux pays ont signé cet accord international, mais tous les pays n'ont pas le même système de protection sociale."

RECOMMANDATIONS

"La sensibilisation est très importante. Au-delà du grand public en général, mais peut-être est-il encore plus important de sensibiliser les médecins et les sages-femmes car ils ne se rendent pas compte du trauma qu'ils causent aux mères. Les mères ne savent souvent pas quoi faire. Mais il est important de sensibiliser les mères car elles ont besoin de savoir quels sont leurs droits. Même en Belgique ou dans les pays européens, la plupart des mères ne se rendent pas compte qu'elles ont des droits. Il y a des choses qu'elles peuvent demander, et surtout pour les personnes qui sont venues de loin et qui arrivent soudainement ici, elles ne savent pas ou ne réalisent pas leurs droits et ce qu'elles peuvent faire."

LA MATERNITÉ EN MIGRATION

ZEINAB NOURZEHI,
ARTISTE RÉFUGIÉE,
GRÈCE

TÉMOIGNAGES

"Quand nous sommes arrivés en Grèce depuis la Turquie, on nous a emmenés au Camp Moria. J'étais enceinte de sept mois. Au camp, on nous a donné une tente pour deux personnes et dit d'aller trouver un endroit pour monter notre tente. L'endroit était très sale et il faisait froid au moment où nous y étions. Nous ne pouvions pas dormir la nuit car il gelait dans la tente et le sol était humide. A cause du froid, on entendait des enfants pleurer jusqu'au matin. De plus, la nuit, de jeunes hommes se saoulaient et faisaient beaucoup de bruit. Il y a eu des combats entre différents groupes de migrants, et même des meurtres et des décapitations. Les familles avec des femmes et des enfants se retrouvaient souvent au milieu des bagarres. Je me souviens d'une femme enceinte qui avait été prise dans l'un des combats et avait perdu son bébé. Heureusement, nous avons quitté le camp trois semaines avant que je donne naissance à ma fille. On nous a fourni un logement que nous partagions avec une autre famille. Dans le camp, nous avons accès aux "médecins sans frontières". Une fois dehors, on nous a donné une assurance spéciale qui ne nous donne accès qu'aux services d'urgence des hôpitaux.

Maintenant, je suis enceinte de mon deuxième bébé et j'ai des troubles du sommeil. **Je fais des cauchemars sur ce que j'ai vu au Camp Moria et dans mon pays.** Je me réveille en sueur et avec des crises de panique et je n'arrive pas à me rendormir. Dans mes rêves, je vois au Camp Moria, je vois ma fille se noyer lentement dans l'eau de pluie à l'intérieur de la tente et je ne peux pas la sauver, ou bien je vois quelqu'un poignarder mon mari. **Je sais que je ne suis plus là-bas et que je suis en sécurité mais le traumatisme reste avec moi.** Ici, une assistante sociale nous a été affectée, elle m'a donné un numéro que je peux appeler pour prendre rendez-vous avec un médecin qui s'occupe de santé mentale. Je ne sais pas combien de temps il faudra pour avoir un rendez-vous et combien de temps après ça pour voir un médecin. Comme nous n'avons pas de cartes d'identité, il nous est difficile d'accéder à quoi que ce soit. Cela fait deux ans et nous n'avons même pas encore eu d'entretien pour l'asile. Il y a peu de temps, nous avons versé 250 euros à un avocat pour qu'il puisse nous obtenir un rendez-vous avec le bureau d'asile du Pirée. Et enfin, nous avons à présent obtenu un entretien. Je suis également inquiète à ce sujet, car ils ont refusé beaucoup de gens. Apparemment, l'enquête dure jusqu'à sept ou huit heures. La décision peut prendre d'un mois à un an.

Une fois l'entretien passé et la réponse obtenue, nous avons un mois pour quitter cet endroit, et trouver notre propre logement. C'est pourquoi vous voyez beaucoup de réfugiés et leurs familles dormir à la dure dans la rue et dans les parcs. Ils n'ont pas assez de revenus pour louer un logement. Les organisations humanitaires leur apportent de la nourriture et enregistrent leurs noms pour les déplacer au final vers d'autres camps. La Grèce est un pays pauvre, même sa propre population vit dans une extrême pauvreté, et en ce moment elle est submergée par de nombreux migrants qui ont besoin d'aide et de soutien. "



Détail d'une peinture de
Zeinab Nourzahi,
artiste réfugiée

DISCRIMINATIONS MULTIPLES

FABIENNE EL-KHOURY,
CHERCHEUSE EN SANTÉ PUBLIQUE
UNIVERSITÉ DE LA SORBONNE, INSERM-FRANCE

"Ce n'est pas un type de personne, un type de problème, un type de solution. Je dirais cela car il y a des raisons structurelles et du racisme sexuel qui peuvent affecter la santé mentale des femmes malgré leurs différences générationnelles et leur endroit d'origine ; Afrique subsaharienne, Afrique du Nord ou Asie. Donc, il y a un racisme structurel qui est courant, mais je pense que je n'ai pas vu une raison unique, il y a des besoins différents, par exemple il y a des femmes migrantes qui sont arrivées après des événements traumatisants dans leur pays d'origine ou lors de leur voyage migratoire.

Donc, ces femmes ont des problèmes de santé mentale différents car elles sont juste traumatisées et elles ont besoin de soins particuliers mais il y a aussi d'autres problèmes.

Il y a, par exemple, des femmes de la première génération qui vivent ici depuis dix ou quinze ans, qui sont venues ici instruites et ont des diplômes universitaires et ce genre de choses. Nous savons qu'un faible niveau d'éducation est généralement corrélé à une mauvaise santé mentale. Le chômage est également lié aux problèmes de santé mentale.

Les femmes migrantes ont plus de problèmes de santé mentale que les Françaises qui ont le même niveau d'éducation et le même statut professionnel. Cela est probablement dû à la discrimination et au racisme structurel, à toutes les micro-agressions qu'elles vivent en permanence.

