

L'éducation en santé sexuelle des personnes exilées : travail autour de la création de groupes de parole dédiés aux demandeurs-euses d'asile LGBTI+ à Nantes

Mémoire DU Santé des Migrants session 2018-2019
LE JOUBIOUX Clémence

PLAN

Introduction

I-La santé sexuelle

- 1- Définition et grands principes**
- 2- L'éducation en santé sexuelle**
- 3- La santé sexuelle des personnes LGBTI+**

II-La demande d'asile dans le cadre de l'orientation sexuelle

- 1- Contexte international : état des lieux de la législation dans le monde**
- 2- Cadre législatif de la demande d'asile à l'échelle nationale**
 - a) L'asile « conventionnel »**
 - b) La protection subsidiaire**
 - c) La demande d'asile en pratique sur le territoire français**
 - d) Les données chiffrées**
- 3-Les demandeurs d'asile LGBTI+ en France**
 - a) Contexte national**
 - b) Exemple d'une collaboration autour du droit d'asile et de la santé sexuelle**
 - c) Contexte local nantais**

III-Application concrète : réflexion et préparation d'ateliers d'éducation en santé sexuelle auprès des demandeurs d'asile LGBT suivis par la Commission Droit d'asile du Centre LGBTI de Nantes

- 1- Travail d'élaboration : nos constats, nos objectifs, nos questionnements**
 - a) Les objectifs éducatifs**
 - b) Les questions à se poser au préalable en équipe**
 - c) Comment sonder les besoins et attentes du public ?**
 - d) La question de la mixité versus la non mixité**
 - e) Le besoin de formation et les rôles des animateurs-trices**
 - f) Éducation populaire : un modèle à suivre ou à adapter ?**
 - g) Le choix de thèmes**
 - h) Créer une dynamique du groupe, diffuser les informations et instaurer le cadre**

Conclusion

INTRODUCTION

« Il est possible que la plupart des sociétés humaines aient interdit la plupart des formes d'expression sexuelle, non pas pour contenir les forces antisociales, mais pour assigner à la sexualité une importance qu'elle n'aurait pas eu autrement. Les contraintes et les interdits ont eu pour effet de rendre cette activité intense, chargée de passion, et unique. » (Gagnon, Simon, 1968)

La santé sexuelle correspond à un « processus continu de bien-être physique, mental et socio-culturel associé à la sexualité. Les Droits Humains posent la garantie de l'expression de la liberté de la sexualité individuelle dans le respect et la dignité, de ses partenaires et de relations sexuelles consensuelle. » (1) Si elle est parfois directement associée au versant « reproductif » (on parle alors de santé sexuelle et reproductive), elle l'est intrinsèquement au domaine de l'affectif et c'est ce qui en fait son caractère universaliste. Les programmes d'éducation et de promotion en santé sexuelle ont dû s'adapter aux bouleversements sociodémographiques et politiques ainsi qu'aux mouvances des rapports de dominations entre les différents groupes sociétaux.

Le terme LGBTI+ désigne les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres (ou transidentitaires), intersexes et toutes les personnes dont l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre ne correspondra(en)t pas au cadre binaire du genre et au diktat du désir imposés par les sociétés hétéronormatives et patriarcales. Aujourd'hui encore, dans pas moins de 70 pays à travers le Monde, l'homosexualité reste un acte répréhensible par la loi.

La migration en France liée à des violences subies dans le pays d'origine en lien avec l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle relève du Droit d'asile inscrit dans la Convention de Genève et dans le Code d'Entrée et de Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile.

Les conditions de vie et les violences subies au pays, celles vécues pendant le parcours migratoire et la politique de non accueil des personnes demandeuses d'asile à leur arrivée en France les placent dans une situation de vulnérabilité parfois extrême et la question de leur santé sexuelle apparaît préoccupante.

Nous nous intéresserons ici aux demandeurs-euses d'asile LGBTI+ accompagné-e-s dans leurs démarches administratives par la Commission Droit d'Asile de NOSIG, Centre LGBTI+ de Nantes. Le but de ce travail sera d'établir une réflexion sur la faisabilité, les objectifs et les moyens utilisés pour créer un espace libre d'échanges autour de la santé sexuelle et dédié aux demandeurs d'asile LGBTI+, qui en plus de pouvoir libérer leur parole, permettra d'aborder la question de l'éducation en santé sexuelle et toutes les interrogations que celle-ci soulève.

I-LA SANTE SEXUELLE : DE QUOI PARLE-T-ON ? A QUI PARLE-T-ON ? POURQUOI EN PARLE-T-ON ?

