



**HAL**  
open science

## Contexte et recours aux soins chez les femmes demandeuses d'asile victimes de violences sexuelles

Constance Decloitre Amiard

### ► To cite this version:

Constance Decloitre Amiard. Contexte et recours aux soins chez les femmes demandeuses d'asile victimes de violences sexuelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03889544

**HAL Id: dumas-03889544**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889544v1>**

Submitted on 8 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Contexte et recours aux soins chez les femmes demandeuses d'asile victimes  
de violences sexuelles**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 10 Novembre 2022**

**Par Madame Constance DECLOITRE-AMIARD**

**Née le 4 décembre 1993 à Paris 17eme (75)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert**

**Président**

**Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy**

**Directeur**

**Madame le MCU-MG JEGO-SABLIER Maeva**

**Co-directeur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Contexte et recours aux soins chez les femmes demandeuses d'asile victimes  
de violences sexuelles**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 10 Novembre 2022**

**Par Madame Constance DECLOITRE-AMIARD**

**Née le 4 décembre 1993 à Paris 17eme (75)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert**

**Président**

**Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur KHOUANI Jérémy**

**Directeur**

**Madame le MCU-MG JEGO-SABLIER Maeva**

**Co-directeur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
MICHOTEY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PANUEL Michel  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RAOULT Didier  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
TRIGLIA Jean-Michel  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

## EMERITAT

### 2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

### 2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

### 2020

### 2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>		<b>DOCTEURS HONORIS CAUSA</b>
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert  
ALIMI Yves  
AMABILE Philippe  
*AMBROSI Pierre Surnombre*  
ANDRE Nicolas  
ARGENSON Jean-Noël  
ASTOUL Philippe  
ATTARIAN Shahram  
AUDOUIN Bertrand  
AUQUIER Pascal  
AVIERINOS Jean-François  
AZULAY Jean-Philippe  
*BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022*  
BARLIER-SETTI Anne  
BARLOGIS Vincent  
BARTHET Marc  
BARTOLI Christophe  
BARTOLI Jean-Michel  
BARTOLI Michel  
BARTOLOMEI Fabrice  
BASTIDE Cyrille  
BELIARD-LASSERRE Sophie  
BENSOUSSAN Laurent  
BERBIS Philippe  
BERBIS Julie  
BERDAH Stéphane  
BEROUD Christophe  
BERTRAND Baptiste  
BERTUCCI François  
BEYER-BERJOT Laura  
BLAISE Didier  
BLIN Olivier  
BLONDEL Benjamin  
BOISSIER Romain  
BONIN/GUILLAUME Sylvie  
BONELLO Laurent  
BONNET Jean-Louis  
*BOUFI Mourad*  
BOYER Laurent  
BREGEON Fabienne  
BRETTELE Florence  
BROUQUI Philippe  
BRUDER Nicolas  
BRUE Thierry  
BRUNET Philippe  
BURTEY Stéphane  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier  
CASANOVA Dominique  
CASTINETTI Frédéric  
CECCALDI Mathieu  
CERMOLACCE Michel  
CHAGNAUD Christophe  
CHAMBOST Hervé  
CHAMPSAUR Pierre  
CHANEZ Pascal  
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle  
CHARREL Rémi  
CHAUMOITRE Kathia  
CHIARONI Jacques  
CHINOT Olivier  
CHOSSEGROS Cyrille  
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis  
COURBIERE Blandine  
CRAVELLO Ludovic  
CUISSET Thomas  
DA FONSECA David  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia  
DANIEL Laurent  
DARMON Patrice  
DAUMAS Aurélie  
DAVID Thierry  
D'ERCOLE Claude  
D'JOURNO Xavier  
DEHARO Jean-Claude  
DELAPORTE Emmanuel  
*DENIS Danièle Surnombre*  
DEVILLIER Raynier  
DISDIER Patrick  
DODDOLI Christophe  
DRANCOURT Michel  
DUBUS Jean-Christophe  
DUFFAUD Florence  
DUFOUR Henry  
DUSSOL Bertrand  
EBBO Mikaël  
EUSEBIO Alexandre  
FABRE Alexandre  
FAKHRY Nicolas  
FAURE Alice  
FELICIAN Olivier  
FENOLLAR Florence  
FLECHER Xavier  
FOUILLOUX Virginie  
FOURNIER Pierre-Edouard  
FRANCESCHI Frédéric  
FUENTES Stéphane  
GABERT Jean  
GABORIT Bénédicte  
GAINNIER Marc  
*GARCIA Stéphane disponibilité*  
GARIBOLDI Vlad  
GAUDART Jean  
GAUDY-MARQUESTE Caroline  
GENTILE Stéphanie  
GERBEAUX Patrick  
GEROLAMI/SANTANDREA René  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine  
GIORGI Roch  
GIOVANNI Antoine  
GIRARD Nadine  
GIRAUD/CHABROL Brigitte  
GONCALVES Anthony  
GONZALEZ Jean- Michel  
GAILLON Thomas  
GRANEL/REY Brigitte  
GRANDVAL Philippe  
GREILLIER Laurent  
*GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022*  
GUEDJ Eric  
GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HOUVENAEGHEL Gilles  
HRAIECH Sami  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIELLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
*LEVY Nicolas disponibilité*  
LOOSVELD Marie  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
*MICHELET Pierre disponibilité*  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia  
PAGANELLI Franck  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PERRIN Jeanne  
PESENTI Sébastien  
PETIT Philippe  
PHAM Thao

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
COLSON Sébastien  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques  
JANCZEWSKI Aurélie

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle ( <i>disponibilité</i> )	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
JEGO SABLIER Maëva

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
MORIN-GALFOUT Sara  
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure  
VILLA Milène

## **CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION**

### **FORMATION ERGOTHERAPIE**

BLANC Catheline  
DESPRES Géraldine  
GIRAUDIER Anaïs  
PAVE Julien

### **FORMATION PODOLOGIE**

GRIFFON Patricia  
PETITJEAN Aurélie

### **FORMATION ORTHOPTIE**

MONTICOLO Chloé

### **FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE**

AUTHIER Guillaume  
CAORS Béatrice  
CHAULLET Karine  
ERCOLANO Bruno  
HENRY Joannie  
HOUDANT Benjamin  
MIRAPEIX Sébastien  
MULLER Philippe  
ROSTAGNO Stéphan

## **CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

CHAYS-AMANIA Audrey

## **CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS**

GILSINN Amanda

## **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

SACHAU-CARCEL Géraldine

## **CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE**

CLADY Emilie  
FREMONDIERE Pierre  
MATTEO Caroline  
MONLEAU Sophie  
MUSSARD-HASSLER Pascale  
RIQUET Sébastien  
ZAKARIAN Carole

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)  
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
BOUFI Mourad (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)  
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GONZALEZ Jean-Michel ( PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
*GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022*  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
*LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité*  
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

*MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022*

### IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 JARROT Pierre-André (MCU PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 DEVILLIER Raynier (PU PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 LOOSVELD Marie (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)  
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

### MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

### MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

### MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

### MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
*MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité*

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

### MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903***BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RHUMATOLOGIE 5001****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804***AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 HRAIECH Sami (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 BOISSIER Romain (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

**SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume  
 BLANC Catheline  
 CAORS Béatrice  
 CHAULLET Karine  
 ERCOLANO Bruno  
 GRIFFON Patricia  
 GIRAUDIER Anaïs  
 GRIFFON Patricia  
 HENRY Joannie  
 HOUDANT Benjamin  
 MIRAPEIX Sébastien  
 MONTICOLO Chloé  
 MULLER Philippe  
 PAVE Julien  
 PETITJEAN Aurélie  
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**MAÏEUTIQUE 90**

CLADY Emilie  
 FREMONDIERE Pierre  
 MATTEO Caroline  
 MONLEAU Sophie  
 MUSSARD-HASSLER Pascale  
 REPELLIN David  
 RIQUET Sébastien  
 ZAKARIAN Carole

**SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 VILLA Milène (MAST)

**ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

CAMOIN Ariane (MCU-PH)  
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

**CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)  
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

**PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)  
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

**DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)  
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)  
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)  
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)  
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)  
 LABORDE Gilles (MCU-PH)  
 LAURENT Michel (MCU-PH)  
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)  
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)  
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

## Remerciements

A **Monsieur le Professeur Agostini**, président de ce jury

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.  
J'espère qu'elle sera digne de votre jugement.  
Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de toute l'estime que je vous porte.

A **Monsieur le Professeur Auquier**, assesseur

Je vous remercie de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse.  
Je vous adresse mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet.

Au **Docteur Khouani**, directeur de thèse

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de m'avoir permis de participer à cette recherche.  
Merci pour ton investissement et ton soutien tout au long de ce travail.

Au **Docteur Jego**, co-directrice

Je te remercie pour ton investissement dans cette thèse et les multiples relectures et conseils tout au long de ce travail de recherche.  
Merci pour ta rigueur et ton aide.

A **Anne**,

Merci pour ce travail en binôme tout le long de cette thèse, qui aura été enrichissant et passionnant. Cette expérience n'aurait pas été la même sans toi.

A l'équipe des **urgences d'Aix** , qui aura accompagné ces nuits intenses et chargées de beaucoup d'éclats de rire.

A l'équipe de **pneumologie d'Aix**, merci pour votre gentillesse tout le long de ce semestre. Un merci tout particulier à Camille et Youssef.

A l'équipe **d'infectiologie de Pointe à Pitre**, merci d'avoir accepté de me former et de m'avoir intégrée à cette équipe aussi rapidement. Une mention spéciale pour Samuel et Elodie qui resteront pour moi les deux pointures de l'infectiologie.

A **Aurélie et Delphine** , durant ce stage de **médecine polyvalente à La Casamance**

Vous avez fait de ce semestre, le plus épanouissant de mon internat. Merci pour la confiance et l'autonomie que vous m'avez accordée.

Un grand merci également à Floriane et Rémi, qui ont fait de ce bureau plus qu'un espace de travail.

A François Dufour et Nicolas Zeller, qui au travers de cette expérience de **SASPAS**, m'ont fait aimer la médecine générale. Plus qu'un stage, j'ai vraiment compris ce que voulait dire le mot compagnonnage.

A **François** , merci pour ta bienveillance tout le long de ce semestre, pour ton partage d'expérience et pour ces pauses déjeuner dans les hauteurs de la Cadière d'Azur. Merci de m'avoir transmis ton amour de cette spécialité.

A **Nicolas** , merci pour ton entrain et ton côté profondément humain. Merci de m'avoir fait progresser en tant que médecin autant sur le plan des connaissances que sur le plan relationnel.

**A ma famille,**

**Maman,**

Merci d'avoir toujours été là pour moi , et de m'avoir toujours encouragée à réaliser tout ce que je voulais entreprendre. Je ne serai jamais arrivée jusque-là sans toi et ton soutien permanent.

Merci pour tout l'amour que tu nous transmets au quotidien. Merci pour ton courage, ta détermination et ta générosité que j'admire plus que tout. Tu as toujours tout donné pour nous , et j'espère te le rendre tout autant un jour.

J'ai une chance incroyable d'avoir une maman comme toi. Je t'aime.

**Papa,**

Merci de croire en moi et de m'avoir accompagnée à chaque étape de ma vie.

Merci pour ta gentillesse et ta douceur, que j'aime tant depuis que je suis petite.

Merci pour tous ces souvenirs de famille magiques entre Méplain et Nice.

J'ai toujours besoin de toi du haut de mes 28 ans.

Je t'aime.

**Mes sœurs,**

A mes deux petits lardons, dont je suis beaucoup trop fière. Merci pour tout ce chemin parcouru ensemble, en se serrant toujours les coudes.

**Raph** , merci d'être la meilleure cuistot de tous les temps, pour ces 6 mois de bonheur partagé ensemble en Guadeloupe et tes mille projets à la minute. Merci d'être restée, et d'avoir laissé patienter la Thaïlande quelques mois pour être là. Je t'aime.