Même pour les femmes de la deuxième génération. En France, il y a des études qui montrent qu'elles sont discriminées au niveau des candidatures, pour les salaires, pour plein de choses. Au final, toutes ces discriminations contribuent à une santé mentale dégradée.

J'ai beaucoup travaillé sur les symptômes dépressifs maternels et post-partum et la santé mentale. J'ai vu que les femmes migrantes de la première et de la deuxième génération avaient plus de dépressions post-partum que les autres femmes. Il existe une étude européenne qui montre que les femmes migrantes ont plus de symptômes dépressifs que les autres femmes en Europe. Ce qui est intéressant, c'est que quand on regarde la dépression post-partum, c'est encore pire chez les femmes d'Afrique subsaharienne. Lorsque vous interrogez des adultes de moins de 50 ans sur leur état de santé perçue, cela est corrélé à la santé mentale, car vous n'avez généralement pas de maladie chronique.

Lorsqu'une femme vient à La Maison des Femmes (c'est une structure médico-sociale qui accompagne les femmes victimes de violence) son premier souci est la santé physique, des choses comme l'avortement ou si elle a des mutilations génitales, ou peut-être qu'elle veut tout juste un simple moyen de contraception. Certaines femmes sont généralement victimes de violence. Afin de soutenir ces femmes, elles ont des médecins, des gynécologues et des sages-femmes pour prendre en charge les maladies physiques ou les symptômes physiques, mais il y a aussi des psychologues pour prendre en charge les problèmes de santé mentale. Il y a aussi des représentants de la police et parfois des spécialistes qui aident les femmes à aller voir la police afin d'être protégées de leur agresseur. Certaines femmes viennent simplement parce qu'elles savent qu'elles peuvent avoir accès à la police, et sont capables de dire : « Je suis maltraitée » ou « Je suis victime de violence ». Le problème pour la plupart de ces femmes, ce sont les finances et les revenus. Une femme victime de violence n'a pas besoin d'une seule chose, elle a besoin de beaucoup de choses. Elle a besoin de bilans de santé physique et parfois de protection et de soins. Elle a besoin de soins de santé mentale et parfois d'une aide judiciaire [comme] la police pour l'aider et la protéger. Il est important de montrer aux femmes qu'elles sont protégées de l'agresseur."

JEUNES FEMMES ET FILLES MIGRANTES

**NATASHA NOREEN,
RADICAL GIRLSSS, ITALIE**

"La santé mentale a toujours été pour moi quelque chose de très confus. J'étais adolescente quand je suis arrivée en Italie à l'âge de 14 ans. A un âge où vous remettez en question tout ce qui vous entoure. Quand vous ne connaissez pas la langue, vous avez l'impression que tout le monde va vous faire du mal. Je suis venue d'une culture complètement opposée, je suis venue d'un pays islamique vers un pays avec une religion plus ouverte et libérale. **C'était très déroutant et cette confusion a conduit à mon anxiété.**

À l'école, je ne connaissais pas la langue et donc je ne m'intégrais pas. Je ne comprenais rien et c'était très perturbant. Le fait que je n'aie pas été mise dans la même classe que les gens de mon âge, ça m'a beaucoup blessée. La démotivation et la dépression étaient si fortes que je n'allais pas à l'école même si l'école était à cinq minutes de chez moi. Je ne pouvais pas le dire à mes parents, je ne pouvais pas le dire à mes amis parce que je n'avais pas d'amis. Je me sentais abandonnée et seule. Mon père ne me parle pas, j'ai deux frères avec qui je n'ai aucune relation. Je suis parvenue à construire ma relation avec ma mère l'année dernière. Je n'ai pas d'amis pakistanais, car on m'a dit que mes pensées et mes idéologies leur sont nuisibles à eux et à leurs valeurs culturelles. Adolescente, je voulais faire ce que les autres jeunes de mon âge faisaient en Italie – sortir, boire de l'alcool. **Ma famille n'a jamais compris à quel point ça a été douloureux de devenir qui je suis.** Cela m'a causé une très forte dépression, j'étais suicidaire la plupart de mon adolescence.

Lorsque vous êtes dans un pays étranger, vous voulez être en lien avec votre communauté, mais pour moi la communauté représentait l'oppression que j'avais laissée derrière moi et dont je ne voulais pas faire partie.

En refusant leur identité, j'ai refusé ma propre identité. Je ne m'intégrais pas non plus avec les locaux, j'étais harcelée à l'école à cause de mes origines. J'ai toujours du mal à comprendre le racisme. Je crois qu'en Europe, les gouvernements n'ont pas mis en place de politiques d'intégration fortes. Nous n'avons jamais compris les processus d'intégration, car on ne nous les a pas expliqués. Aujourd'hui, je suis en contact avec des filles d'origine sud-asiatique et beaucoup d'entre elles ont la même histoire : **harcèlement, exclusion, manque d'empathie et de sympathie y compris de la part de leurs professeurs.**

Le premier psychologue que j'ai vu était dans un centre familial et ne m'a pas du tout été utile. Ensuite, j'ai été présentée à une psychologue du gouvernement, qui a été la pire. J'ai eu vingt séances avec elle, et elle m'a toujours donné le sentiment que je faisais quelque chose de mal. Chaque fois que je lui parlais, elle réagissait comme si j'inventais des choses, que j'imaginais des choses, que mon sentiment d'insécurité était une illusion. Elle ne m'a jamais donné l'impression de sympathie ou d'empathie dont j'avais besoin. En même temps, j'allais aussi chez la psychologue de mon école. Elle ne m'a jamais prise au sérieux, elle me considérait comme une de ces adolescentes qui ne voulaient pas étudier et quitter l'école. Elle m'a dit de prendre des vitamines pour la santé mentale, afin que je me sente mieux. Elle n'a jamais essayé de comprendre ce qui se passait. Je sentais que je devais faire tout cela pour me sauver, alors d'un côté j'essayais de me sauver et de l'autre je me tuais et l'aide que j'ai toujours reçue était plus du côté de me tuer que de me sauver. "