1-La Santé sexuelle : définition et grands principes

La santé sexuelle correspond à un champ très vaste qui recoupe l'éducation à la sexualité, la santé maternelle et infantile, les violences sexuelles, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la stérilité, l'aide médicale à la procréation, la santé reproductive, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Bien évidemment, ces questions interagissent entre elles. Tous les individus sont concernés, sans distinction de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, d'âge ou encore de situation socio-professionnelle.

De 2002 à 2010, a eu lieu une consultation technique de l'OMS sur la santé sexuelle (2). Ce travail a établi que la santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité, la possibilité d'avoir des relations sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence, et dans le respect des

droits sexuels des personnes. La définition proposée par l'OMS en 2002 est la suivante : « *La santé sexuelle est un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité , ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.* » Ce cadre d'analyse de la santé sexuelle intègre donc les Droits Humains (dont le respect est indispensable à une bonne santé sexuelle) associés à des dimensions cognitives, émotionnelles, sociales et physiques. Cette définition n'est cependant pas consensuelle et n'est pas ratifiée par tous les pays.

L'OMS Europe et une résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe datant de 2004 préconisent le déploiement d'une stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive. Le constat récemment fait à ce sujet suggère que les programmes qui placent la sexualité au centre des stratégies de santé pourraient être plus efficaces que ceux qui utilisent une approche centrée sur les maladies et donc une vision très « *pathologisante* » de la sexualité.

On peut facilement dégager **3 enjeux** autour de la santé sexuelle :

- 1 - L'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans une **approche globale de santé**
- 2 - L'information et l'éducation dans une **approche universelle** et adaptée à chaque **contexte socio-culturel**
- 3 - La promotion et la protection de la santé sexuelle dans une **approche respectueuse des Droits Humains**.

Lorsqu'on parle de santé sexuelle, il est nécessaire de prendre en compte une interaction complexe de facteurs :

Le niveau « macro »: les lois, leurs interdictions et leurs préconisations, qui agissent sur la société

Le niveau « intermédiaire »: environnement local, réseaux sociaux, les aspects culturels, économiques, politiques, influencent les variables telles que l'accès à des services et des informations

Le niveau « micro »: les caractéristiques innées de l'individu et les caractéristiques acquises

Par ailleurs, Joëlle MIGNOT propose de dégager **7 voies de la sexualité** qui peuvent servir de cadre malgré les difficultés individuelles et collectives de leur mise en application (3) :

1- L'autonomie se définit comme le fait de se gouverner par ses propres lois. Concernant le champ de la sexualité, cela renvoie l'individu à se déterminer dans sa sexualité par lui-même, à choisir et agir librement, et à assumer son particularisme ou le décalage par rapport aux normes sociales et culturelles imposées par une société (que l'on peut considérer comme hétéronormatives et empreintes de rapports de dominations) et une temporalité. Avec les enjeux d'éducation en santé, cette notion renvoie à celle de **l'empowerment**, l'objectif éducatif n'étant pas d'imposer une vision de la sexualité et des comportements sexuels prédéfinis mais plutôt de renforcer les capacités des individus à vivre leur sexualité comme ils le souhaitent.

2- Le consentement renvoie à la notion d'autorisation et de liberté, d'acceptation réfléchie et totale. Il ne s'agit pas seulement d'autoriser l'autre, il s'agit également de s'autoriser soi-même à désirer, à avoir du plaisir, à dire non. La notion de « consentement informé ou éclairé » est liée à la prise de décision autonome, sans contrainte. Savoir et pouvoir dire oui, savoir et pouvoir dire non, sont des signes de bonne santé sexuelle.

3- L'égalité permet une forme d'horizontalité dans la relation, sans domination sous-jacente. La liberté lui est indissociable.

4- La réciprocité correspond à un état, un sentiment, une relation ou une action qui implique l'intention ou l'obligation de rendre l'équivalent de ce qu'on a reçu. Les actions de donner, recevoir, échanger...sous-tendent la question du don, de la gratuité et de la gratitude. Cela met en perspective les questions de violences et d'abus sexuels, de la domination d'un sexe ou d'un genre sur un autre et de la valeur marchande du sexe.

5- Le respect se définit comme l'action de prendre en considération une chose, de l'envisager juste et bonne, et de ne pas y porter atteinte. Il s'agit de considérer l'autre avec égards, de prendre en compte sa dignité et sa potentielle vulnérabilité. Sur le plan collectif, il se réfère au refus d'abuser de sa force ou de son droit.

6- La sécurité est un état d'esprit confiant et tranquille, un sentiment d'être à l'abri du danger. Les deux types de sécurité, active (réduire la probabilité des incidences) et passive (prévention secondaire) sont

complémentaires en santé sexuelle. La sécurité est alors considérée transversalement, intégrant à la fois la santé sexuelle individuelle et collective notamment par l'application des Droits Humains pour tout individu.