**Chacha.** merci de me faire autant marrer, d'avoir autant d'énergie et de passion pour tout ce que tu entreprends. Chapeau pour ton charisme qui s'affine avec le temps, l'accent Irlandais en rajoute une couche. Je t'aime petit gnome.

**A mes grands-parents,**

Merci pour tous les moments de complicité que j'ai pu partager avec vous.

**Papi Celin,** merci pour ta générosité, ton humilité et ton sens de l'honneur que j'ai toujours admiré.

**Mamie Hélène,** merci pour ta gentillesse et ta bonté jusqu'au bout.

**Calou,** merci pour cette façon si incroyable et drôle que tu avais de raconter les histoires, pour ton humour et ton argot parisien, et pour ton amour inconditionnel de la nature et de la mer.

J'aurai aimé que vous soyez là pour partager ce moment.

**Mamie Colette,** merci d'être la personne la plus courageuse que je connaisse. Tu n'abandonnes jamais, et j'espère être aussi déterminée que toi. Merci aussi pour ce côté artiste que tu nous transmets patiemment , au fur et à mesure des années passées à Méplain.

A tout le reste de ma très très grande famille.

A toutes les personnes qui me sont chères,

### **A mes amis d'enfance**

**Motinou** , je ne pourrai pas dire à quel point ton amitié est importante pour moi. Tout a commencé il y a 25 ans à l'opéra de Vichy, et depuis on ne s'est plus quittées. Merci pour ton soutien inconditionnel et cette passion commune qui nous a toujours liée. Merci de m'avoir épaulée dans tous les moments difficiles, mais aussi pour tous ces fou rires (une grosse pensée pour Monsieur Bodot..) Malgré la distance nous avons toujours su entretenir notre amitié, l'enrichir et respecter les choix de l'une et de l'autre. Je te remercie vraiment pour tout ça et compte te garder très très longtemps à mes côtés.

A la meilleur troupe de vacances qu'on puisse imaginer : **Fanny, Romain, Clara, Paul, Manon et Soso**. Et aux plus grands **Sylvie, Helena, les deux Franky, Hélène et Felipe**.

Merci pour ces merveilleux souvenirs de vacances.

Je compte sur nous pour réussir à organiser cette grande semaine ensemble un jour dans le Sud.

**Nat**, merci pour cette place de grande sœur que tu as occupé pendant des années. Merci pour toutes ces discussions pendant des heures, et tes conseils avisés. Je te souhaite tout le meilleur avec ta belle petite famille.

**Anaïs** , ma petite étrangère. Tout a commencé par des cafés avant le code, qui se sont finalement transformés en une belle et solide amitié depuis plus de 15 ans. Je suis tellement heureuse qu'on ait pu se retrouver dans ton Sud, pour vivre ces petits moments du quotidien ensemble.

**Camille**. merci d'être restée une amie que j'ai toujours autant de plaisir à voir, à chaque fois que l'on peut se retrouver. Merci de me faire partager ton univers musical. J'espère te revoir très vite à Aix accompagnée de ton orchestre.

**Arnaud**, merci d'être le plus grand aventurier que je connaisse et de n'avoir peur de rien. Ta détermination et ton ouverture d'esprit m'ont toujours impressionnée. J'espère que tu finiras quand même par repasser par Marseille.

**Pm**, merci d'être le fédérateur de toute cette troupe du lycée au Moulin depuis des années.

## **Mes Intenables**

### **Alice et Emma,**

Vous avez vraiment été mes deux piliers durant toutes ces années, et j'ai une chance folle de vous avoir. Quelle idée de génie de descendre à Marseille ensemble il y a 4 ans ! J'ai l'impression d'avoir tout partagé durant cet internat avec vous. La boucle est bouclée de Toulon à Marseille et je n'aurai pas pu rêver mieux que cette dernière année de coloc rue Paradoche. Vous allez beaucoup trop me manquer.

### **Alice,**

Merci de me faire mourir de rire en permanence. Et d'être une amie en or sur laquelle je peux compter en toutes circonstances. Et même si j'aurai rêvé qu'on soit voisine, je sais que j'aurai toujours un pied à terre en Ardèche.

### **Emma,**

Merci pour cette amitié incroyable, pour ton écoute et ta tolérance à toute épreuve. Je compte régulièrement utiliser la chambre d'ami à Rennes tu es prévenue, avec l'espoir secret que vous finissiez par redescendre...

**Cocotte**, ma sage-femme préférée. Beaucoup trop de souvenirs depuis Oléron, ces folles soirées clermontoises et nos week-end de folie entre Lyon et Marseille. Merci pour cette amitié si drôle et si solide. J'aimerais programmer le tour de pédalo très prochainement.

**Juju**, l'aventurière ! Merci d'être une oreille attentive toujours présente quand je pars dans tous les sens. J'ai hâte d'entendre les péripéties de ton voyage et de suivre tes traces cet hiver. Colombie me voilà !

**Louissette**, ces deux mois au Vietnam restent l'un des plus beaux voyages de ma vie, et des plus drôles... Un pied cassé, un visa périmé 2 jours après l'arrivée.. Je ne connais personne capable de grimper des montagnes en béquilles à part toi. L'Hanoi Rock Hostel s'en rappelle encore. Merci pour toutes ces aventures et cette magnifique amitié qu'on construit depuis des années.

**Loulou**, merci pour ton rire beaucoup trop communicatif, ton optimisme permanent et ces tonnes de souvenirs ensemble. J'ai beaucoup trop hâte de revoir le petit Marin.

**Lulu**, ma binôme de voyage. De l'Indonésie à la Turquie, on aura vécu plus d'une péripétie. Petit souvenir pour une certaine danse du soleil qui s'est terminée dans une bouche d'égout. Par sûr que la raison soit notre fort, merci pour ces soirées jusqu'au bout de la nuit, l'apogée des reines de la night. Cette amitié reste toujours aussi forte malgré la distance, j'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie.

**Luch**, merci pour tous ces souvenirs partagés avec les Intenables depuis des années, ta zen attitude et ces longues discussions sur nos vies. Et qui sait ... peut-être en mission MSF ensemble un jour ?

## **A mes Clermontois et Clermontoises**

**JB**, merci pour ta sensibilité, ton écoute , tes blagues grandioses et tes talents de chef étoilé.

Merci pour cette amitié forte qu'on construit depuis des années. Tu fais partie des personnes sur lesquelles je peux toujours compter.

Et j'oubliai.. merci de m'avoir fait découvrir le meilleur groupe de tous les temps :  
« Ah c'est bien ça.. c'est quoi ? »

**Olivier**, merci de m'avoir accompagnée et soutenue durant toutes ces années. Tu es quelqu'un d'incroyable et je te souhaite le meilleur.

**Julien**, merci pour ces premières vacances à Oléron qui auront été l'introduction de cette grande bande de l'externat. On ne se sera jamais autant vu depuis ton départ de Marseille.

**Marien**, merci de m'avoir fait intégrer la team des riders d'Oz en Oisans, en passant par l'initiation au catch alpin. La station de ski dort sûrement mieux sans nous.

**Valvin**, entouré de ses 9 zouettes. Toujours un plaisir de te voir malgré la distance.

**Marine**, cette rencontre improbable dans un ter auvergnat. Trop heureuse de te compter parmi les nouvelles arrivées Marseillaises, et hâte de ces petits cafés matinaux Vallon des Auffes.

## **A toutes les rencontres et amitiés nouées lors de cet internat**

A mes 3 colocataires de rêve, avec qui j'ai partagé cette immersion Marseillaise cours Lieutaud.

**Caca**, finalement on ne se sera pas lâchées depuis ce coup de cœur au wei. Sacrée coïncidence qui nous aura permis de construire cette amitié qui compte tellement pour moi. Merci d'avoir bercé cette coloc de tes chants et de ta bonne humeur. N'oublie pas de revenir souvent me voir !

**Perrine** , tout a commencé à Aix et quelle rencontre ! Merci de me faire autant rire et d'avoir partagé avec moi tous ces moments de folie pendant le confinement. On ne peut pas finir plus en beauté qu'en partageant cette thèse ensemble. On aurait pu l'intituler Romantixsm et Bordelixsm.

**Virginie**, une vraie pépite de ce début d'internat et une des premières grandes amitiés nées ici. Merci pour ton franc parler, ton culot à toute épreuve et ton humour. Tu m'as fait avancer sur beaucoup de choses ma Virg, et j'espère pouvoir te garder encore très très longtemps auprès de moi.

Aux **Aixoïis et Toulonnais**, qui complètent cette petite bande magique :

**Anais**, pour toutes ces soirées si drôles avec Toto depuis Aix. J'ai tellement hâte de voir ma petite nièce, et de pouvoir te traquenarder de nouveau. Tatie Consti est prête.

**Djena**, notre miss Guinée.

**Marion**, merci pour tous ces moments partagés entre Toulon et votre maison Hyéroise, et ton caractère bien trempé qui me fait tant rire.

**Muj**, ma femme fatale Turque. La plus déterminée et franche que je connaisse.

Aux **Aixoïis** qui ont rendu ce semestre aux urgences beaucoup plus drôle.

**Bebert**, on aura bien râlé mais aussi beaucoup ri. Merci à cette place des Cardeurs, elle nous aura vu très souvent.

**Floflo**, la douceur et la gentillesse incarnée. Merci pour tous ces petits goûters en post garde.

**Yann**, pour avoir été le bout en train de cet internat. Dis-moi qu'on refera un combo O'Shannon – Manoir un jour.

Aux **Marseillais et Marseillaises**,

**Fedy**, par fidélité pour Toufik alias Bicha, et le Turkish Baklava, je crois que tu as ta place parmi les Marseillais. Merci d'avoir été mon binôme de thèse et mon coloc tout cet été. Ca aurait été beaucoup moins drôle sans toi.

**Baptiste**, responsable de mon état de fatigue chronique depuis des mois, mais qui me rend plus heureuse.

**Guillaume**, on en a fait du chemin depuis Aix ! Merci pour ton côté artiste et aventurier. Je suis tellement heureuse pour cette année qui s'annonce pour toi à Tahiti. Compte sur moi pour venir te voir.

**Basile**, merci pour ta gentillesse permanente et ce nouveau concept de soirée frontale. Je serai des vôtres pour la prochaine session à Dakhla.

**Seb**, merci pour ces sorties bateaux paradisiaques et les petits quatuor indiens improvisés.

**Clem Clem**, merci pour ces chorégraphies improbables.

**Toto**, merci pour cette initiation fugace et dangereuse au régime steak pamplemousse, et ces soirées (pas trop) raisonnables.

A **Lolo** et **Coline**, la plus belle surprise de cette unité covid. Merci pour votre joie de vivre et cette tripléte que j'adore.

**Romaing** et **Consti**, merci d'avoir rendu ce stage à Aix aussi génial. Même si pour certains on ne méritait qu'un 6/10, je nous met un 10 sans hésiter.

**Lucie** et **Marine**, mes colocataires le temps d'un été Marseillais. Merci d'avoir partagé ces moments avec moi, je ne vous souhaite que du bonheur.

**Julie**, pour m'avoir soutenue en pleine rédaction de thèse sous la canicule Marseillaise. On l'a fait !

**Marine** et **Antoine**, faites-moi rêver lors de votre tour du monde.

Aux **Guadeloupéens** et **Guadeloupéennes**, qui m'ont fait passer le plus beau de tous les semestres.

En particulier à mes 8 colocataires qui ont rendu cette expérience inoubliable

**Axou**, mon rayon de soleil. Merci d'être toi, cette personne si déterminée, courageuse et optimiste. Je ne m'attendais pas à créer une amitié si forte en arrivant en Guadeloupe. Tu as rendu ces 6 mois magiques. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Et j'ai plus que hâte de ce futur voyage avec toi.

**Ben**, le businessman capable de tout entreprendre. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance tout au long de ces 6 mois, et pour ces souvenirs incroyables à Saint Martin. Je vous souhaite d'être profondément heureux avec Axelle.