BARRIÈRES

ACCÈS AUX SERVICES ET PROGRAMMES DE SOUTIEN

STATUT JURIDIQUE ET ÉCONOMIQUE

L'accessibilité des services est fortement influencée par le statut migratoire. Les femmes migrantes sans papiers en particulier sont confrontées à plus d'obstacles pour accéder à une aide. Dans de nombreux états membres de l'UE, les services de santé mentale ne sont pas couverts, ou seulement partiellement, par le système de santé public ou par les assurances. Si des services de santé mentale pour migrants ne sont pas disponibles, le coût d'une thérapie autofinancée est un obstacle considérable pour de nombreuses femmes migrantes, en particulier celles qui ont des enfants à charge.

LANGUE & CULTURE

La langue est non seulement cruciale pour accéder aux services de santé mentale, mais elle nuit également à la qualité des services. Des recherches dans 16 pays européens indiquent que plus de 40 % des services de santé ne fournissent aucune forme de services de traduction et 54 % ont déclaré qu'ils n'avaient pas de personnel immigré (Kluge et al, 2012). Nos entretiens sur le terrain ont mis en évidence le manque de services culturellement compétents et sensibilisés qui examinent et répondent de manière appropriée aux besoins des femmes migrantes, y compris dans des services centrés sur les femmes.

STIGMATISATION SOCIALE ET CULTURELLE

Les stigmates culturels liés à la santé mentale empêchent les femmes de demander de l'aide. Beaucoup pensent qu'avoir des problèmes de santé mentale équivaut à être "fou". Dans d'autres cas, la peur que les autres (famille, communauté) le découvrent constitue un obstacle considérable à l'accès à l'aide.

LONG TEMPS D'ATTENTE

L'un des obstacles importants qui nous ont été décrits par les femmes migrantes et les professionnels travaillant avec les femmes migrantes étaient les longues listes d'attente. Dans presque tous les pays membres de l'UE, il y a une période d'attente minimale de 3 à 6 mois.

MANQUE DE SERVICES SPÉCIALISÉS

L'un des obstacles les plus importants empêchant les femmes migrantes de faire face à leur problèmes de santé mentale est le manque de services spécialisés axés sur les femmes et renseignés sur les traumatismes. Compte tenu des importantes différences de genre et de sexe dans les besoins des femmes migrantes en matière de santé mentale, le manque de prestataires de services capables de répondre à ces besoins, ainsi que le manque de services à faible seuil, constituent un obstacle spécifique à l'accès des femmes migrantes au bien-être.



ACCÈS AUX PRESTATIONS

MELISSA NETWORK, GRÈCE

THALEIA PORTOKALOGLOU, COORDONNATRICE EN SANTÉ MENTALE

"L'approche de notre organisation (Melissa Network) est basée sur la notion de communauté. Nous sommes un réseau qui gère un programme d'intégration innovant dans lequel les femmes migrantes et réfugiées sont activement engagées, plutôt qu'un centre fournissant des services. **Notre programme est holistique, car il tisse une combinaison de cours éducatifs**, d'ateliers d'art, de soutien en santé mentale, d'ateliers de renforcement des capacités, de soutien juridique et social. Notre objectif est de promouvoir l'autonomisation à travers un espace sûr et créatif où les femmes peuvent partager leurs connaissances, leurs forces et leurs initiatives.

En Grèce, il est assez difficile pour quelqu'un d'accéder aux services de santé mentale. À l'heure actuelle, les organismes qui offrent un soutien en santé mentale aux réfugiés sont complets et il est très difficile de trouver des rendez-vous disponibles, notamment avec un psychologue. Les rendez-vous psychiatriques sont plus faciles à trouver car les services psychiatriques sont disponibles au sein des services publics, comme les hôpitaux. Cependant, concernant la psychothérapie régulière dont la plupart des femmes migrantes et réfugiées ont besoin, les ressources ainsi que l'accès sont de plus en plus limités. Si quelqu'un parvient à y accéder, malheureusement, le processus psychothérapeutique ne dure pas longtemps car il y a une longue liste d'attente. Ainsi, il arrive souvent que même si quelqu'un commence une thérapie, il n'y a pas de régularité et la relation thérapeutique, qui est extrêmement importante, ne peut pas se développer efficacement."

YASAMAN HEIDARPOUR, MÉDIATEUR CULTUREL

"Pour tous les migrants, en particulier les migrantes, l'accès à tout type de services, y compris la santé mentale, est difficile.

En Grèce, tout va très lentement, il y a une liste d'attente pour accéder à toutes sortes de services. D'après mon expérience, lorsque je voulais prendre rendez-vous avec un spécialiste externe en santé mentale, on nous disait d'attendre un mois ou plus.

Certaines des femmes qui viennent à Melissa souhaitent consulter un spécialiste de la santé mentale, en raison de leurs expériences traumatisantes dans leur propre pays et/ou lors de leur parcours migratoire. Beaucoup de femmes ont vécu de mauvaises choses lors de leur trajet jusque la Grèce.

Pour les migrants arrivés récemment, il y a un réel manque d'informations de base ou primaires sur les services disponibles. Les migrants arrivant en Grèce sont souvent confus et perdus quant à quoi faire et où aller. Cela leur sera utile d'avoir les informations de base sur ce qu'ils peuvent faire et où aller pour obtenir de l'aide et du soutien dans les camps ou à leur arrivée. D'un autre côté, **avoir des informations ne signifie pas qu'ils peuvent automatiquement accéder à tout.** S'ils ne connaissent pas la langue, ils ne pourront pas établir de lien avec les organisations.