7- La satisfaction est tributaire de critères subjectifs et affectifs. Elle est la voie la plus complexe, elle renvoie notamment au vécu individuel d'une sexualité « satisfaisante » et au plaisir sexuel. La dimension subjective de la satisfaction en matière de santé sexuelle rend plus difficile son implication en santé publique.

2- Éducation en santé, santé sexuelle et Promotion de la Santé : Où va-t-on ?

Les 7 principes sus-cités laissent place à une réflexion autour de ce que pourrait être l'éducation en santé sexuelle auprès de populations vulnérables. Encore faut-il identifier les publics porteurs de vulnérabilités, qu'elles soient psychiques, physiques, socio-administratives, économiques ou systémiques, intrinsèques ou extrinsèques. Il a été mis en évidence que des facteurs comme la pauvreté, l'inégalité entre les genres et plus globalement les discriminations subies par les minorités sexuelles contribuent à la transmission des IST mais plus globalement à une altération de la santé sexuelle. La stratégie qui en découle n'a plus pour unique objectif de résoudre les problématiques liées à la sexualité mais également de participer à la promotion de la santé par une démarche pluridimensionnelle. L'absence d'informations (dont peuvent être victimes les personnes en situation d'extrême précarité ou d'isolement à l'instar des demandeurs d'asile LGBTI+), des carences éducatives dans le domaine de la santé ou même l'évolution dans une société où la législation est répressive et où les questions de l'identité de genre et l'orientation sexuelle restent tabous sont responsables de difficultés pouvant avoir de graves répercussions sur l'estime de soi, son identité et la capacité à mener des relations intimes sécurisantes. Beaucoup de personnes ne sont pas à l'aise pour aborder ces difficultés avec les professionnels de santé qu'ils sont amenés à rencontrer et peuvent avoir le sentiment que ceux-ci ne soient pas assez sensibles ou suffisamment à l'aise pour aborder ces questions (4) C'est pourquoi les programmes d'information et d'éducation en santé sexuelle doivent cibler des populations spécifiques en s'adaptant aux contextes socioculturels de l'individu et de sa communauté.

Pour promouvoir une vie sexuelle et reproductive sûre et satisfaisante, il faut associer et intégrer les stratégies de santé publique, le risque de transmission des IST pouvant être en lien avec les rapports sexuels non protégés et des violences sexuelles par exemple. La transmission d'IST est plus fréquente chez les personnes vulnérables car elles sont stigmatisées, subissent des discriminations et vivent dans des conditions précaires. En France, les services de soins ayant pour missions la lutte contre les IST et la planification restent à ce jour encore séparés et financés par des décideurs différents (l'État versus les départements).

Les stratégies de santé publique doivent abandonner l'approche « risque sexuel » pour aller vers une approche plus globale et une vision liée davantage au bien-être. En éducation à la sexualité, il serait pertinent d'intégrer la déconstruction des rapports sociaux de genre tout en respectant la transmission des valeurs culturelles. Il s'agit d'abandonner une vision centrée sur les maladies de la santé sexuelle et de l'aborder avec une vision positive.

L'Enquête de la CIPD réalisée en 2014 (5) a permis de mettre en évidence des indicateurs mondiaux inquiétants dans les axes de la santé sexuelle et reproductive. Par exemple, en ce qui concerne les IST, l'incidence annuelle a augmenté de 40% en 20 ans.

Le document de l'OMS de 2010(6) décrit les différents points qu'il serait optimal d'aborder dans les programmes de santé sexuelle. Ces derniers devraient idéalement se baser sur les principes énoncés par *Toskin et al* en 2013 à savoir l'autonomie, le bien être, l'épanouissement, la promotion et la protection des droits humains et la reconnaissance du rôle central de la sexualité.

Concernant la santé sexuelle (sans le volet reproductif), les programmes de Santé Publique en France depuis 50 ans ont eu une **approche thématique verticale** (7) :

- problèmes liés à l'**orientation sexuelle**

- problème liés à l'**identité sexuelle**
- **problèmes sexuels** (préoccupations, difficultés, dysfonctions).

Des populations spécifiques ont été identifiées comme ayant besoin d'intervention en santé sexuelle et/ou reproductive car elles sont vulnérables à ce niveau : les jeunes, les personnes en situation de handicap physique ou porteuses d'une maladie chronique, les personnes incarcérées, les personnes LGBTI+, les personnes migrantes étrangères, les usagers de drogues intraveineuses, les travailleurs-euses du sexe.