**Arthur**, merci d'avoir été le plus grand cuisinier de cette coloc, et pour cette passion partagée pour les sorbets coco. Qui eut cru que l'on se retrouverait à l'autre bout du monde, des années après Clermont ?  
J'ai vraiment hâte que vous arriviez sur Marseille.

**Sasou**, merci pour cette amitié qui me rend tellement heureuse. Comment oublier ces soirées jusqu'au bout de la nuit, et ton sacré rire. Tu m'as apportée beaucoup de douceur et de sérénité pendant cette coloc, et je suis plus qu'heureuse de te compter parmi mes amies. Reviens vite sur Marseille, tu es trop loin.

**Maëlle**, la joie de vivre de cette maison. Merci d'être si solaire et de m'avoir fait autant rire.. Un petit mot aussi pour mon **Coco** d'amour, le king de la coloc. Je reviens vite te voir à Paris, ça fait beaucoup trop longtemps.

**Mawence**, pour nos concertos de rires gras. Pour notre découverte et nos premières (grosses) frayeurs en kite surf ensemble. Merci pour ta gentillesse, ton humour et ton amitié.

**Marion**, dame Liébart. Merci pour la façon dont tu racontes tes aventures , et tes histoires à mourir de rire. Merci de nous avoir fait découvrir la Guyane de long en large, et d'avoir pu nous recréer des souvenirs magiques tous ensemble.

**Maxou**, merci pour toutes ces punchlines devenues des phrases cultes. Merci d'être l'homme si cultivé, intéressant et drôle que tu es. J'ai hâte de revenir te voir en Guadeloupe, et de trinquer avec deux verres de rosé sur notre terrasse.

A la **triplette Dominici**, les belles puces

**Jul**, cette découverte qui se sera finalement faite sous le soleil des Antilles ! Merci pour ta bonne humeur et ton sourire en permanence ma gâtée.

**Léa** et **Vic**, pour ces expressions grenobloises qui me font mourir de rire.

**Astrid**, ma petite co-interne préférée du CHU de Pointe à Pitre.

**Mathilda**, pour ce concentré d'énergie et de joie de vivre. J'ai hâte d'accueillir ce petit baby dans quelques mois..

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>3</b>
1. Type d'étude.....	3
2. Population.....	3
3. Recueil des données .....	5
a. Choix de l'entretien semi dirigé.....	5
b. Établissement du guide d'entretien .....	5
c. Consentement.....	6
d. Réalisation des entretiens.....	6
4. Analyse des entretiens.....	7
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>8</b>
1. Données générales .....	8
a. Caractéristiques des entretiens .....	8
b. Caractéristiques des femmes incluses.....	8
c. Arbre de codage.....	11
2. Des parcours de vie traversés par et construits avec les violences sexuelles...12	
3. Parler des violences sexuelles : une parole rare et d'abord stratégique tournée vers la recherche de protection .....	15
4. Un recours aux soins en cas de violences sexuelles contingent mais à l'impact très bénéfique.....	18
5. Une représentation des possibilités de recours au soin en cas de violences sexuelles, façonnée par les expériences vécues de soins.....	21
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>23</b>
2. Résultats principaux.....	23
3. Forces et limites .....	25
4. Résultats et littérature .....	27
a. Sécurisation résidentielle et administrative comme condition d'accès aux soins .....	27
b. Parole autour des violences sexuelles et bénéfiques sur la santé mentale .....	28
c. Contingence et difficultés d'accès aux soins .....	30
d. Évolution des représentations via le soin.....	31
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>34</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS :</b> .....	<b>36</b>

## INTRODUCTION

Dans le monde , on estime que 736 millions de femmes, soit près d'une sur trois, ont subi au moins une fois des violences sexuelles dans leur vie (1). Les violences sexuelles sont définies par l'Organisation mondiale de la santé comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne » (2).

Les femmes restent les personnes les plus touchées et les plus vulnérables face à ce risque (3). Les principaux facteurs de risque identifiés au niveau international sont le chômage, le taux élevé de violence dans la communauté et la pauvreté.

La migration des femmes ne cesse de croître depuis plusieurs décennies et marque ainsi un changement conséquent dans le profil de migration dans le monde. Elles représentaient en 2019, près de 52% de l'immigration arrivée en France (4). Les femmes représentent une population plus vulnérable que les hommes avant, pendant et après leur migration. Plusieurs études et organisations internationales soulignent le fait que les femmes courent un risque élevé de victimisation sexuelle tout au long du voyage (5). Le contexte instable dans lequel elles se retrouvent, dans les suites du parcours migratoire, pérennise ce risque d'exposition aux violences, via des barrières sociales, culturelles et économiques. En effet l'arrivée en France, intimement liée à la recherche de protection, sera paradoxalement insécure, précaire et dangereuse.

Les violences sexuelles à l'encontre des femmes migrantes ont des effets délétères substantiels et durables sur leur santé mentale, physique, reproductive et sexuelle. Elles constituent l'un des principaux facteurs de morbidité chez les femmes.

Il est aujourd'hui clairement établi qu'elles contribuent de manière significative à l'émergence et la gravité de l'ensemble des troubles psychiatriques. Le risque de dépression et syndrome de stress post-traumatique notamment est retrouvé à des niveaux plus élevés que la population générale (6). Les conséquences physiques multiples (douleurs abdominales, gynécologiques, cicatrices...) doivent faire l'objet d'un dépistage et d'une prise en charge médicale adaptée.

Au niveau international, peu d'études ont été menées pour déterminer l'incidence des violences sexuelles chez les femmes migrantes. Néanmoins toutes s'accordent sur le fait que les femmes en procédure de demande d'asile sont particulièrement vulnérables face à ce risque (7). Leur parcours de soins est également peu référencé, alors que l'accès à la santé est un facteur essentiel de la reconstruction et de la prise en charge des conséquences des violences sexuelles. Il apparaît nécessaire de mieux connaître l'exposition de ces femmes au risque de violences sexuelles et de comprendre par quels moyens le dépistage de cette population isolée peut être réalisé efficacement, afin d'ouvrir une véritable voie de parole autour des violences sexuelles et aboutir à leur prise en charge tant sur le plan psychique que physique. Comprendre les conditions d'émergence de la parole et les voies d'accès aux soins, est une étape indispensable vers la prise en charge efficiente de ces femmes à court et long terme.

Dans ce cadre une étude mixte séquentielle quantitative puis qualitative multicentrique (étude INCIDAVI) a été menée auprès de femmes demandeuses d'asile en France, dans le but de mesurer l'incidence des violences sexuelles en France. Les premiers résultats et entretiens lors de l'enquête quantitative ont fait émerger le besoin de préciser le contexte de survenue de ces violences et le parcours de soins de ces femmes. Ce travail de thèse présente les résultats du volet qualitatif, dont l'objectif était d'explorer les réalités et les logiques de recours au soin des femmes demandeuses d'asile ayant été victimes de violences sexuelles, en France ou avant l'arrivée en France.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée auprès de femmes demandeuses d'asile, victimes de violences sexuelles en France, ou avant l'arrivée en France.

Cette approche devait permettre de mieux comprendre les réalités et logiques de parcours des femmes demandeuses d'asile victimes de violences, en complémentarité des données quantitatives disponibles.

## 2. Population

### - **Population cible :**

Cette étude a ciblé les femmes demandeuses d'asile vivant en France et ayant été victimes de violences sexuelles, en France ou avant la France. Nous avons ainsi interviewé des femmes incluses dans l'étude quantitative INCIDAVI, ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles.

### - **Population source :** échantillon de l'étude INCIDAVI

L'étude INCIDAVI a été menée auprès de femmes majeures à leur arrivée sur le territoire français étant ou ayant été en procédure de demande d'asile à Marseille ou Nice.

Sont considérées comme femmes étant ou ayant été en procédure de demande d'asile (8):

- Les femmes s'étant enregistrées au guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile (GUDA), disposant ainsi d'une attestation de demande d'asile.
- Les femmes s'étant enregistrées au guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile, disposant d'un avis de réception d'un recours à la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).
- Les femmes enregistrées à la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile, et ayant un rendez-vous au guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile, disposant ainsi d'un document officiel de rendez-vous au GUDA.

- Les femmes ayant été enregistrées au GUDA mais dont la demande a été déboutée en première instance ou après recours auprès de la CNDA

Le recrutement des femmes a été réalisé à partir du fichier de la plateforme d'accueil des demandeurs d'Asile (PADA) recensant toutes les femmes en procédure de demande d'asile enregistrées à Marseille et Nice et ayant un recul de résidence sur le sol Français de douze mois. La date d'arrivée en France était objectivée par la date du premier enregistrement au guichet unique des demandeurs d'asile (GUDA).

Étaient incluses les femmes :

- Majeures
- Arrivées majeures sur le territoire français
- En procédure de demande d'asile auprès du GUDA de Marseille ou de Nice
- Ayant un recul de résidence sur le sol français de douze mois sur les 2 dernières années.
- ne s'opposant pas à participer à l'étude

N'étaient pas incluses les femmes :

- Présentant des troubles cognitifs (démence, retard mental) limitant le recueil des critères de jugement
- Arrivées en France depuis moins d'une année ou de plus de deux années
- Mineures à l'arrivée en France

#### - **Mode de recrutement et modalités d'échantillonnage**

Concernant ce volet qualitatif, le recrutement des femmes a été réalisé à partir de l'échantillon des femmes incluses dans l'étude INCIDAVI et ayant déclaré avoir été victimes en France ou avant la France de violences sexuelles (données recueillies lors du volet quantitatif de l'étude). Nous avons réalisé un échantillonnage théorique, guidé par l'émergence progressive des résultats et hypothèses lors du processus de théorisation. Les précisions que les femmes apportaient sur leur vécu et leur parcours lors de violences durant l'enquête quantitative, ainsi que les premières données quantitatives émergentes ont fait naître le besoin en cours d'étude de préciser les parcours et les logiques de recours aux soins de ces femmes. Les femmes ont été

initialement recrutées suite aux entretiens quantitatifs, lorsqu'elles faisaient état de violences sexuelles survenues en France. L'échantillonnage a progressivement été diversifié en incluant des femmes ayant subi des violences sexuelles avant la France, et en recherchant des femmes ayant vécu des violences de niveaux de gravité différents (viols/tentatives de viol et autres violences). Enfin, une diversité sur l'origine géographique des femmes (en particulier Afrique et Hors Afrique), puis sur le caractère allophone ou non a été justifiée par les résultats émergents. Les femmes qui n'avaient pas été recrutées directement à l'issue des entretiens ont été recrutées à partir du fichier des femmes incluses dans INCIDAVI, en recherchant les critères de diversité émergents suscités. Elles ont été contactées par téléphone, où les modalités de cette étude leur étaient expliquées, à l'aide d'interprétariat si nécessaire. Le nombre de femmes à inclure a été défini par le phénomène de saturation des données. Ainsi, les inclusions ont cessé lorsque deux entretiens successifs n'apportaient plus de nouveau résultat significatif concernant l'objet d'étude, ni le besoin de poursuivre la diversification de l'échantillon (9).

### **3. Recueil des données**

#### **a. Choix de l'entretien semi dirigé**

Le recueil d'informations a été réalisé auprès des femmes par le biais d'entretiens semi-dirigés. Cette technique d'enquête qualitative est fondée sur un guide d'entretien, comprenant des questions ouvertes et permettant au sujet de s'exprimer librement sur les thèmes abordés.

#### **b. Établissement du guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été composé dans le cadre de l'étude quantitative INCIDAVI évaluant l'incidence des violences sexuelles faites aux femmes. Après une réflexion poussée sur les thèmes que nous souhaitions aborder afin de mieux comprendre les conditions d'accès aux soins, un premier guide a été élaboré.

Il comportait plusieurs questions organisées autour de cinq grandes thématiques :

- Récit des violences sexuelles
- Conséquences sur la santé physique et psychique

- Conditions d'émergence de la parole et demande d'aide
- Parcours de soins en France : récit, rapport aux médecins et difficultés
- Bénéfices de la prise en charge et conséquences

Le guide a été testé au préalable auprès de deux femmes, qui ont permis une adaptation de ce guide. Celui-ci a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens. Ceux-ci ont été réalisés par deux intervieweurs principaux : Anne Desrues sociologue, et Constance Décloître-Amiard interne en médecine générale.