Ne pas connaître la langue est l'un des principaux obstacles à l'accès aux services. Les services ont du mal à fournir une interprétation, il y a un manque d'interprètes. De plus, il y a des femmes migrantes qui ne veulent pas voir un professionnel de la santé mentale, à cause des tabous culturels et de la stigmatisation attachée à la santé mentale. Dans certaines cultures, vous voyez le spécialiste de santé mentale si vous êtes devenu fou, alors elles évitent tout lien avec des sujets de santé mentale. Mais même si elles veulent voir un professionnel de la santé mentale, ce n'est pas si facile ; elles doivent savoir où et comment y accéder, et si elles ne connaissent pas la langue, même prendre rendez-vous est difficile."

**PATRICIA VIVIANA PONCE,
HAURRALDE FOUNDATION,
ESPAGNE (PAYS BASQUE)**

« En Espagne, l'état des services de santé mentale est extrêmement mauvais. Ils sont lents avec une longue liste d'attente. Au Pays basque en particulier, les services de santé publique méritent une urgente prise en considération et devraient être améliorés.

D'autre part, les services psychiatriques mettent directement les femmes sous médicaments antidépresseurs. Des problèmes pathologiques ont déjà été diagnostiqués chez la plupart des femmes qui ont recours à ces services. Ainsi, **nous voyons que le système de prévention est défaillant et que l'on n'accorde pas assez d'importance à la santé mentale et au bien-être des femmes migrantes.**

Il est nécessaire de considérer l'importance de la santé mentale des femmes migrantes et de fournir des services nécessaires et acceptables. Les temps d'attente devraient être des séances d'assistance et de psychothérapie pour écouter les femmes plutôt que de leur prescrire directement des médicaments. L'écoute et la prévention sont essentielles et il est nécessaire d'investir dans des fonds publics. Les ONGD doivent travailler avec du personnel formé et spécialisé, notamment avec les femmes victimes de violences et d'abus sexuels.

Les meilleures approches peuvent inclure de l'assistance et une thérapie, mais également des approches préventives telles que des espaces sûrs et d'autres services auxquels les femmes peuvent être envoyées.

Le programme que nous avons actuellement sert à prêter attention aux femmes qui avaient déjà des problèmes de santé mentale. Malheureusement, avec la Covid-19, leur situation s'est aggravée.

Ces femmes sont confrontées à de nombreuses difficultés socio-économiques telles que la perte de leur emploi ou la perte d'emploi de membres de leur famille, les laissant face à un avenir incertain. Dans notre organisation, nous nous attaquons à ces problèmes en fournissant des services tels que des ateliers de recyclage, l'apprentissage de la langue espagnole et en les accompagnant dans leurs processus d'intégration."

**ZARGHONA RASSA,
SOCIÉTÉ BRITANNIQUE
DES FEMMES AFGHANES
(BRITISH AFGHAN
WOMEN'S SOCIETY),
ROYAUME-UNI**

« Il n'est pas du tout facile pour les femmes noires et minorités ethniques (Black and Minority Ethnic, BAME) d'accéder aux services ; sans mentionner qu'il leur est difficile de contacter ces prestataires de services en raison des restrictions au sein de leur propre famille et communauté, et du stéréotype négatif sur la santé mentale dans leur communauté. Deuxièmement, il faut des mois et parfois des années pour que les femmes soient enregistrées et reconnues comme ayant besoin d'un traitement de santé mentale approprié et régulier. De plus, une fois que les femmes sont référées au spécialiste de la santé mentale par leur médecin généraliste, elles doivent attendre longtemps avant d'être vues. **Pour une femme souffrant de maladie mentale, il est malheureusement parfois trop tard, surtout dans le cas des femmes qui doivent rester en couple avec des partenaires violents.**

SHAZA ALRIHAWI, GIRWL, ALLEMAGNE

« En Syrie, je travaillais comme psychosociologue. Quand je suis arrivée en Allemagne, ma formation et mes qualifications n'étaient pas reconnues. J'avais l'impression que personne ne me comprenait. Être professionnelle et savoir que j'ai un problème de santé mentale m'a mis plus de pression et m'a donné plus de stress. Ici, il est très difficile de comprendre le système de santé. Vous devez d'abord vous adresser à votre médecin généraliste et il vous oriente vers un spécialiste ou vous devez trouver un spécialiste vous-même. Pour voir un spécialiste de la santé mentale, il y a un délai d'attente de six à huit mois. Quand on a une maladie mentale, ces mois rendent l'attente très longue. Vous ne savez pas ce qu'il va se passer ; vous pouvez même vous suicider.

J'ai été orientée vers un spécialiste par mon médecin généraliste. Quand je suis allée le voir, c'était un homme. Il a commencé à vérifier mon physique (genoux, épaules, dos) et m'a dit qu'il n'y avait aucun problème chez moi. Je lui ai dit « Je pensais que vous étiez psychologue, je vais bien physiquement, mais je suis malade mentalement. " Il m'a dit " Il vaut mieux que vous vous taisiez, et peut-être que vous perdiez du poids aussi. " Je me suis sentie encore pire et je me suis enfuie. Après un certain temps, on m'a diagnostiqué une dépression sévère, parce que j'étais seule, ma famille me manquait (elle est toujours en Syrie). Cette fois, j'ai été orientée vers un autre médecin qui était une femme ; une femme allemande blanche. J'étais contente de voir une femme, je pensais qu'elle me comprendrait mieux. J'ai demandé si nous pouvions parler anglais, mon allemand était limité et je me sentirais à l'aise en anglais. Elle a dit « non », que je devais parler allemand, que je vivais en Allemagne depuis 4 ans et si je ne pouvais pas parler la langue, comment voulais-je me débrouiller. Et qu'il doit être difficile pour les femmes de ma culture de vivre en Allemagne. Elle m'a dit " vous devriez choisir un pays qui convient à votre bagage culturel ".