« La sexualité étant un aspect fondamental de la vie humaine, elle comporte des dimensions physiques, psychologiques, spirituelles, sociales, économiques, politiques et culturelles. De plus, on ne saurait comprendre la sexualité sans faire référence au genre, ni à la diversité qui est une caractéristique fondamentale de la sexualité. Cela ne veut pas dire que ces comportements n'existent pas ou doivent être exclus du débat dans le contexte de l'éducation sexuelle » (UNESCO)

Parce qu'elles sont susceptibles de bousculer le modèle de sexualité normative, les mentalités ancrées et les idées traditionnelles se rapportant à l'identité de genre et l'orientation sexuelle, l'éducation en santé sexuelle et liée au genre reste décriée dans de nombreux pays et elle y est même parfois inexistante. Notre comportement sexuel et nos représentations liées à la sexualité sont en partie conditionnés par notre environnement politique, social et économique. Ainsi, les images de la femme et de l'homme véhiculées par la société, l'appartenance à une confession religieuse, la présence d'interdits et de préjugés serviront consciemment ou non de référence pour construire sa propre sexualité.

3-Santé sexuelle des personnes LGBTI+ en France

Nous avons cité plus haut les populations chez qui a été mise en évidence une vulnérabilité dans le champ de la santé sexuelle. La communauté LGBTI+ en fait partie, de même que les personnes nées à l'étranger et nous nous intéresserons ici spécifiquement aux personnes LGBTI+ d'origine étrangère.

L'orientation sexuelle a des conséquences sur la santé des individus sur les plans biomédical, socio-professionnel et psychologique, or on remarque que peu d'études ont été menées sur l'impact de l'homosexualité sur la santé des femmes (on peut citer Women's Health Initiative(WHI) publié en 2000). Or, contrairement à une pensée courante, le lesbianisme ne protège pas des IST et les femmes homosexuelles doivent pouvoir bénéficier de campagnes de sensibilisation et de promotion à la santé sexuelle, au même titre que les femmes bi- ou hétérosexuelles.

La communauté gay, quant à elle, a connu, après une révolution sexuelle dans les années 1960-1970, l'impact dévastateur du VIH/SIDA dans les années 1980. Entre stigmatisations et concept de « santé gay », les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) sont tout aussi concernés par l'éducation en santé sexuelle. On note l'absence d'étude spécifique sur la santé sexuelle (dans sa globalité) des personnes LGBTI+ d'origine étrangère et vivant en France or il existe un besoin réel et urgent de travailler autour de cette question. Le Rapport d'AIDES(8a) en 2015 rapportait que lors de ses campagnes de dépistage, 17 % des HSH, 42 % des hommes hétérosexuels nés à l'étranger et 29 % des femmes nées à l'étranger faisaient le test pour la première fois. Le nombre de diagnostic de séropositivité au VIH et celui de cas de syphilis chez des HSH augmentent depuis une quinzaine d'années. En 2016 ils représentaient 44% du nombre total de découvertes d'infection au VIH, plus de 85% des cas de syphilis et deux tiers des cas de gonococcies(8b)

Il est aujourd'hui clairement établi que la précarité administrative, sociale et financière porte atteinte à la santé des personnes et potentialise l'expansion des épidémies. L'étude menée par le groupe ANRS-Parcours (12) a ainsi démontré que le risque de contamination chez les populations immigrées est accentué par des parcours migratoires aux conditions sanitaires catastrophiques, par des conditions de vie précaires et par l'insécurité qui peuvent marquer les premières années de vie en France. Les résultats de l'étude montrent que près de la moitié

des personnes enquêtées, vivant avec le VIH et originaires d'Afrique subsaharienne, ont été contaminées après leur arrivée en France.

Selon les dernières données de Santé publique France (9), sur 6003 découvertes de séropositivité au VIH en France en 2016, près de 39 % concernent des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger. Parmi elles, 80 % sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. En ce qui concerne les HSH diagnostiqués, 20 % sont nés à l'étranger. Au total, les personnes nées à l'étranger représentent près de la moitié de l'ensemble des nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH. Concernant l'hépatite B, on estime que sa prévalence s'élève à 5,25 % parmi les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France métropolitaine, soit huit fois plus qu'en population générale (10). Le risque d'avoir été en contact avec le virus de l'hépatite C est, quant à lui, trois à quatre fois plus important pour les personnes immigrées que pour le reste de la population (11). Les personnes immigrées constituent donc des cibles prioritaires dans la lutte contre les épidémies de VIH et d'hépatites B et C.