Au fur et à mesure des entretiens, le questionnaire a été adapté afin de permettre d'éclaircir des résultats émergents et conforter les hypothèses pressenties. Dès le 5<sup>ème</sup> entretien, une sixième thématique a été intégrée au guide, portant sur l'évolution des représentations autour des violences sexuelles, et plus largement de la protection de la femme.

#### c. Consentement

Avant de débiter le recueil de données, nous avons fourni une information claire et loyale concernant la confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant la retranscription des résultats, ainsi que la confidentialité des enregistrements audio. Un formulaire de consentement était remis et signé avant le début de l'entretien. Un consentement oral simple était recueilli lorsque celui-ci ne pouvait être mené en présentiel (appel téléphonique) .

Cette étude a obtenu l'accord d' comité de protection des personnes Sud-méditerranée V numéro 2021-A00840-41.

#### d. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au sein de la PASS médico-sociale de Marseille ou par entretien téléphonique lorsque les femmes ne vivaient pas sur Marseille ou ne souhaitaient pas se déplacer. Les entretiens étaient audio-enregistrés à l'aide d'un iPhone 8 et d'un MacBook. Chaque entretien était ensuite intégralement retranscrit sur le logiciel Word. Les nuances de langage parlé, comme les hésitations ou les répétitions étaient respectées. Il était également précisé lorsque le sujet émettait un rire ou tout autre émotion verbalisée. Des notes de terrain étaient prises en parallèle

pour retranscrire les informations perçues par les chercheurs qui ne sont pas de l'ordre de l'oral mais plutôt de la gestuelle, de l'ambiance, du ressenti.

Les témoignages étaient anonymisés dès la retranscription. Chaque femme s'est vu attribuer un numéro (de 1 à 20) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens, corrélé au numéro d'inclusion correspondant.

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois la retranscription écrite faite.

#### **4. Analyse des entretiens**

Nous avons réalisé une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

L'analyse a débuté par la lecture flottante des différents entretiens, afin que les deux chercheuses s'imprègnent du phénomène à étudier. Cela a permis le repérage de thèmes redondants et de mots clefs. De cette première analyse sont issues les étiquettes « expérientielles », c'est-à-dire puisant dans les registres du vécu, des émotions, des opinions ou des représentations. Un journal de bord était rédigé en parallèle afin de noter les impressions et ressentis des deux investigatrices.

Cette micro-analyse a été suivie par un codage ouvert, faisant émerger un premier set de propriétés, rassemblées ensuite en catégories. Le codage axial a ensuite permis d'articuler entre elles les catégories issues des différents entretiens. Cette analyse transversale manuelle de type inductive s'est faite à l'aide d'une grille d'analyse construite sur le logiciel NVivo. Cet outil a permis l'écriture des résultats et le point de départ de la discussion. Une triangulation de l'analyse par les deux chercheuses a été réalisée, supervisée par les investigateurs (9).

# RÉSULTATS

## 1. Données générales

### a. Caractéristiques des entretiens

Vingt entretiens individuels ont été menés. La saturation des données a été obtenue à l'issue du 18<sup>ème</sup> entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

Ils ont été réalisés du 01 février 2022 au 29 juillet 2022.

La durée des entretiens était en moyenne de 1 heure, et variait de 15 minutes à 1 heure 15.

16 entretiens ont été réalisés à la PASS médicosociale de Marseille et 4 par entretien téléphonique.

1 entretien a nécessité l'utilisation d'un interprétariat, les autres étaient réalisés en français ou en anglais.

### b. Caractéristiques des femmes incluses

Toutes les femmes incluses avaient été victimes de violences sexuelles, en France et/ou avant la France. Parmi elles, 4 avaient été victimes de viols en France, 14 d'autres types de violences sexuelles en France, et 17 de violences sexuelles avant la France. 4 d'entre elles avaient été victimes de l'ensemble de ces violences (Tableau 1).

Sont définies comme « Autres violences sexuelles », les tentatives de viol ou agressions sexuelles.

Entretien	En couple	Enfant	Type de revenu	Niveau d'étude	Lieu de vie
1	oui	non	Travail non déclaré	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Logement instable
2	non	oui	Aide familiale/Amicale/Asso	Pas de scolarisation	Dispositif d'aide d'urgence
3	oui	non	Aide financière d'État	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Dispositif d'aide d'urgence
4	non	oui	Aide financière d'État	Arrêt avant l'élémentaire ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
5	non	non	Aide familiale/Amicale/Asso	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Habitation individuelle avec bail légal
6	oui	oui	Travail avec un contrat légal	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Habitation individuelle avec bail légal
7	non	oui	Aucunes ressources	Arrêt avant l'élémentaire ou équivalent	Logement instable
8	non	non	Aide financière d'État	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
9	non	oui	Aide financière d'État	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
10	non	oui	Travail non déclaré	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Logement instable
11	oui	oui	Aide financière d'État	Arrêt avant l'élémentaire ou équivalent	Logement instable
12	oui	oui	Aucunes ressources	Arrêt avant l'élémentaire ou équivalent	Logement instable
13	oui	oui	Aide financière d'État	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Logement instable
14	oui	oui	Travail avec un contrat légal	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Logement instable
15	oui	oui	Aide financière d'État	Pas de scolarisation	Dispositif d'aide d'urgence
16	non	oui	Travail non déclaré	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
17	non	non	Aide financière d'État	Arrêt avant le lycée ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
18	oui	oui	Aide financière d'État	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
19	oui	oui	Aide financière d'État	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Dispositif asile (CADA,...)
20	non	oui	Aide financière d'État	Études dites supérieures (post BAC) ou équivalent	Logement instable

*Tableau 1 : Caractéristiques des participantes*

<b>Entretien</b>	<b>Lieu d'entretien</b>	<b>Age</b>	<b>Nationalité</b>	<b>Langue</b>	<b>Viol en France</b>	<b>Autres violences sexuelles en France</b>	<b>Autres violences sexuelles avant la France</b>
1	téléphone	25	Cameroun	Français	non	oui	oui
2	PASS	32	Côte d'Ivoire	Français	non	oui	oui
3	PASS	25	Côte d'Ivoire	Français	non	non	oui
4	PASS	39	Sénégal	Wolof	non	oui	oui
5	PASS	30	Palestine	Anglais	non	oui	non
6	PASS	32	Guinée	Français	non	non	oui
7	PASS	31	Guinée	Français	non	oui	non
8	PASS	22	Sierra Leone	Anglais	oui	oui	oui
9	PASS	36	Congo	Français	oui	oui	oui
10	PASS	31	Côte d'Ivoire	Français	non	oui	non
11	PASS	36	Côte d'Ivoire	Français	non	oui	oui
12	PASS	24	Côte d'Ivoire	Français	non	oui	oui
13	PASS	26	Albanie	Anglais	oui	oui	oui
14	PASS	32	Côte d'Ivoire	Français	non	oui	oui
15	PASS	31	Côte d'Ivoire	Français	non	non	oui
16	PASS	45	Sénégal	Français	non	oui	oui
17	PASS	38	Nigeria	Anglais	non	non	oui
18	téléphone	44	Sri Lanka	Cingalais	non	non	oui
19	téléphone	36	Géorgie	Français	non	non	oui
20	téléphone	33	Maghreb	Français	oui	oui	oui

### c. Arbre de codage

L'analyse a permis de faire émerger 4 grandes catégories résumées dans l'arbre de codage suivant (Figure 1) :

- Violences sexuelles :
- Parole autour des violences sexuelles
- Les soins
- Évolution des représentations

Elles seront détaillées dans les résultats ci-après.

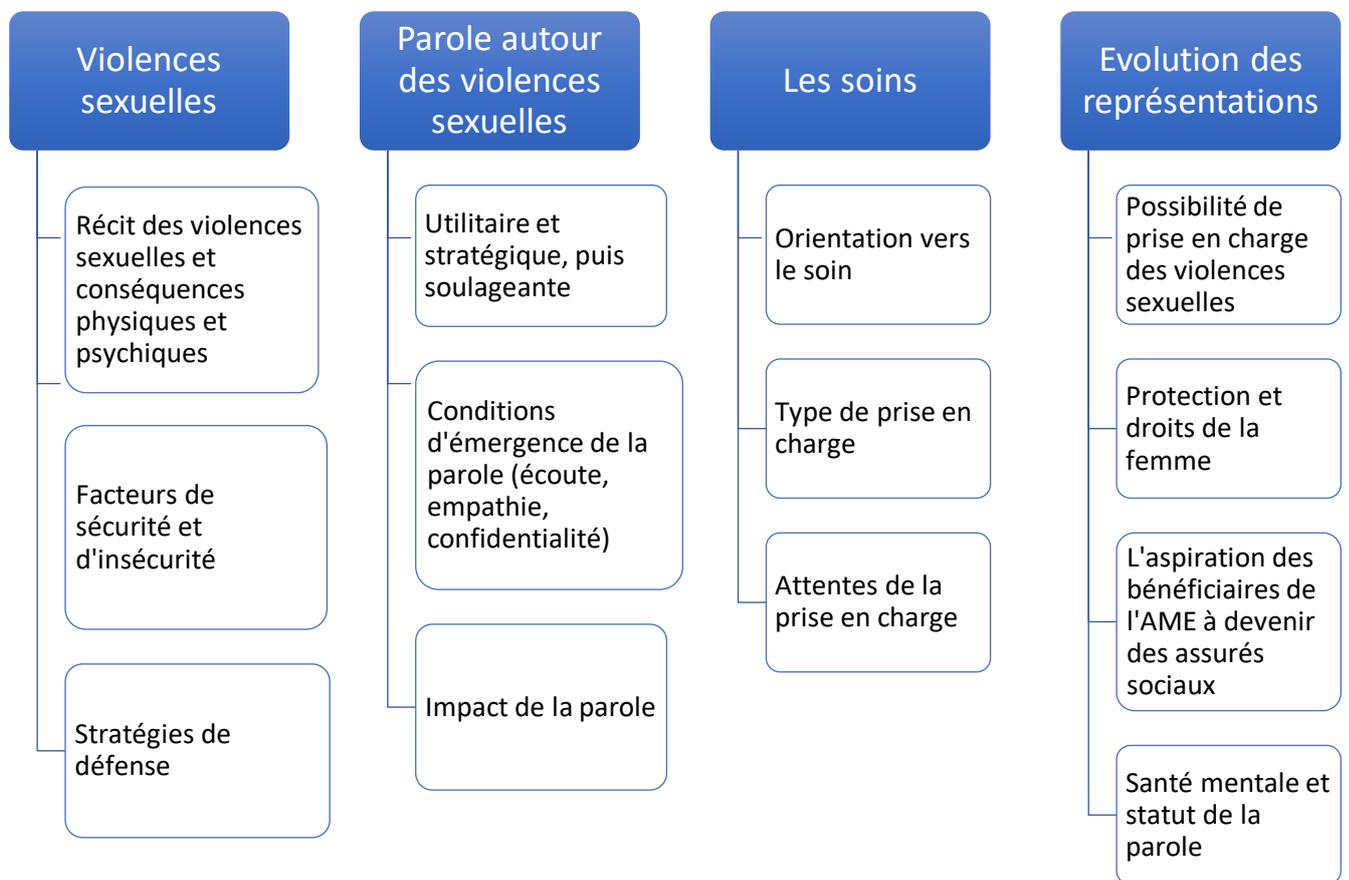


Figure 1 : Arbre de codage

## 2. Des parcours de vie traversés par et construits avec les violences sexuelles

Les femmes rencontrées dans notre étude nous rapportaient des parcours de vie traversés par les violences sexuelles, pouvant commencer au pays et se poursuivre lors du trajet migratoire. La France restait aux yeux des femmes interviewées, avant d'être éventuellement le lieu espéré d'arrivée et de stabilité, un lieu faisant partie du « trajet », avec les mêmes risques de violence et d'insécurité structurelle.