« J'avais l'impression qu'elle me punissait de ne pas pouvoir parler allemand et de porter un foulard. **Lors de l'accès aux services, la langue est un réel problème en plus des barrières culturelles. Il y a de la culture derrière la langue, vous pouvez dire une chose et cela signifie autre chose culturellement.**»

ANILA NOOR, NEW WOMEN CONNECTOR, PAYS-BAS

« Je suis arrivée aux Pays-Bas il y a environ sept ans en tant que demandeuse d'asile. Lorsque nous sommes arrivés ici pour la première fois, nous avons dû rester dans un camp de réfugiés jusqu'à ce que notre demande d'asile soit traitée. Dans le camp, j'ai rencontré beaucoup de femmes de différents pays qui avaient vraiment besoin de psychologues, mais malheureusement, en raison de barrières culturelles et linguistiques, elles n'ont pu avoir accès à aucun professionnel de santé mentale. De plus, il n'y avait aucun professionnel de santé mentale disponible dans ces camps. Avoir ce genre de service dans les camps d'asile est très important. En tant que femme migrante, vous traversez beaucoup de traumatismes, pas seulement au cours du parcours migratoire mais aussi en n'étant pas comprise par les locaux. Je viens du Pakistan, je suis musulmane et je suis sunnite et beaucoup de gens ne comprenaient pas pourquoi j'étais ici et me posaient des questions, cela m'a causé tellement de traumatismes. J'ai commencé à développer des problèmes psychologiques et une phobie des chiens.

J'avais besoin de guérir, vous avez besoin d'un processus de guérison pour surmonter ce que vous avez vécu en tant que femme migrante. Je suis donc allée voir mon médecin et il m'a orientée vers un psychologue. Il y avait un délai d'attente minimum de trois à six mois. Je ne suis allée aux séances d'assistance que trois fois parce que je ne me sentais pas à l'aise avec la psychologue qui était une Néerlandaise.

Il y avait des barrières culturelles et religieuses, j'avais l'impression de la former culturellement. Elle ne comprenait pas pourquoi je craignais les chiens et développais une phobie des chiens. J'ai dû m'expliquer culturellement et religieusement et lui ai donné les raisons qui expliquaient tout ce que je disais. Cela me prenait beaucoup d'énergie et je me sentais plus déprimée qu'avant. Alors, j'ai eu l'impression que ça me faisait perdre mon temps. Donc je suis partie après trois séances.

**EVA VALENTOVÁ,
ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION ET LA
MIGRATION (ASSOCIATION FOR INTEGRATION AND
MIGRATION), RÉPUBLIQUE TCHÈQUE**

" En République tchèque, il existe deux types de migrants, l'un est inclus dans le système public d'assurance maladie et l'autre ne l'est pas, donc ceux qui sont inclus sont les personnes ayant la résidence permanente, les membres des ressortissants de l'UE et les personnes qui travaillent pour un employeur tchèque. Mais les travailleurs indépendants et les personnes en résidence de longue durée ne sont pas inclus dans l'assurance maladie publique, ils doivent toujours payer. En ce qui concerne la santé mentale, même si vous faites partie du système de santé publique, vous devez payer. Il faut payer 40 euros de l'heure, mais en République tchèque c'est beaucoup d'argent.

Le problème principal en République tchèque est que la santé mentale n'est même pas reconnue par la majorité comme un traitement standard. Il existe encore une stigmatisation et des stéréotypes envers les soins de santé mentale, hérités de l'époque communiste. Même le système de santé n'est pas très accueillant ou sympathique envers les patients pour la majorité. Et cela peut aussi être un énorme obstacle pour les migrants.

En ce qui concerne les femmes victimes de violence domestique, nous essayons de les orienter et de coopérer avec d'autres services spécialisés pour les aider. Notre travail est de régler leur situation de résidence dans le pays, car souvent en vertu de la législation si une femme veut divorcer, notamment pour les femmes dont le statut est basé sur le regroupement familial, elles perdront ce statut, ce qui signifie perdre la résidence permanente. Il existe des options pour obtenir un autre type de résidence, mais ce n'est pas une procédure facile, une assistance juridique est nécessaire dans ces cas. En coopération avec d'autres organisations, nous les aidons à trouver un logement et les soutenons avec d'autres services sociaux si nécessaire.

Dans ces cas, le problème principal est la barrière de la langue. Nous avons un réseau de travailleurs interculturels, qui aideront pour l'interprétation et expliqueront en même temps le contexte interculturel à nos clientes. Le gros problème, c'est quand elles doivent être hébergées dans un refuge, et si elles ont une très grosse barrière linguistique, elles ne seront pas acceptées dans le refuge.

Pour les femmes demandeuses d'asile qui subissent des violences domestiques, à l'intérieur des camps de réfugiés, il y a des chambres séparées et parfois des bâtiments séparés pour ces femmes qui sont maltraitées, les femmes célibataires et les mères célibataires. Dans les camps de réfugiés, des psychologues et des thérapeutes leur sont assignés, mais il y a alors une barrière linguistique. Ils essaient de fournir une interprétation, mais pour certaines langues, il est difficile d'avoir un interprète, par exemple, la langue thaïlandaise a un interprète certifié dans tout le pays et c'était similaire pour le somali. Avec les femmes somaliennes, nous avons également dû faire face à leur analphabétisme, ces choses sont très difficiles à gérer pour tout le monde, pas seulement pour les services dédiés aux réfugiés mais aussi pour tous les services d'assistance. En République tchèque, les migrants sont confrontés à d'importantes barrières linguistiques, ce qui rend l'accès aux services de santé mentale très difficile, ils ne peuvent pas s'exprimer comme ils le voudraient. Il existe également d'énormes barrières culturelles qui empêchent les femmes ressortissantes de payer tiers d'accéder aux services. »



MARY MOZAFARY, HONGRIE

« En Hongrie, la situation des migrants évolue chaque année. Elle s'aggrave. En 2015, quand je suis arrivée en Hongrie, les frontières étaient ouvertes et il n'y avait pas beaucoup de restrictions. Vous passiez une ou deux nuits au commissariat. On nous a mis en cellule. Pour moi, c'était la première fois que je faisais l'expérience de la prison et toutes mes inquiétudes et traumatismes sont partis de là. Pour moi, être enfermée dans cette pièce était invraisemblable, même s'il y avait une autre famille avec leurs enfants dans la même cellule, mais je me sentais extrêmement mal à l'aise. **Dans mon pays, j'étais avocate et juge, mais pour la première fois j'ai fait l'expérience d'être prisonnière, et c'était extrêmement dur pour moi.** Après cela, nous avons été transférés dans un camp situé à 40 minutes de Budapest.