II- LE DROIT D'ASILE DES PERSONNES LGBTI+ EN 2019

1-État des lieux de la législation relative à l'orientation sexuelle à l'échelle internationale

Concernant les droits des personnes LGBTI+, on relève dans le monde trois niveaux de législation :

- les lois de reconnaissance
- les lois de protection contre le préjudice et la haine
- les lois de criminalisation des pratiques ou des expressions sexuelles

En 2007, les Principes de Jogjakarta voyaient le jour. Ils reflètent « *l'état actuel du droit international des droits humains (...) et affirment les normes juridiques internationales obligatoires auxquelles les États doivent se conformer* »(13) Selon l'étude sur les représentants LGBT, ces Principes « *ont joué un rôle crucial dans la création d'une terminologie OSIG[orientations sexuelles et identités de genre] désormais utilisée par un nombre de plus en plus important d'acteurs de l'ONU et d'États membres* ». (14)

Le rapport de l'Ilga (International Lesbian Gay association) en 2019 (cf Carte n°1) a établi que 70 pays possédaient une législation répressive envers les individus LGBTI+(15). Les sanctions encourues par les personnes LGBTI+ peuvent être des peines de prison, des actes de torture ou encore des travaux forcés. Six d'entre eux condamnent toujours les homosexuels-les à la peine de mort. Pour de nombreuses personnes LGBTI+ dans le monde, l'exil est le seul moyen de survivre aux répressions et de pouvoir jouir de leurs libertés. Récemment, les questions liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre n'ont cessé de gagner l'intérêt des médias, de la société civile et des pouvoirs publics qui imposent des normes infondées, sans distinction entre identité de genre, caractères sexuels, expression de genre et orientation sexuelle. L'émancipation de ses normes et des rapports de domination apparaissent comme des priorités implicitement citées dans les textes de lois mais finalement négligées par certains groupes d'individus porteurs de privilèges.

Il a été montré que pour atteindre un développement humain intégral, les personnes LGBTI+ doivent surmonter de multiples barrières en lien avec leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre. Des études réalisées dans différents pays ont montré que, comparées aux personnes non LGBTI+, les personnes LGBTI+ gagnent moins d'argent, ont moins d'opportunités d'emploi, vivent davantage dans la pauvreté, sont en moins bonne santé, rencontrent des obstacles à l'éducation et font l'expérience de la violence et du rejet familial (16). En plus de l'exclusion et de la discrimination communautaire, les personnes LGBTI+ sont confrontés à des cadres législatifs répressifs. Ci-dessous le rapport 2019 de l'Ilga :

Légalité des rapports sexuels entre personnes de même sexe = 123 États membres de l'ONU

21 États d'Afrique/20 États d'Asie/48 États d'Europe /26 États d'Amérique/8 États d'Océanie

Illégalité des relations sexuelles entre personnes de même sexe = 70 États membres de l'ONU

Afrique : 33 États /Asie : 22 États /Amériques : 9 États/Océanie : 6 États /Europe : 0

Peine de mort pour les relations sexuelles entre personnes de même sexe = 6 Etats membres de l'ONU (3 en Asie et 3 en Afrique) où elle est appliquée de façon effective, 5 Etats membres de l'ONU où elle est « possible » (4 en Asie, 1 en Afrique)

Interdiction de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle inscrite dans la Constitution = 9 Etats membres de l'ONU

Mariage ouvert aux couples de même sexe = 26 États membres de l'ONU

Afrique : 1 État/Amériques : 7 États/Europe : 16 États/Océanie : 2 État/Asie : 0 Etats

2- Le cadre législatif de la demande d'asile en France

a) L'asile conventionnel

Le droit d'asile relève de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés qui reconnaît l'asile à toute personne qui *«craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays»*(17). Le bénéfice du statut de réfugié-e, tel que garanti par la Convention de Genève, suppose la réunion de plusieurs critères: la crainte d'une persécution et que celle-ci relève d'un des motifs conventionnels. La crainte doit être :

→ **personnelle** : sont exclues les situations et mesures générales, comme les situations de guerre ou d'insécurité générale sauf à démontrer une crainte personnelle.

→ **actuelle** : même si les faits sont anciens, les risques encourus en cas de retour dans le pays d'origine sont toujours avérés. La persécution doit atteindre un seuil de gravité importante et avoir eu lieu de façon répétée. Le guide des procédures et critères à appliquer pour déterminer le statut de réfugié-e du Haut-Commissariat aux réfugiés (HCR) circonscrit la persécution aux menaces *«contre la vie et la liberté»*, aux *«violations graves des droits humains»* et aux *«discriminations » «lorsqu'elles conduisent à des conséquences gravement préjudiciables à la personne»*.

L'absence de protection de l'État d'origine rentre également en compte. Les auteurs des persécutions ne se limitent cependant pas aux autorités étatiques. En effet, les violences peuvent également provenir :

→ de partis ou d'organisations qui contrôlent l'État

→ d'acteurs non étatiques (famille, groupuscule politique, communauté religieuse, etc...) dans la mesure où l'État n'offre pas de protection effective à l'individu persécuté.