Les violences sexuelles les plus fréquentes qu'elles abordaient, comprenaient le mariage forcé, les violences conjugales, l'excision, la prostitution, la traite, ou encore les violences subies dans les prisons ou lieux de vie précaires.

Les récits faisaient état d'une impuissance et d'une fatalité face aux violences sexuelles, dans des contextes de banalisation au sein de leur groupe social d'appartenance. Ces violences étaient décrites comme tolérées voire organisées par les figures d'autorité locales (chef de famille, père), tandis que la précarité et la clandestinité les laissaient sans défense sur le trajet. Les possibilités de soutien par les institutions et le gouvernement étaient perçues comme globalement inexistantes.

*« J'ai vécu quand on m'a marié de force. Ils ont fait la dote. Je suis partie. La première nuit, ça a pas été facile. Il a voulu coucher avec moi de force. J'ai pas voulu. Il a cherché ma famille. La deuxième nuit, ils sont venus. Il y a deux personnes qui sont venues pour me tenir, deux ma main, deux autres personnes ont pris mes pieds » (entretien 6)*

Les violences sexuelles subies en France étaient rapportées dans des lieux publics (rue, gare..), des squats ou bien lors de l'hébergement chez des tiers. La précarité du logement poussait les femmes à rechercher des solutions actives, de manière urgente et précipitée, ce qui pouvait les mettre en danger : acceptation de relation tarifée, agression par les personnes qui les hébergeaient ou lors de la visite de squats par exemple.

*« Oui à la gare Saint Charles. Après j'ai trouvé cet homme .. qui m'a proposé de venir chez lui.. qu'il a un appartement dans lequel il vit, le temps de trouver une*

*solution. Alors j'ai accepté parce que j'ai pas le choix. J'ai pas le choix. Mais après il m'a violé, plusieurs fois. Il m'a frappé (pleurs).*

*Et si je dis non , si je dis non, il m'a dit ça, il m'a dit « sors ! ».*

*Alors je restais parce qu'il y avait... ce moment-là c'était le mois de novembre. Il fait froid dehors, je connais personne. (Pleurs) » (entretien 20)*

Les logements inséculres ou instables, conduisaient les femmes à n'y passer que la nuit, ou les exposaient au danger d'une mise à la rue à tout instant. Cela les amenaient à passer plus de temps dans l'espace public, majorant le risque d'agression.

*« Quand je suis venu ici premier jour, je dormais à la gare. Deuxième jour aussi j'ai dormi à la gare. [...] Ils m'ont demandés ils m'ont dit.. C'est comme s'il vient me draguer mais si je dis non il fait ça avec la force en fait » (entretien 12)*

Par ailleurs, elles faisaient part de situation d'exploitation voir même d'esclavage dans ce contexte de dépendance au logement, exploitation qui pouvait aller jusqu'au rapport forcé.

Les femmes développaient en réponse au danger, des stratégies individuelles de défense et de protection. La principale stratégie d'évitement était la fuite, qui émaillait tout leur parcours. La peur et la volonté d'échapper aux violences sexuelles conduisaient les femmes à se replier sur elle-même et à rester enfermées lorsqu'elles trouvaient un espace, en particulier un logement sécurisé. Ces deux stratégies induisaient une perte de lien social qui isolait et fragilisait les femmes. On comptait également les stratégies d'invisibilisation, de déguisement et enfin, la recherche de protection par un tiers, en particulier une figure masculine. La protection à travers le couple était décrite comme une stratégie efficace . Une femme s'étant vue refuser le statut de réfugiée, mais installée durablement avec ses enfants chez son conjoint français, expliquait ainsi se sentir protégée et bien.

*« Je me sens en protection avec celui avec qui je suis. Il dit que il va pas me faire du mal. Mais ça n'a pas été facile. » (entretien 14)*

L'enjeu principal pour les femmes rencontrées, était d'échapper aux violences et de trouver à minima un espace où elles se sentaient en sécurité. La stabilisation de l'hébergement dans des structures telles que les associations ou les CADA par exemple lors de la demande d'asile, était source de mieux être et d'un relatif sentiment de protection.

Cependant, seule l'obtention de papiers assurait une sécurité pérenne et stable.

Obtenir ce statut légal de réfugié était le symbole d'une sortie de la précarité durable mais aussi d'accès à une protection légale et juridique effective face aux violences sexuelles. Ce statut symboliquement puissant était perçu comme un moyen dissuasif contre les potentiels agresseurs, pouvant suffire à les protéger.

*« On peut pas risquer d'aller se plaindre à la police. Oui oui. On a peur. J'ai toujours pensé que c'était ceux qui étaient en situation régulière avec les papiers qui pouvaient prétendre à ça. A faire cette demande là. D'aller porter plainte. » (entretien 4)*

*« I pray because you know, when they give me the kind of protection that I need I will be safer. Even if they find where I am living I am safe because I have the protection that I want. From the French government. I need that from them. Even if the people that brought me to Europe locate me I am safe because they will be the one that will be in trouble, not me (laugh). » (entretien 17)*

Le moment de la demande d'asile était un moment d'attente anxieuse et d'espoir. Pour les femmes déboutées, le choc était rude et les faisait replonger dans l'insécurité et l'incertitude de trouver des possibilités de protection durable. Ce retour dans la précarité, renforçait le sentiment d'impuissance, d'une demande d'aide inopérante et d'une impossible protection.

*« J'ai pas trouvé ça normal. Une femme sans défense, sans pays. Une femme qui n'a pas vraiment de sécurité, qui s'enfuit .. et qui arrive à l'OFPRA on lui dit non. Et la CNDA pareil. Ça m'a fait un boom. » (entretien 14)*

### **3. Parler des violences sexuelles : une parole rare et d'abord stratégique tournée vers la recherche de protection**

Si les femmes rapportaient d'abord demander de l'aide et parler des violences subies à leur entourage, cette parole était risquée, douloureuse et contrôlée. Les risques évoqués par le récit des violences sexuelles auprès des proches et de la communauté étaient le jugement, le rejet, la mise en doute ; la parole pouvant être rapportée et utilisée contre elles.

*« En fait, c'est quelque chose de très intime que chez nous on peut pas partager avec n'importe qui. Il y a des personnes qui sont susceptibles d'aller le raconter donc c'est des choses qu'on garde en nous. » (entretien 4)*

Par ailleurs, la parole en elle-même était principalement perçue comme douloureuse. Elle pouvait les replonger dans des souvenirs et des états émotionnels qu'elles préféraient oublier. Certaines femmes exprimaient le sentiment de ne pas pouvoir être comprises et d'un récit difficilement exprimable, où les mots pour dire étaient difficiles à trouver. Ainsi, les femmes expliquaient en parler très rarement voire jamais, sinon de manière contrôlée (raconter son récit mais pas tout, choisir dans le récit ce qui ne les met pas à risque en termes de honte).

*« Là tu vois comme ça j'aime pas parler beaucoup beaucoup. Si je parle et que j'explique, ici j'ai mal. Je commence à pleurer.. » (entretien 9)*

*« Je ne sais pas, je suis allé pour lui en parler mais j'ai pas pu. Les mots.. l'émotion était encore là vous voyez. L'émotion était encore là. Et même vous voyez, les mots.. Je dis un mot.. et là j'ai déjà les larmes qui sont débordés des yeux. Donc j'ai dit non j'arrête, je peux pas. »(entretien 14)*

La parole, source de danger, était donc utilitaire et le plus souvent stratégiquement orientée vers la recherche de protection. Certaines femmes expliquaient n'avoir parlé des violences sexuelles qu'uniquement pour les récits de l'OFPRA ou pour demander une mise à l'abri auprès d'association par exemple. Cette demande de protection pouvait être bénéfique (hébergement, orientation dans le soin) mais était le plus

souvent inopérante. Ainsi, beaucoup rapportaient des récits mis en doute par l'OFPPRA, et la demande impossible de preuves. Une femme victime de traite qui avait réussi à se rendre à la police à Malte, avait finalement été remise à la rue dans les mains de la femme qui l'exploitait.

*« The person that brought me to Europe. She forced me into prostitution during the corona period. So. And I.. I don' like men. I was into woman so I don't know anybody, I don't know where to go. Even the first time she made a violence on me, I tried, I run, I went to the police at Malte, they send us to court but the court, they didn't say anything. They just said "ok, you people go", like that. » (entretien 8)*

Ainsi, les femmes exprimaient à la fois un sentiment d'inutilité et de désaide dans la parole, qui tendait à généraliser le silence autour des violences. Cette parole pouvait émerger dans des espaces de confiance et d'empathie, avec des interlocuteurs spécifiques formulant une demande explicite pour ces récits.

La première condition pour parler passait par une demande active de l'interlocuteur et la marque d'un intérêt réel envers elle et leur histoire. Confidentialité, empathie et écoute étaient des attentes et conditions d'émergence de la parole. Par ailleurs, les femmes se référaient beaucoup à la fonction professionnelle des interlocuteurs. C'est leur métier qui justifiait la demande d'un récit et la confidentialité était garantie. Si le genre pouvait être un facteur important, la fonction professionnelle primait sur celui-ci.

*« Bah oui, tu peux pas venir comme ça, raconter tes histoires. Tu peux pas ! (hausse un peu le ton) Je sais pas, tu demandes. Chez moi c'est comme ça. C'est comme ça, c'est quand tu demandes » (entretien 6)*

*« Ici, je vois que la personne en face de toi est sincère. Elle veut que tu te libères. Au pays, même si tu t'ouvres avec quelqu'un, la personne va même pas partager ta peine avec toi. Elle parle. Tout le monde est au courant. Ici la personne elle dit, c'est entre nous. La personne est sincère. » (entretien 15)*

Les femmes n'identifiaient pas aisément quels pourraient être les interlocuteurs ressources sur les violences. Cependant, si la demande était exprimée et les

conditions réunies, elles expliquaient être ouvertes au dialogue et au récit. Ceci était bien verbalisé par la femme N°1, qui expliquait trouver pour la première fois l'espace d'écoute nécessaire pour exprimer son ressenti lors de cet entretien.

*« Merci à vous. Ça fait du bien de savoir qu'il y a des gens qui sont là pour nous, qui voilà qui te parle. Même si c'est un peu loin, ça fait du bien de savoir qu'il y a des gens qui sont là pour nous » (entretien 1)*

D'autres faisaient en revanche part d'une attitude de méfiance et de retenue, s'expliquant par leurs expériences passées.

*« Non y a pas quelqu'un qui m'a donné occasion comme toi « viens t'asseoir »  
« comment tu vas ? » , d'expliquer comme ça comme ça. Tu sais quand tu vas voir le médecin, il y a beaucoup de monde qui sont devant qui l'attend. C'est quelqu'un qui rentre quand tu sors. Donc tu n'as pas le temps. » (entretien 7)*

Les médecins généralistes n'étaient pas identifiés comme des interlocuteurs privilégiés pour parler et prendre en charge les violences sexuelles. Ils pouvaient le devenir si un climat de confiance était instauré et que la question était posée, mais étaient en premier lieu sollicités pour répondre à des plaintes et des demandes somatiques. Ainsi, la demande de prise en charge passait par les maux et le lien éventuel avec les violences sexuelles était tardif. C'était au cours des échanges qu'une association entre les violences et ses conséquences se faisait.

#### **4. Un recours aux soins en cas de violences sexuelles contingent mais à l'impact très bénéfique**

Les attentes en termes de soin étaient dans un premier temps faibles voire inexistantes, la priorité étant donnée à la sécurité. Les conséquences identifiées des violences sexuelles étaient d'abord psychologiques avec les reviviscences, les insomnies, la peur ou l'hypervigilance.

La première attitude décrite était le repli sur soi, dans l'idée que les troubles se résorberaient naturellement une fois leur situation sociale stabilisée.