À l'époque, la Hongrie était une zone de transit pour de nombreux migrants. Les migrants ne faisaient que traverser la Hongrie pour se rendre dans d'autres pays européens comme l'Allemagne, la France, la Suède, le Royaume-Uni, etc. Les camps étaient pleins à craquer et n'avaient pas de place pour loger les gens. Les gens dormaient dans les stations de métro, les parcs et les rues. Dans les camps, beaucoup de gens partageaient des chambres, mais j'étais seule et **en tant que femme célibataire, j'avais peur et j'ai commencé à ne pas me sentir en sécurité.**

Alors que le nombre d'immigrants commençait à augmenter, on leur a dit qu'ils devaient se trouver une place dans le camp pour eux-mêmes. Les gens venaient constamment dans ma chambre pour voir si c'était gratuit. Parfois ils frappaient à la porte, parfois ils essayaient de forcer l'entrée. À l'intérieur du camp, certains migrants consommaient de la drogue et il y avait souvent des bagarres entre groupes de migrants. Pendant la nuit, j'ai commencé à arrêter de dormir, j'avais peur que quelqu'un entre dans ma chambre. Mes problèmes de sommeil ont duré trois mois. Cela s'ajoute à ma pression mentale liée à ce que je vivais en tant que femme migrante célibataire (les choses que j'ai vécues au cours du trajet migratoire, laisser ma famille et mes amis derrière moi, et m'inquiéter de leur bien-être, quitter mon travail).

Dans le camp, il y avait des avocats gratuits qui venaient d'Helsinki et des médecins de Cordelia (c'est une organisation de santé mentale qui aide les migrants) pour offrir des services aux personnes dans le camp. J'ai finalement décidé de me faire aider et je suis allée voir un médecin. Je leur ai dit que je n'étais pas en sécurité, stressée et constamment effrayée. Le médecin m'a donné des somnifères, mais même prendre ces médicaments ne m'a pas aidé, ne m'a pas fait me sentir en sécurité. Finalement, mon avocat a travaillé dur sur mon cas et ma demande d'asile a été acceptée. Depuis que je suis hors du camp, je n'ai pas beaucoup de difficultés à accéder aux services."

**VERONIKA SUSEDKOVA,
ROYAUME-UNI**

"« En m'impliquant auprès de différents groupes de femmes migrantes, et je suis moi-même une femme migrante, les personnes sont confrontées à des obstacles différents selon leur statut migratoire. Je suis arrivée au Royaume-Uni grâce à la libre circulation de l'UE et je n'ai donc pas rencontré certains des obstacles par rapport aux femmes qui passent par un système d'immigration restreint. Si vous êtes une demandeuse d'asile, c'est un chemin vraiment horrible à parcourir. J'ai l'impression d'avoir eu une expérience plus facile parce que j'ai des droits similaires à ceux des citoyens britanniques.

Le « **pouvoir des pairs** » est important en ce qui concerne le bien-être mental des femmes en général. J'ai pu obtenir de l'aide grâce au travail que je fais. En chemin, j'ai acquis des compétences et des moyens de m'adapter et de travailler avec les autres. Cela m'a aidé à protéger ma santé mentale et mon bien-être et m'a permis de transmettre mes compétences à d'autres, tant sur le plan professionnel que personnel. Ce que nous entendons des femmes et ce que nous voyons dans la façon dont les femmes interagissent lorsque de l'aide est disponible. Les femmes s'informent entre elles quand le service est bon, et nous en parlons aussi quand le service ne fonctionne pas. J'ai été impliquée dans l'un des services de soutien en santé mentale, qui offre de l'aide à toutes les femmes de la communauté, quel que soit leur statut d'immigration, et il n'y a aucun obstacle formel pour y accéder. **Nous avons vu l'efficacité des deux : lorsque les femmes viennent demander de l'aide grâce au bouche à oreille et de manière informelle, et lorsque les femmes sont orientées par des voies formelles.** Quand une femme déménage, elle perd le soutien et ses réseaux et pour une femme qui a déménagé de son pays d'origine, il faut du temps pour savoir qui sont les alliés, même si les alliés ne viennent pas du même pays ou ne parlent pas la même langue. **Certaines des choses clés dont les femmes parlent sont l'isolement, la solitude, la peur de ne pas savoir comment naviguer dans le nouveau système.** Par exemple, lorsqu'une femme arrive seule ou avec son partenaire dans un nouveau pays et qu'elle ait ou non des enfants, elle est seule. Parce que souvent, l'homme va sortir et faire des choses et la femme se retrouve seule (je ne parle pas des femmes qui ont le droit de travailler), elle ne sait pas comment accéder aux services locaux. Cependant, une fois qu'elle connaît le soutien local et connaît d'autres femmes de la communauté, elle fait partie du réseau.