En revanche, l'asile peut être refusé si des autorités autres que l'État peuvent offrir une protection ou que la personne peut trouver une protection dans une autre région de son pays.

Les motifs de la crainte de persécution sont un des critères principaux de jugement de la délivrance du statut de réfugié. Seuls sont retenus les motifs suivants :

- la race
- la religion
- la nationalité
- l'appartenance à un certain groupe social
- les opinions politiques.

L'article L. 711-2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile(CESEDA) dispose que *«s'agissant des motifs de persécution, les aspects liés au genre et à l'orientation sexuelle sont dûment pris en considération lorsqu'il s'agit de déterminer l'appartenance à un certain groupe social»*. (18)

b) La protection subsidiaire

Le texte en vertu de l'article L. 712-1 du CESEDA énonce que : *«Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié et pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes : la peine de mort ou une exécution; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ; s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.»* Le risque réel de subir des atteintes graves pouvant donner lieu au bénéfice de la protection subsidiaire peut être fondé sur des événements survenus après que le demandeur d'asile ait quitté son pays d'origine ou à raison d'activités qu'il a exercées après son départ du pays, notamment s'il est établi que les activités invoquées constituent l'expression et la prolongation de convictions ou d'orientations affichées dans son pays.

Il existe deux types de protection subsidiaire en France, selon que le demandeur d'asile ait la capacité ou non de fournir aux autorités françaises des papiers d'identité.

Dans les deux cas, le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé pour une période de quatre ans, renouvelable. A noter qu'avant la Loi Asile Immigration de 2018, la protection subsidiaire était délivrée pour une seule année, et qu'elle l'est à présent pour 4 ans. De manière générale, le renouvellement de la protection subsidiaire est tacite.

c) La demande d'asile en pratique sur le territoire français

Aux termes de l'article L. 741-1 du CESEDA, tout étranger ou étrangère présent-e sur le territoire national qui souhaite déposer une demande d'asile doit préalablement s'adresser à une plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (PADA) afin d'enregistrer sa demande auprès du guichet unique(GUDA) qui sont en fait situés au sein des Préfectures. Les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile sont des associations missionnées par l'État, elles ont répondu à un appel d'offre et sont dans l'obligation théorique de répondre à leurs engagements dont le principe est d'accompagner les demandeur-euses d'asile dans leurs démarches concernant leur demande d'asile. Il s'agit non seulement de les informer des différentes étapes, de les aider à remplir le formulaire d'enregistrement de la demande d'asile et de prendre rendez-vous au GUDA.

En 2018, les trois PADA ayant enregistré le plus de demandes d'asile sont (dans l'ordre) : Paris (CAFDA et FTDA), Créteil, Nantes (FTDA). Les délais – que ce soit pour avoir un rendez-vous à la PADA ou celui pour obtenir un rendez-vous au GUDA – s'allongent au fil du temps, laissant les individus de façon prolongée en situation irrégulière, allongeant le délai d'obtention de droits sociaux (Allocation des Demandeurs d'Asile (ADA), CMU-C, etc...) et risquant de les faire basculer dans une procédure de demande d'asile qui leur serait préjudiciable. En effet, il existe trois types de procédures de régulation de la demande d'asile :

1)La Procédure « Normale » : la demande est enregistrée dans un délai de 90 jours suivant leur arrivée en France

2)La Procédure « Accélérée » : la demande est enregistrée au delà de 90 jours suivant leur arrivée en France

3)La Procédure « Dublin » : les demandeurs d'asile sont réadmis vers un autre pays européen autre que la France où le demandeur d'asile a laissé ses empreintes avant d'arriver sur le territoire français. La procédure Dublin concernait 40% des DA en France en 2017.

La nouvelle Loi Asile Immigration, adoptée définitivement par l'Assemblée Nationale le 1er Août 2019 et en application depuis janvier 2019, a drastiquement précarisé le parcours de l'asile en France et complexifié les démarches. Les demandeurs-euses d'asile ont 21 jours pour envoyer leur récit de vie (qui doit décrire « dans les détails » les persécutions dont ils ont été victimes) à l'OFPRA. Après un certain délai pouvant aller de quelques semaines à quelques mois, la personne est convoquée à l'OFPRA dont le siège est situé en région parisienne, où il devra -au cours d'un entretien pouvant durer une à deux heures - expliciter à un Officier de

Protection, en présence d'un interprète si nécessaire, les raisons qui ont motivé sa demande d'asile. Dans le cas des demandeurs d'asile LGBTI+, ces derniers doivent convaincre leur interlocuteur non seulement de leur orientation sexuelle (ou identité de genre) mais également du risque de violences dans leur pays d'origine en raison de celle-ci. Après un délai de plusieurs semaines à plusieurs mois, la personne reçoit une réponse de l'OFPRA. En cas de réponse positive, l'individu obtient le statut de réfugié ou la protection subsidiaire comme décrits ci-dessus.