Une partie des femmes tentait de se traiter via l'automédication, avec un recours ponctuel aux médecins centré sur la prescription d'antidouleurs et de somnifères. Cette prise médicamenteuse était émaillée de nombreuses craintes comme l'accoutumance, la peur de l'addiction, et le sentiment d'une approche contre nature : « le sommeil, ça doit être naturel ».

*« Chaque soir il fallait que je les prenne pour dormir. Si je les prenais pas, je restais éveillée jusqu'à 4h du matin. Parfois 7h du matin. Maintenant, ça va mieux. Je prends les thés, les tisanes, les trucs comme ça, ça va. Pour essayer de m'apaiser. Les trucs naturels. » (entretien 1)*

Le recours au soin et la recherche étiologique, étaient envisagés lorsque les troubles devenaient incapacitants et en particulier en cas de douleurs chroniques.

Cette volonté d'être soigné, se confrontait aux difficultés d'accès aux soins liées à leur condition sociale (accès au droit, barrière de la langue, discrimination, manque de connaissance du système de soin). De plus, la perception d'une prise en charge marquée par l'indifférence et les soins par défaut, conduisait certaines femmes à une errance médicale avec une multiplication des interlocuteurs, sans réussir à obtenir de traitements adaptés.

*« Tu vois, même, j'avais mal au ventre depuis plusieurs mois. Il m'a donné des médicaments mais je les ai pas pris. C'est pas un mal de ventre comme ça. C'est un vrai truc. Normalement, tu me fais faire des analyses et tu vois. C'est délicat. On savait pas ce que c'est. Et lui, il me donne des médicaments : prends, prends. Il cherche même pas à savoir ! » (entretien 3)*

Les démarches actives de dépistage de la part des femmes étaient rares, avec une méconnaissance des MST et l'expression d'une peur différée qui semblait non prioritaire. De plus, certaines femmes décrivaient un dépistage des MST non systématique, alors même qu'elles étaient engagées dans un parcours de soins.

Les femmes exprimaient un soulagement quand le dépistage aboutissait à un résultat négatif mais aussi, lors d'un dépistage positif, quand elles réalisaient que la maladie pouvait être prise en charge en France de manière à assurer la survie et une qualité de vie correcte.

*« Mmm. J'ai commencé à pleurer, on m'a dit « non c'est pas grave, ici en France on va te traiter . ça va passer et tout ». On m'a retourné encore ici. » (entretien 9)*

La demande explicite par les femmes d'une prise en charge pour les violences sexuelles était rare et très dépendante d'une orientation par un tiers (association, assistante sociale, entourage, médicale). La prise en charge des conséquences psychiques se faisait à l'occasion d'un échange sur les violences où le tiers proposait une prise en charge psychologique qui n'étaient pas envisagée au départ, ni à l'origine de la rencontre. Cela était donc dépendant de l'inscription préalable de la femme dans un tissu associatif ou médical. Plus les femmes étaient isolées et en situation de précarité, plus l'orientation vers une prise en charge médicale et psychologique était rare, notamment lorsque la barrière de la langue était présente. Pour les femmes ne parlant pas Français, l'accès à une prise en charge psychologique était particulièrement difficile et l'offre de soin quasi inexistante sur Marseille. L'orientation était ainsi en elle-même limitée par l'offre de soins disponible sur le territoire.

Cette prise en charge, lorsqu'elle pouvait avoir lieu, était perçue comme très bénéfique, avec des patientes qui exprimaient une diminution de leurs symptômes et un soulagement par la parole et les médicaments. Cet apaisement relatif permettait de les réinscrire dans l'espace social.

*« Avant, je sortais pas, j'étais tout le temps enfermé. J'avais peur. Maintenant, ça va. J'attends juste le titre de séjour. » (entretien 2)*

Un autre élément du soin, non médical, portait sur les espaces de convivialité. Beaucoup se disaient très isolées et sans liens amicaux ou affectifs forts en France. Le cercle pouvait être vicieux entre le repli sur soi et les symptômes traumatiques. Les moments de convivialité comme les cours de français, les sorties ou les moments de partages organisés par les associations permettaient de sortir de l'isolement. Ils amenaient à rencontrer d'autres femmes avec des problématiques similaires et à partager des moments de joie dans des espaces de sécurité. Le travail pouvait également jouer ce rôle tout comme la présence d'enfants qui obligeait à sortir.

*« Avec l'association, surtout, ils font des sorties. On va là-bas. On se distrait. Je vais au cours de français. Quand tu vas au cours de français, vous rigolez ensemble. Vous causez. Ca fait déjà du bien. » (entretien 2)*

Les femmes suivies et hébergées dans des associations spécialisées dans les violences sexuelles ou de genre, étaient celles qui rapportaient la prise en charge la plus complète (médicale, psychologique, sociale, juridique et gynécologique) avec pour certaines l'orientation vers de la chirurgie réparatrice de l'excision.

## **5. Une représentation des possibilités de recours au soin en cas de violences sexuelles, façonnée par les expériences vécues de soins**

La prise en charge des violences sexuelles avait pour conséquence la découverte des possibilités de soin. Elle engageait un processus de déstigmatisation de tout ce qui avait trait aux violences sexuelles (les faits mais aussi les soins existants).

*« Le fait d'en parler de façon générale, et de comprendre.. d'essayer de comprendre des femmes qui ont vécues des violences. C'était nouveau pour moi, parce que je savais pas que.. qu'il y avait des démarches là-dessus quoi. » (entretien 14)*

*« Avant, je me dis, bon c'est comme ça c'est comme ça. Je pense qu'il n'y a rien à faire. C'était un peu ça. Je me disais j'accepte la situation. De toutes les façons, il n'y a rien à faire. C'est là, c'est là, c'est arrivé tu peux rien faire. » (entretien 1)*

La représentation de la prise en charge psychologique , culturellement associée à de la faiblesse et de la folie, était normalisée. Elle devenait une modalité de prise en charge qui pouvait les concerner, et être bénéfique. Le statut de la parole lui-même changeait, d'une parole douloureuse et dangereuse, à une parole qui soulageait.

*« Déjà nous au pays, ils disent que si tu vas voir c'est que tu n'es pas bien dans la tête. Voilà. C'est ici qu'ils ont dit, que j'ai appris, que les psychologues ils aidaient à te sentir mieux , à te libérer si tu as vécu des trucs durs et tout ça. C'est quelqu'un avec qui je peux parler. Tu peux.. voilà. « (entretien 10)*

Le regard sur les médicaments évoluait également, avec une réticence à la médication qui changeait à travers l'expérimentation des thérapeutiques, et qui s'accompagnait d'un mieux-être verbalisé.

L'impact des violences sexuelles sur leur santé, souvent réduite aux conséquences physiques visibles telles que l'excision ou les cicatrices, devenait plus globale, avec un lien qui se faisait sur l'ensemble des conséquences physiques et psychiques. La découverte d'une possible chirurgie réparatrice de l'excision par exemple, venait modifier les représentations d'un fait irrémédiable et parfois banalisé.

*« J'ai aussi été mutilé. J'ai un rdv lundi là à la Conception. J'ai très hâte qu'ils m'expliquent. Ca fait 4 mois que j'attends. Je sais pas trop ce qu'ils peuvent faire »  
(entretien 3)*

Cependant, la prise en charge des violences sexuelles demeurait dépendante de l'accès au droit et rencontrait les mêmes freins que dans l'accès au soin général. La découverte des possibilités de prise en charge, qui suscitait envie et attente, pouvait se heurter à la rupture brutale des droits en santé. Ainsi la prise en charge des violences sexuelles était souvent temporaire, le temps de la demande d'asile et des droits à la santé.

Cela pouvait engendrer une frustration et renforcer un sentiment global d'exclusion dans l'accès à la protection pour les femme, et d'extériorité vis-à-vis des possibles, qu'il soit légal, juridique ou médical.

## DISCUSSION

### **2. Résultats principaux**

La figure 2 illustre les principaux phénomènes observés dans nos résultats et leur intégration. Dans notre étude, les femmes demandeuses d'asile identifiaient leur arrivée en France comme un moment de mise en danger lié à l'instabilité résidentielle, administrative et financière. La précarité et l'isolement engendrés rendaient les femmes plus vulnérables au risque de violences sexuelles. La priorisation d'une mise à l'abri, via le logement et la demande de papier, était décrite bien avant un éventuel parcours de soins. La parole était d'abord un moyen stratégique et utilitaire tourné vers la recherche de protection (notamment lors de la demande d'asile auprès de l'OFPRA). En dehors de ce contexte, la parole était perçue comme potentiellement dangereuse et douloureuse. L'entrée dans le soin était centrée en premier lieu sur les maux physiques. La prise en charge des troubles psychiques était souvent dépendante de l'orientation par un tiers extérieur (associatif, travailleurs sociaux, médecin). Le récit du traumatisme n'était pas spontané mais une attitude bienveillante et active dans un espace de confiance, étaient des éléments reconnus et décisifs vers l'émergence de la parole. Celle-ci était progressivement identifiée comme une source de mieux-être et de diminution des symptômes psychiques. En revanche, des expériences de désaide et de non prise en charge mettaient en lumière une inadéquation entre les demandes et les réponses apportées par les professionnels de santé. Plus largement une ouverture des possibles, sur le droit à la justice et les droits de la femme, semblait émerger conjointement à l'accès aux soins. Cette nouvelle vision des possibilités et des droits, se heurtait à un sentiment d'injustice lié au refus de de la demande d'asile, remettant en question la considération et les soins portés aux violences sexuelles.

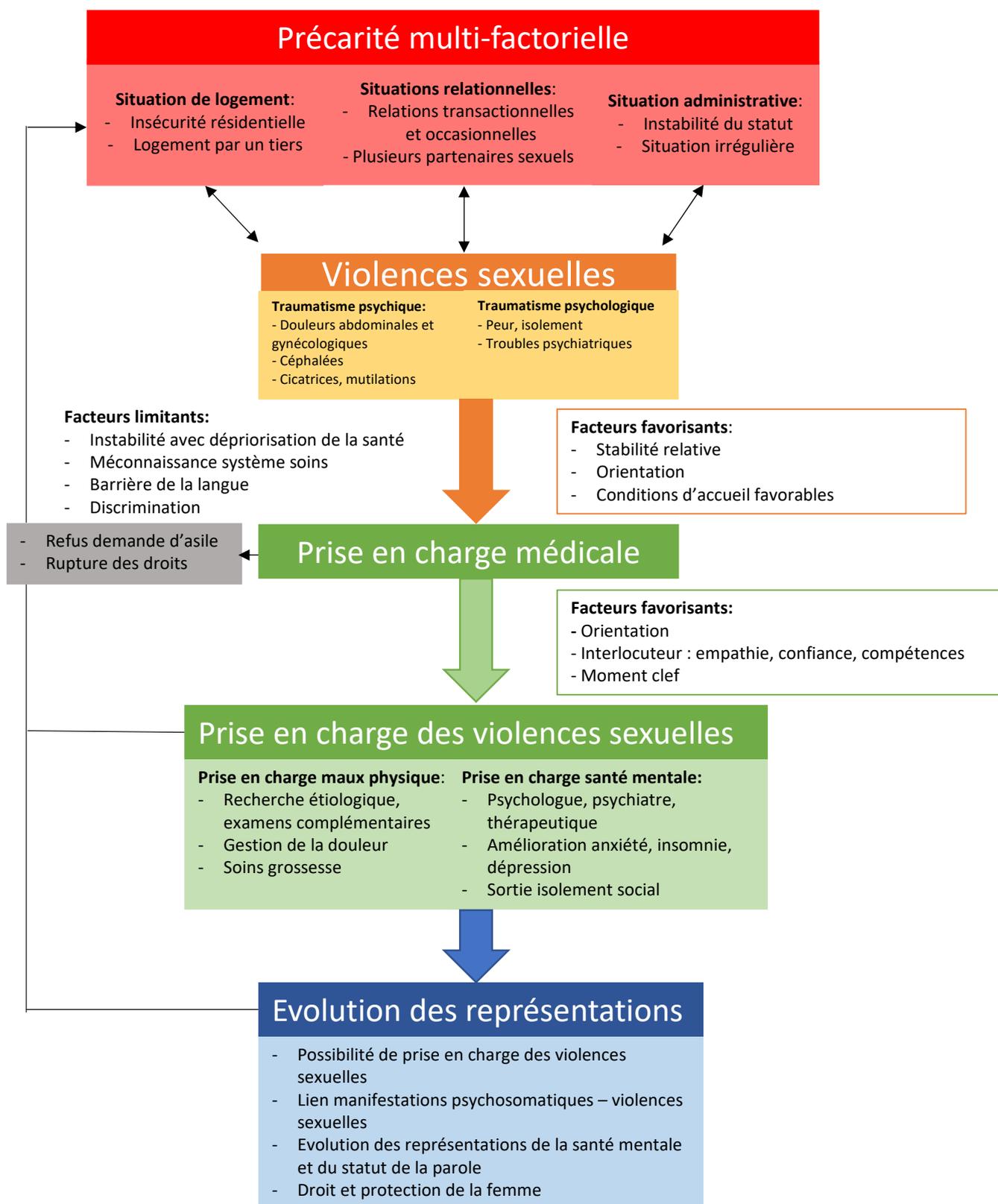


Figure 2 : Modèle de recours aux soins dans le cadre des violences sexuelles

### **3. Forces et limites**

Au niveau international, des études ont été menées pour déterminer l'incidence des violences sexuelles chez les femmes migrantes, mais peu se sont intéressées à explorer les parcours de soins engagés à la suite de la survenue de ces violences. Ce travail de recherche est l'un des premiers s'intéressant à cette question, afin de comprendre les mécanismes de recours et d'accès aux soins sous-jacents.