Bien que la langue puisse être un obstacle à l'obtention d'un soutien en santé mentale, pour beaucoup, la santé mentale est tout simplement un tabou. Dans certains cas, la famille et la communauté empêchent les femmes d'obtenir un soutien en santé mentale, car elles veulent garder les femmes sous contrôle. **À cet égard, je ne parle pas seulement des femmes migrantes, cela se produit partout, c'est la société patriarcale, sexiste et misogyne dans laquelle nous vivons, à cause de normes culturelles, et comment la société est faite, chercher plus d'aide que ce qui est nécessaire est souvent inacceptable.**

Ainsi, pour une femme migrante qui a besoin d'un visa et de la citoyenneté, suivre des cours d'anglais est encouragé, mais rien de plus n'est nécessaire. Il est donc **important de construire un « service au sein du service » afin de soutenir certaines femmes migrantes.** Par exemple, en proposant la création de réseaux, la sensibilisation culturelle, l'apprentissage du vocabulaire sur l'expression de soi en relation avec le bien-être mental via les cours de langue, où de nombreuses femmes viennent, devraient être envisagés."

CONCLUSIONS

Les récits de ce rapport proviennent de professionnels travaillant avec des femmes migrantes et des femmes migrantes et réfugiées elles-mêmes. Les expériences, variées et basées dans différents pays de l'UE (**Belgique, Hongrie, Italie, Grèce, Royaume-Uni, République tchèque, Espagne, France, Allemagne, Pays-Bas, Finlande et Irlande**) nous donnent un aperçu substantiel de ce qui est réalisé et de ce qui doit être abordé par rapport au système de soins en santé mentale en Europe.

Au cours de la migration, en plus de vivre des expériences traumatisantes avant la migration, de nombreuses femmes ont rencontré différents facteurs de stress tels que des restrictions et des obstacles dans l'accès au logement, à l'éducation, à la santé, à la carrière ; revenu faible ou nul, le traitement lourd et peu accueillant de leurs demandes d'asile, le manque de soutien du gouvernement et la discrimination dans les services, ce qui leur a provoqué des sentiments d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique. Certaines de ces femmes liaient souvent leurs émotions négatives telles que le stress et l'anxiété à la perte de leur statut professionnel et à l'absence de pouvoir sur leur vie ; elles avaient l'impression de « n'être plus personne ».

Le rapport souligne l'importance de surmonter les barrières linguistiques, les lacunes dans la compréhension interculturelle des professionnels, les longs délais d'attente pour voir un spécialiste de la santé mentale, le manque d'accès aux informations de base, la sensibilisation aux services et les tabous culturels sur la santé mentale chez les communautés migrantes. Mettre l'accent sur la formation et le recrutement de professionnels issus de l'immigration dans le système de santé, la disponibilité de services spécialisés ayant de l'expérience dans la prestation de services aux femmes, des programmes adaptés aux femmes et des groupes de soutien pour aider les femmes en détresse et avec une mauvaise santé mentale a été fortement recommandé.

En explorant l'impact des questions spécifiques aux femmes telles que la maternité sur la santé mentale, ainsi que les formes de violence affectant principalement les femmes parmi les migrants telles que la violence domestique, la prostitution et la traite et les mutilations génitales féminines, ce rapport expose différents points de vue sur la façon dont les autorités peuvent revoir leurs politiques et approches et intégrer les recommandations suggérées dans leur système existant.

RECOMMANDATIONS

- **Approche holistique de la prestation de services qui comprend une sensibilisation communautaire proactive, avec une sensibilisation ciblée sur les femmes migrantes, réfugiées et appartenant à des minorités ethniques.**
- Formation pour les professionnels afin de les sensibiliser aux pratiques fondées sur les droits humains, adaptées à la culture et axées sur les femmes dans les relations avec la santé mentale des femmes migrantes.
- **Inclusion de moyens de transport sûrs, garde d'enfants, cours de langue, soutien social et financier adéquat pour les femmes migrantes dans les programmes de soutien.**
- Programmes de sensibilisation précoce pour les femmes migrantes et réfugiées avec un soutien et des informations sur les droits humains des femmes et l'accès aux services, y compris les services de santé et de santé mentale. Ces informations doivent être fournies avant que les femmes ne soient en situation de crise et demandent de l'aide, en particulier dans les cas de violence domestique.
- **Des femmes pour faire les entretiens et fournir une interprétation, ainsi qu'un soutien juridique, pour permettre aux femmes de révéler leur histoire migratoire, y compris tout antécédent de violence, d'abus ou d'exploitation.**
- Des programmes éducatifs et récréatifs basés sur les droits humains pour les jeunes femmes et filles migrantes, tels que le théâtre, la danse, les sports et les activités créatives, pour renforcer la confiance et ouvrir une discussion sur l'identité, la culture et les traditions.
- **Formation et sensibilisation des éducateurs, enseignants et travailleurs sociaux sur la diversité culturelle fondée sur les droits humains, la sensibilité culturelle et l'intégration.**
- Établir un système éclairé pour orienter les patients chez des spécialistes en santé mentale en collaboration avec les services gouvernementaux, l'aide sociale, les refuges et la police.
- **Mettre en place des services culturellement adaptés avec des praticiens en santé mentale formés à la culture et aux droits humains et un environnement de conseil non discriminatoire et sans préjugés où les femmes de différentes origines sont les bienvenues.**
- Réduire le temps d'attente pour accéder à des professionnels de la santé mentale et/ou à des services spécialisés et/ou à une orientation rapide vers des programmes de soutien communautaire dirigés par des femmes.
- **Aide et développement de groupes de soutien locaux pour les victimes de violence domestique et de services d'accueil axés sur les femmes de différents horizons.**
- Soutien et développement de services de sortie holistiques et féministes dirigés par des femmes pour les femmes exploitées dans la prostitution et les victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle.
- **Soutien et financement des organisations existantes dirigées par des femmes, qui travaillent déjà avec les femmes victimes et survivantes de violence et de discrimination.**
- Soutien et financement d'organisations dirigées par des femmes migrantes qui offrent une variété de services, notamment : des services axés sur les femmes ; refuges réservés aux femmes ; femmes mentors ; cours de langues ; support légal ; ateliers et ressources de sensibilisation ; psychologues et conseillers. Il est plus probable qu'elles contactent et fournissent des informations et un soutien aux femmes et aux filles migrantes et réfugiées pour accéder aux services de santé mentale dont elles ont besoin.