En cas de réponse négative, la personne a quinze jours pour faire une demande d'aide juridictionnelle avec l'aide d'un avocat et il revient à la Cour Nationale du Droit d'Asile (également située en Ile de France) d'instruire le recours. La personne sera convoquée pour une audience devant la CNDA, et y sera défendue par son avocat. En cas de réponse positive, la personne reçoit son statut de réfugié ou la protection subsidiaire. En cas de réponse négative, la personne est considérée comme déboutée du Droit d'Asile. Les personnes reçoivent une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) sauf en cas de recours ou de demande d'un autre titre de séjour, manœuvre souvent orchestrée par le tissu associatif et non par la personne seule, du fait de la complexité des démarches, d'une méconnaissance des dispositifs (par rétention d'information des pouvoirs publics) et parfois à cause de la barrière de la langue.

Certaines personnes déboutées vont, avec le soutien et l'aide d'associations, demander un réexamen de leur demande d'asile. Si la demande de réexamen est acceptée, la personne sera confrontée au même parcours que pour la première instruction de sa demande d'asile.

D'autres vont avoir la possibilité de faire une demande titre de séjour pour un autre motif.

d) Les données chiffrées

Des statistiques globales sur les demandes d'asile en France sont disponibles dans le rapport annuel de l'OFPRA (19) et dans les rapports provenant du travail d'autres associations telles que la Cimade (20). En 2018, le nombre total des demandes d'asile introduites à l'Ofpra a atteint les 123 625 (1ères demandes, réexamens, réouvertures, mineurs accompagnants inclus), ce qui témoigne d'une hausse de près de 22,7 % du flux de demandes par rapport à 2017, soit un rythme d'augmentation supérieur aux deux années précédentes (+ 17,5 % en 2017 et + 7,1 % en 2016).

Les pays de provenance des demandeurs d'asile étaient principalement (dans l'ordre) : l'Afghanistan, la Guinée, l'Albanie, la Géorgie, la Guinée, la Côte d'Ivoire et la Syrie.

3-Les demandeur-euses d'asile LGBTI+ en France

a) Contexte national

Comme vu précédemment dans ce travail, 70 pays dans le monde ont encore une législation répressive envers les personnes LGBTI+ donc en lien avec l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Au-delà du cadre législatif de ces pays, la pression communautaire, familiale, religieuse peut parfois faire fi des lois reconnaissant les droits aux personnes LGBTI+. Les individus sont alors victimes non pas des lois mais d'une discrimination illégale. La diffusion des informations relatives aux personnes LGBTI+ via les médias donne davantage de visibilité à ces dernières, et peut contribuer à les rendre plus vulnérables aux persécutions. Ainsi, dans plusieurs pays d'Afrique, la mise en avant et/ou en lumière de la communauté LGBTI+, notamment à travers la création d'associations, a pu donner lieu à des prises de parole et positionnement politiques ainsi qu'à de violentes campagnes de presse et d'intimidation.

En France, la Révolution Française avait marqué un tournant dans l'histoire de la législation autour de l'homosexualité en la rendant légale jusqu'au début des années 1940. En pleine Seconde Guerre Mondiale, l'État Français du Maréchal Pétain avait de nouveau condamné les rapports entre personnes de même sexe. C'est en 1981, après plusieurs années de lutte menée par les Groupes de Libération Homosexuelle, que

L'homosexualité est retirée de la liste des maladies mentales (mais la dysphorie de genre, qualifiant le trouble dont seraient atteintes les personnes transgenres y est encore incluse). L'année suivante, en 1982, l'homosexualité est dépénalisée. En 2013, la loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples homosexuels a été adoptée, non sans contestation de la part de la société civile conservatrice. Il est d'ailleurs à noter qu'en 2017, on relevait +4,8 % de témoignages de LGBTIphobies de plus (2ème année de hausse), et une augmentation de 15 % d'agressions physiques (21).