Il s'agissait d'un sujet sensible de par la problématique posée et les récits centrés sur les violences sexuelles. Les deux chercheuses étaient engagées dans le cadre associatif, l'une auprès de femmes victimes de violences, et l'autre auprès de migrants mineurs non accompagnés. Cela a suscité une sensibilité particulière au sujet, favorisant une posture empathique et compréhensive propice à l'ouverture de la parole. Les contacts positifs établis au préalable lors de l'étude quantitative INCIDAVI ont probablement aidé, par une première mise en confiance, à recruter l'ensemble des femmes contactées. On peut donc considérer comme une force d'avoir pu toucher des femmes moins enclines à parler, qui n'auraient peut-être pas accepté d'être interrogées sans ce premier contact.

Le debriefing régulier à l'issue des entretiens et la tenue d'un journal de bord en parallèle a aidé les enquêtrices à adapter leur positionnement et à limiter la production de questions influençant le discours des femmes interviewées. Se mêlait aux entretiens des demandes d'aides concrètes, avec un récit livré dans l'attente de réponses implicites aux problèmes de précarité et de soins auquel elles pouvaient être confrontées. Cela pouvait mener à orienter les femmes vers une prise en charge extérieure si elles en émettaient le souhait. Les chercheuses ont cependant été confrontées aux limites de l'offre de soin existante sur Marseille, notamment pour la prise en charge psychologique pour les femmes non francophones.

La quasi-totalité des entretiens ont été réalisés à la PASS, dans le but de favoriser leur bon déroulement dans un lieu calme, dédié et repéré par les femmes. Il a pu en revanche orienter le discours des femmes évoquant leur parcours, via l'ancrage dans un lieu de soin. Les deux chercheuses ont cherché à se distinguer du corps médical avec des tenues neutres (distinctes du personnel exerçant à la PASS), et en se

présentant en tant que sociologue ou chercheuse, afin de ne pas biaiser les réponses portant sur le parcours de soins (10).

Nous estimons avoir abouti à un échantillonnage théorique de qualité. La triangulation de cette analyse, réalisée au fur et à mesure de l'étude, a permis de s'affranchir de la subjectivité du chercheur, et d'adapter et recalibrer l'échantillonnage au cours de notre travail. Nous avons notamment élargi notre échantillonnage en termes d'origine géographique avec une prédominance de femmes originaires d'Afrique, représentatif des femmes demandeuses d'asile, mais également venant d'Amérique Latine, du Moyen Orient, et d'Asie. En revanche, nous n'avons pas interviewé de femmes originaires d'Europe de l'Est, ce qui aurait pu parfaire la diversité de notre échantillon.

#### **4. Résultats et littérature**

##### **a. Sécurisation résidentielle et administrative comme condition d'accès aux soins**

Les femmes demandeuses d'asile étaient particulièrement vulnérables au risque de violences sexuelles, en lien avec la précarité multifactorielle dans laquelle elles vivaient. Sans l'obtention d'une stabilité relative résidentielle et administrative, elles semblaient se trouver dans une logique où la question de l'accès aux soins ne se pose pas (11).

Des logiques similaires de repli sur soi, en réponse à l'absence de logement, sont retrouvées dans une étude qualitative menée auprès de mères sans domicile fixe (12). Les mères sans abris développent plus de stratégies d'adaptation évitantes et cognitives, ainsi que des taux significativement plus élevés de stress et de dépression, en comparaison avec des mères logées.

Ce syndrome d'« auto-exclusion », est bien décrit dans l'ouvrage du Dr Furtos, comme un syndrome de la précarité (8). Le sujet développe une anesthésie physique et émotionnelle pour survivre dans des conditions de précarité intense. Le refus d'aide est associé à ce repli sur soi, avec une incapacité à recevoir, entraînant une rupture active des liens et l'abandon des relations.

L'isolement et la désocialisation qui découlaient de l'instabilité résidentielle, étaient identifiés comme des facteurs de non-recours aux soins. L'intérêt de la prise en charge des besoins sociaux était essentiel afin d'assurer un ancrage dans le soin, en passant par un « chez soi » d'abord.

Les solutions d'hébergement d'urgence (115, hôtels) sont globalement saturés et insuffisants face à l'importance actuelle du phénomène migratoire (13). Seulement 48% des personnes demandant l'asile en France auront accès à un hébergement. Plus qu'un hébergement transitoire, les femmes étaient demandeuses d'un lieu de vie sécurisé et pérenne, sans quoi l'anxiété et le stress d'un retour à la rue imminent était toujours présent. L'amélioration des conditions d'accueil des femmes passe par

l'assurance d'un hébergement dès leur arrivée, conjointement à un accompagnement social adapté.

Surajouté à la problématique du logement, les femmes rapportaient des difficultés liées à leur statut administratif, avec des demandes d'asile refusées malgré le récit livré à l'OFPRA. L'article 60 de la convention d'Istanbul signifie pourtant la justification de l'« octroi du statut de réfugié lorsque la persécution avancée est fondée sur les violences à l'égard des femmes » (14). Des témoignages similaires sont retrouvés dans la littérature, rapportant des discours « non crédibles », le soupçon à leur égard, voir des demandes inadaptées telles que des enregistrements requérant la présence de conjoints violents. La mise en doute des récits orientait l'examen de l'asile vers une logique de sélection, amenant parfois les femmes à modifier leur récit et leur réalité pour légitimer leur demande (15). En pratique la prise en charge de ces persécutions passe, dès le dépôt de la demande d'asile, par l'obtention de la protection internationale et l'intégration pérenne en France.

#### b. Parole autour des violences sexuelles et bénéfiques sur la santé mentale

Les femmes victimes de violences présentaient des besoins spécifiques en lien avec les conséquences des violences sexuelles, puisque celles-ci affectent la santé dans tous ses aspects, physique, psychique et social (16).

Par manque de connaissance et de formation, le soignant peut être confronté à des sentiments négatifs (horreur, sidération, banalisation) empêchant une prise en charge et une écoute adaptée. Ces attitudes empêchaient l'émergence de la parole, que les femmes reconnaissent comme un élément central de « mieux-être » et de soulagement. Raconter son histoire est bénéfique, comme le souligne l'étude (17) menée auprès de femmes victimes de viols, concluant que l'ouverture aux autres et la parole sont des facteurs de guérison. Le recours à la restructuration cognitive, à l'expression des émotions et au soutien social diminuent de manière significative les symptômes de stress post traumatique ainsi que les conduites d'évitement.

Ainsi l'entretien ne doit pas se contenter de répondre au seul motif de consultation, ce qui suscitait dans notre étude des sentiments de non prise en charge voire de désintérêt. Le médecin doit faire preuve d'une approche « centrée patient », intégrant les facteurs de risque qui lui sont propres, et dans ce cas particulier liés aux violences sexuelles (18). Ce rôle d'accueil, d'écoute et de reconnaissance des violences, n'est pas inné et nécessite une sensibilisation et une formation adaptée.

Face aux incompréhensions et aux divers problèmes de communication pouvant prendre place entre les migrants et les professionnels de santé, la médiation interculturelle est un élément central de l'échange (19). La barrière de la langue pouvait limiter les interactions, mais c'est parfois les divergences de représentations et de convictions (représentation de la santé mentale, perception excessive de l'utilisation des thérapeutiques, techniques d'automédication) qui éloignaient les deux interlocuteurs.

La communication interculturelle renvoie au compromis, alliant la reconnaissance des valeurs et croyances de l'autre avec la création d'un projet de soin commun. Elle rétablit du lien entre les logiques de deux cultures, et via ce travail d'adaptation et de tolérance, amène à une relation de confiance où le patient se sent entendu et écouté (20) .

Outre les compétences relationnelles liées à l'interlocuteur, l'ouverture de la parole autour des violences sexuelles était liée à un « moment » spécifique, moment où les femmes étaient prêtes à en parler et à sortir du mutisme dans lequel elle se renfermait. Cette notion de temporalité est également retrouvée dans d'autres sujets « tabous », tel que l'étude (17) évaluant l'accès aux soins de jeunes mineurs sans abri. Elle retrouve la description de « moments clés » où les jeunes semblent plus susceptibles de se présenter aux soins médicaux et plus réceptifs à recevoir de l'aide. Ces moments doivent être reconnus et saisis par les professionnels de santé, afin de cibler les besoins spécifiques à chaque population. Il ne s'agit donc pas uniquement d'avoir accès aux soins, mais d'être entendu par un intervenant adapté à un moment spécifique.

Des espaces de parole, autre que les espaces médicaux, montraient également un impact bénéfique, autour de l'échange et de partage d'expériences. Les associations,

donnaient aux femmes l'accès à une communauté ayant traversé des épreuves similaires, créant un sentiment d'appartenance soutenant. Cet espace de parole bénéfique peut aussi être constitué par les proches, comme le souligne l'enquête Parcours (21), qui retrouve qu'un soutien social (proche, ami, parent) est lié à un niveau d'anxiété et de dépression plus bas chez les femmes migrantes Africaines.

### c. Contingence et difficultés d'accès aux soins

L'absence de recours aux soins que décrivait certaines femmes pose la question de la compréhension du fonctionnement du système de santé, de son accessibilité et des conditions d'accueil (22). Plusieurs freins d'accès aux soins étaient cités, tels que la complexité du système en lui-même, la barrière de la langue, ou les expériences de discrimination ou de rejet.

Dans un travail de doctorat mené dans plusieurs institutions sanitaires et sociales, le sociologue Antoine Rode s'est intéressé au non-recours aux soins des population « précaires » sur le plan socio-économique (23). Il décrit un présupposé assez spontané selon lequel le non-recours est équivalent à l'inaction et à la passivité. On ne peut partir du principe, dans le cadre des populations précaires, que les individus sont responsables seuls de leur recours aux soins, mais plutôt développer l'idée d'aller vers ces personnes (24) et de réinterroger l'effectivité des dispositifs (protection et services de soins).

Une revue de la littérature, portant sur la gestion des soins de santé dans le cadre des soins primaires pour les personnes sans domicile (25), met en lumière des interventions innovantes pour promouvoir la santé des réfugiés. Elle conclut que les programmes développant la prise en charge multidisciplinaire et en équipe, intégrant les soins de santé somatiques et mentaux avec les services sociaux, sont plus adaptés pour répondre aux besoins complexes des patients précaires (26). Des modèles de services colocalisés, avec des stratégies de proximité et un accès à bas seuil, donnent des retours encourageants (changement de statut social et de logement, accès et utilisation des services de soins de santé). Cette organisation conjointe psychosociale était implicitement demandée par les femmes, puisque se mêlaient en permanence dans les entretiens, les demandes sociales et médicales.