RESSOURCES UTILES

BONNES PRATIQUES SUR LE BIEN-ÊTRE MENTAL DES FEMMES MIGRANTES

- **Principes centrés sur les femmes (Women-Centred Principles)** : <https://womencentre.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Applying-Women-Centred-Principles.pdf>
- **Briefing sur les femmes migrantes et la santé mentale (Briefing on migrant women and mental health)** : <https://womencentre.org.uk/wp-content/uploads/2021/06/WomenCentres-contribution-to-ENoMWs-report-women-migrants-and-mental-health-May-2021.pdf>
- **Comment améliorer le recours aux services du social et de la santé pour les femmes ayant vécu l'exil** : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/516-comment-ameliorer-le-recours-aux-services-du-social-et-de-la-sante-pour-les-femmes-ayant-vecu-l-exil-tables-sante-migrants-2018-rapport.html>
- **COVID-19 : SON IMPACT SUR LES FEMMES MIGRANTES DE LA VILLE DE VALENCE (COVID-19: SU IMPACTO EN LAS MUJERES INMIGRANTES DE LA CIUDAD DE VALÈNCIA)** : <https://asociacionportimujer.org/wp-content/uploads/2020/11/Informe-Covid-PortiMujer.pdf>
- **Thérapie Radicale Féministe ; travailler dans un contexte de violence de Bonnie Burstow (Radical Feminist Therapy; working in the context of violence by Bonnie Burstow)** : <https://drive.google.com/file/d/1xhSvKqGXnWuwEY6SwP9rD1QX8lCwpiRS/view?fbclid=IwAR32Y5wUrR01wP4XG7KB5tY21a32fe92fVUcyIVq0-cGtoXszA2fcLWS9PA>

BIEN-ÊTRE MENTAL DES MÈRES

- **Santé mentale des femmes enceintes migrantes et réfugiées (Migrant and Refugee pregnant women mental health)** : <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Addressing-mental-health-issues-among-migrant-and-nrefugee-pregnant-women-A-call,108626.0,2.html>
- **Santé maternelle et mentale des femmes immigrantes (Maternal and mental health of immigrant women)** : <https://www.gmmh.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n895.pdf&ver=1674>

FEMMES ET SANTÉ MENTALE

- **Parlons-en : Expériences de santé mentale des femmes migrantes, rapport, Irlande, Aki Dwa, janvier 2020 (Let's Talk: Mental Health Experiences of Migrant Women, Report, Ireland, Aki Dwa January 2020)** : <https://akidwa.ie/wp-content/uploads/2020/01/LetsTalk2.pdf>
- **Femmes au Centre (Women at the Centre)** : <https://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/429/women-at-the-centre.pdf>
- **Santé mentale des femmes par l'OMS (WHO women's mental health)** : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf;jsessionid=29E7E007741F794C7AF353A6E530930B?sequence=1
- **Comment protéger le bien-être mental après une année de confinement dû à la pandémie, Association pour l'intégration et la migration, République tchèque (How to maintain the mental wellbeing after a year of pandemic lockdown, Association for Integration and Migration, Czech republic)** : https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/preklad_tipy_psychoterapeutky_eng_1623409471.pdf
- **Aspects psychosociaux et psychiatriques de la Santé de la Femme** : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59239/WHO_FHE_MNH_93.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- **Bien-être des femmes (Women's wellbeing)** : <https://www.hsconsultancy.org.uk/system/resources/2/working-towards-womens-wellbeing-unfinished-business.pdf?1302161290>
- **Les jeunes femmes et la santé mentale (Young women and mental health)** : <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling- Alone-3.pdf>
- **Déterminants sociaux de la santé mentale des femmes immigrantes (Social determinants of immigrant women mental health)** : <https://www.hindawi.com/journals/aph/2016/9730162/>
- **Les femmes et les émotions liées à la migration et la santé mentale en République tchèque (Women in Migration Emotions and Mental Health in the Czech Republic)** : https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/sheet_mental-health_1619708373.pdf

TRAUMATISME

- **Approche considérant les traumatismes (Trauma informed approach)** : <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling- Alone-3.pdf>
- **Traumatisme et prostitution** : <https://www.trauma-and-prostitution.eu/en/>
- **Traumatisme psychique chez des femmes en exil : un dispositif de soin groupal** : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2011-3-page-327.htm?contenu=resume>

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les participantes : Stefanie Bode, Dr Caroline Munyi, Pierrette Pape, Johanna Schima, Laurence Van Den Abeele, Zeinab Nourzahi, Bassma Chaoki, Malaika Oringo, Natasha Noreen, Fabienne El - Khoury, Mary Mozafary, Zarghona Rassa, Shaza Alrihawi, Ani la Noor, Patricia Viviana Ponce, Eva Valentova, Thaleia Portokaloglou, Yasaman Heidarpour, Veronika Susedkova, et deux femmes de Belgique qui doivent rester anonymes, pour nous avoir consacré de leur temps précieux et avoir partagé leurs expériences (au niveau personnel et professionnel).

Nos remerciements particuliers vont à Wilma M. Middendorf pour sa recherche documentaire, la réalisation de certains des entretiens et leur retranscription.

Merci à Dina Nazari et Vanesa McCulloch pour la relecture et les corrections.

Merci à Amandine Marti, Isabelle Seys-Delière, Océane Boudrique et Julia Crumière qui ont traduit ce rapport en français.



Le Réseau Européen des Femmes Migrantes est une plateforme féministe, laïque, dirigée par des femmes migrantes, non affiliée à un parti politique, qui défend les droits, les libertés et la dignité des femmes et des filles migrantes, réfugiées et des minorités ethniques en Europe.

www.migrantwomennetwork.org | info@migrantwomennetwork.org

Copyright © European Network of Migrant Women 2021