Ces dernières étaient parfois décrites comme insatisfaites, et non entendues par les professionnels de santé. L'absence de diagnostic, de solution à leurs plaintes posait la question d'une prise en charge réellement adaptée à leurs besoins. Ce point est traité dans l'étude portant sur l'accès aux soins primaires des travailleurs du sexe et de la rue (27). La voie vers de meilleures pratiques est centrée sur le développement de services de santé tenant compte des traumatismes, avec des cliniciens cohérents possédant des connaissances spécialisées. Dans ce sens une prise en charge adaptée au facteur de risque que constituait les violences sexuelles, semblait nécessaire même si pas toujours réalisé. Notre recherche retrouvait un dépistage IST non systématique, alors même que certaines femmes étaient bien identifiées comme victimes de violences sexuelles. L'étude RETARD (10) menée auprès de sujets séropositifs, retrouve que l'accès tardif aux soins est, en réalité, un accès tardif au dépistage. Sans connaissance du contexte de violences sexuelles, une prise en charge adaptée ne pouvait être réalisée, le lien entre les maux physiques et les violences sexuelles n'étant pas fait.

#### d. Évolution des représentations via le soin

Le regard sur les possibilités de prise en charge, les acteurs qui pouvaient intervenir et les bienfaits associés, n'étaient pas tant des conditions préalables à la prise en charge mais plutôt une évolution qui se faisait avec elle.

Le lien entre maux physiques et violences sexuelles se faisait avec le soin. Les expériences de paroles positives, transformaient la perception des violences sexuelles et de leurs conséquences ; la reconnaissance et l'écoute active par différents interlocuteurs (médecin, association, police...) légitimant leur prise en charge et leur mise à l'abri.

La vision de la santé mentale se transformait également suite aux échanges bénéfiques avec les psychiatres et les psychologues. Le regard sur les traitements médicamenteux, parfois péjoratif et méfiant au départ, était souvent poursuivi volontairement et source d'apaisement et de mieux être. Dans ce sens, une méta-analyse a été menée sur l'efficacité et l'acceptabilité des interventions psychosociales chez les demandeurs d'asile et les réfugiés (28) . Elle retrouve

conjointement à nos résultats, une amélioration des troubles psychiatriques (anxieux, SSPT, dépression), et une bonne acceptabilité lorsque ces interventions étaient mises en place.

A travers la découverte de la prise en charge des violences sexuelles émergeait alors la notion plus large des droits de la femme (reconnaissance de la parole, droit de porter plainte, droit à la justice). Cette notion de droit semblait dépendante de l'information donnée, elle-même fonction des interlocuteurs rencontrés. Il faut tenir compte du fait que les femmes victimes de violences peuvent ne pas être conscientes du fait que leur expérience peut être qualifiée de persécution ou de violence (29). Il s'agit d'informer les intéressées des droits dont elles disposent (30), avec une « information adéquate et en temps opportun sur les mesures légales disponibles, dans une langue qu'elles comprennent" (25) et de la légitimité de leur revendication de protection. La prise en charge des violences sexuelle inclut le fait qu'elles soient informées de leurs droits et qu'elles sachent où et comment obtenir de l'aide. La convention d'Istanbul (31) , a conduit dans ce sens, à adopter des mesures visant à assurer la sécurité des victimes (intervention de la police, dépôt de plainte) et faciliter la poursuite des auteurs des violences, et ce quel que soit leur statut légal.

Malheureusement pour beaucoup, cette prise en charge restait temporaire et le refus de la demande d'asile et la perte des droits en santé pouvait renvoyer à un sentiment d'exclusion dans l'accès aux droits des femmes. En effet c'est d'abord la précarité du statut qui entretient la précarité et la mise en danger des femmes. Cette nouvelle vision des possibilités et des droits , se heurtait à un sentiment d'injustice et de non protection, remettant en question la considération et les soins portés aux violences sexuelles.

## CONCLUSION

Le contexte social et d'isolement dans lequel vivent les femmes demandeuses d'asile engendre une dépriorisation du soin. Le récit des violences sexuelles vécues est déclenché par une attitude proactive autour du récit de ces violences, La prise en charge des conséquences des violences sexuelles entraîne la découverte des possibilités de soins physiques et psychiques, avec un lien de causalité qui se fait avec les symptômes.

L'abord des violences sexuelles se fait via le soin, et doit ouvrir plus largement sur une prise en charge globale de l'ensemble des conséquences physiques et psychiques qu'elles engendrent. Dans ce sens, l'accompagnement pluridisciplinaire, intégrant les soins de santé somatique, mentaux avec les services sociaux, est nécessaire pour répondre aux besoins complexes de cette population dans les dimensions psychologique, sociale, juridique et politique. D'autres études paraissent nécessaires pour évaluer l'impact de ces modèles d'exercice collaboratif sur la santé globale des femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Quelques faits et chiffres : la violence à l'égard des femmes et des filles. ONU Femmes. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
2. Violence à l'encontre des femmes. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Adanu RMK, Johnson TRB. Migration and women's health. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;106(2):179-81.
4. Les migrations de femmes sont-elles différentes de celles des hommes ? | Musée de l'histoire de l'immigration. Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-migrations-de-femmes-sont-elles-differentes-de-celles-des-hommes>
5. Piscitelli V, Iadicicco A, De Angelis D, Porta D, Cattaneo C. Italy's battle to identify dead migrants. *Lancet Glob Health.* août 2016;4(8):e512-513.
6. The impact of gender-based violence on the exiles' health. Disponible sur: <https://www.cabdirect.org/globalhealth/abstract/20193313634>
7. document\_travail\_2017\_229\_violences.sexuelles\_enquete.fr.pdf. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/26153/document\\_travail\\_2017\\_229\\_violences.sexuelles\\_enquete.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf)
8. Droits et obligations | OFPRA Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/protection-etat-civil/droits-et-obligations-des-protoges>
9. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures. 10 mai 2015 Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/17952>
10. Lahire B. La légitimité culturelle en questions. In: Regards croisés sur les pratiques culturelles. Paris: Ministère de la Culture - DEPS; 2003. p. 39-62. (Questions de culture). Disponible sur: <https://www.cairn.info/regards-croises-sur-les-pratiques-culturelles--9782110052766-p-39.htm>
11. admin-dev. Les conditions d'accueil des femmes réfugiées et demandeuses d'asile en France. Institut du Genre en Géopolitique. 2021. Disponible sur: <https://igg-geo.org/?p=2665>
12. Banyard VL, Graham-Bermann SA. Surviving poverty: stress and coping in the lives of housed and homeless mothers. *Am J Orthopsychiatry.* juill 1998;68(3):479-89.
13. FrC G. Femmes en demande d'asile : des parcours et expériences spécifiques. Forum réfugiés. Disponible sur: <https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-france/596-femmes-en-demande-d-asile-des-parcours-et-experiences-specifiques>
14. Femmes étrangères et demandeuses d'asile victimes de violences - Sénat . Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190711231.html>
15. Gatelier K. Les subalternes de l'asile : Pourquoi certains récits sont inaudibles. *E-Migrinter.* 25 nov 2021 ;(22). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/e-migrinter/2654>
16. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet Lond Engl.* 20 avr 2002;359(9315):1423-9.
17. Gutner CA, Rizvi SL, Monson CM, Resick PA. Changes in Coping Strategies, Relationship to the Perpetrator, and Posttraumatic Distress in Female Crime Victims. *J Trauma Stress.* déc 2006;19(6):813-23.

18. Violences envers les femmes : quelle prise en charge au cabinet médical ? Revue Medicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2457/violences-envers-les-femmes-quelle-prise-en-charge-au-cabinet-medical>
19. Masson E. stratégie soignante - La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. EM-Consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/261742/strategie-soignante-la-competence-culturelle-dans->
20. Tournier V. Croyances et maladies. Relations d'aide en situation d'interculturalité. Le Sociographe. 2010;32(2):42-53.
21. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A, Parcours study group. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. Lancet Public Health. janv 2018;3(1):e16-23.
22. André JM, Azzedine F. 6. Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? In: La santé des migrants en question(s). Rennes: Presses de l'EHESP; 2019 p. 75-86. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-p-75.htm>
23. Rode A. Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. :509.
24. Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. Lien Soc Polit. 2009;(61):149-58.
25. Jegu M, Abcaya J, Ştefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. Int J Environ Res Public Health. févr 2018;15(2):309.
26. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study | BMJ Open. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013610>
27. Potter LC, Horwood J, Feder G. Access to healthcare for street sex workers in the UK: perspectives and best practice guidance from a national cross-sectional survey of frontline workers. BMC Health Serv Res. 11 févr 2022;22(1):178.
28. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci. 11 févr 2019;28(4):376-88.
29. 16809663fd.pdf Disponible sur: <https://rm.coe.int/prems-089219-fra-2573-femmes-migrantes-brochure-web-a5/16809663fd>
30. Carles I. Les politiques de lutte contre les violences de genre en Belgique et les femmes migrantes : entre volonté de protection et contrôle migratoire. Droit Société. 2018;99(2):323-39.
31. La Convention en bref. Convention d'Istanbul</br>Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/the-convention-in-brief>

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

CNDA : Cours nationale du droit d'asile

GUDA : Guichet unique d'accueil des demandeurs d'asile

IST : Infection sexuellement transmissible

MST : Maladie sexuellement transmissible

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatride

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

SSPT : Syndrome de stress post traumatique

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”



**CONSTANCE DECLOITRE-AMIARD**

**CONTEXTE ET RECOURS AUX SOINS CHEZ LES FEMMES DEMANDEUSES D'ASILE VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES**

**DIRECTEURS DE THESE** : Dr KHOUANI Jeremy et Dr JEGO Maeva

**Soutenance le 10 novembre 2022**

**Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Marseille**

**RESUME**

Introduction

Les femmes en procédure de demande d'asile sont exposées au risque de violences sexuelles, avec un moindre recours aux soins malgré les conséquences physiques et psychiques qu'elles engendrent. Les professionnels de santé sont parfois les premiers interlocuteurs du récit de ces violences, et ont un rôle à jouer dans leur prise en charge. L'objectif de ce travail était de préciser le contexte de survenue des violences sexuelles et les logiques qui sous-tendent l'accès au soin des femmes demandeuses d'asile.

Méthode

Nous avons mené une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, dans le cadre d'une étude mixte séquentielle quantitative puis qualitative. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, à l'aide d'un échantillonnage théorique. Ils abordaient le récit des violences et les expériences de recours au soin. Ils étaient enregistrés, intégralement retranscrits, puis ont fait l'objet d'une analyse inductive triangulée par 2 chercheuses.

Résultats

Le parcours de soin des femmes était lié à leur situation résidentielle et légale. La précarité entretenait le risque de violence et la recherche de sécurité primait sur le recours au soin. L'entrée dans le soin était centrée en premier lieu sur les maux physiques et le récit des violences s'ouvrait à un moment adapté avec un interlocuteur formulant une demande active. La parole devenait source de mieux être et la prise en charge des violences sexuelles entraînait la découvertes des possibilités de soin, physique et psychique.

Discussion

L'abord des violences sexuelles passe par une approche centrée patient, intégrant les facteurs de risque propres aux femmes demandeuses d'asile. Celles-ci rapportaient un vécu positif des soins prodigués par des soignants proactifs vis à vis de la prise en charge des violences sexuelles. Au vu de l'impact bénéfique et de la proportion importante des femmes demandeuses d'asile ayant vécu des violences sexuelles au moins une fois dans leur vie, un dépistage systématique des conséquences de ces violences doit être réalisé par l'ensemble des soignants.

**MOTS-CLES** :

Violences sexuelles, viol, recours au soin, femmes demandeuses d'asile, SSPT