En France, le fait que les motifs de demandes d'asile n'aient pas le droit d'être révélés et que certains demandeurs d'asile n'aient pas recours à un soutien associatif, il n'existe à ce jour pas de statistiques fiables mais les rapports d'activité des associations peuvent en partie éclairer sur ce sujet, sans pour autant établir de recueil de données nationales fiable. Un certain nombre de Centre LGBTI implantés en France ont développé en leur sein une action d'aide aux demandeurs d'asile LGBTI+, avec pour objectif principal de faciliter leurs démarches, les aider à construire leur récit de vie, les préparer à l'entretien à l'OFPRA lors duquel ils doivent non seulement convaincre de leur appartenance à la communauté LGBTI mais également d'une crainte de persécutions en cas de retour dans leur pays d'origine.

b) Travail associatif autour du droit d'asile et de la santé sexuelle : l'exemple de la coalition des causes défendues par l'ARDHIS et AREMEDIA

L'ARDHIS, association française pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour, est née en 1998. C'est la plus grosse association française d'accompagnement des demandeurs d'asile LGBTI et elle est habilitée par l'OFPRA. En 2017, 75% des demandeurs-ses d'asile accompagnés par l'ARDHIS étaient originaires d'Afrique sub-saharienne contre 56% entre 2005 et 2009(22). Une de ses nombreuses actions est de faire le lien avec certaines antennes régionales et d'accueillir les demandeurs d'asile provenant d'autres régions que l'Ile de France la veille de leur entretien OFPRA, en leur proposant un logement sur Paris.

En parallèle, l'ARDHIS a développé en 2018 un partenariat avec AREMEDIA, une association parisienne proposant du dépistage hors les murs. Avec le soutien du CEGIDD de Ferdinand Widal, ils ont proposé non seulement un accès facilité à un dépistage gratuit et anonyme pour les personnes prises en charge par l'ARDHIS, mais également un projet éducatif autour de la prévention des IST, avec notamment un projet autour de la pair-aidance via la formation par des professionnels de santé du CEGIID de personnes ressources issues de cette population et identifiées comme telles par leurs pairs.

c) Contexte local nantais :

Le Centre LGBTI+ de Nantes, plus communément appelé NOSIG (Nos Orientations Sexuelles et Identités de Genre) est une association qui milite contre les discriminations envers les personnes LGBTI+ et pour la visibilité de la communauté LGBTI+ au sein de la société. L'association fonctionne en plusieurs commissions en fonction du public cible et des activités proposées. En 2015, devant l'arrivée croissante de demandeurs d'asile LGBTI+ sur Nantes, quelques bénévoles ont monté la Commission Droit d'asile afin d'aider et d'accompagner les personnes dans leurs démarches, de la construction de leur récit jusqu'au recours CNDA voire à la demande de réexamen. La Commission travaille main dans la main avec l'ARDHIS notamment pour l'accueil et l'hébergement sur Paris des personnes convoquées à l'OFPRA. Au fur et à mesure, la Commission a réussi à recruter de plus en plus de bénévoles afin de répondre au flux émergent d'exilés en raison de persécutions dans leur pays d'origine en lien avec leur orientation sexuelle.

Les données statistiques concernant l'activité de la Commission sont détaillées en annexe. En résumé, 157 demandeur-euses d'asile ont au moins une fois été rencontrés par un membre de la Commission depuis 2015. On observe depuis le début une nette prédominance masculine (près de 80% des personnes rencontrées), les pays les plus représentés sont la Guinée (45%), le Cameroun (20%) et la Côte d'Ivoire (6%). Le nombre de dossiers en cours reste très alarmant, élevé à 46%, témoin de la précarisation inconsiderée des individus qui

restent dans l'attente d'une convocation ou d'une réponse et qui sont alors restreints dans leurs démarches et leur construction de vie. Comment peut-on s'épanouir quand on est en sursis ? L'insécurité sanitaire, administrative et sociale dans laquelle sont placés ces individus fige totalement leur épanouissement personnel, qu'il soit socio-culturel, affectif ou professionnel.

Afin de justement dépasser l'isolement subi par ce public vulnérable, une conviviale dédiée à tou-te-s les demandeurs-euses d'asile est organisée une fois par mois dans les locaux de l'association, lors de laquelle sont proposés goûters, jeux, et parfois des sorties en extérieur.

Actuellement, nous sommes 19 bénévoles dont 9 autonomes dans les entretiens et 10 en observation. Notre travail s'appuie en grande partie sur la collaboration avec l'unique employée de NOSIG qui les accueille au quotidien, collecte les informations nécessaires au montage du dossier et relaie les informations auprès des bénévoles de la Commission. Depuis peu, des activités de loisir sont proposées aux demandeurs-euses d'asile : footing en groupe, visite au musée le 1er dimanche du mois, pique-niques solidaires, etc...

III-L'EDUCATION EN SANTE SEXUELLE AUPRES DES DEMANDEURS D'ASILE LGBTI+ : NOS MOTIVATIONS, NOS OBJECTIFS, LEURS ATTENTES, LES MOYENS UTILISES

1- Travail d'élaboration : nos constats, nos objectifs, nos questionnements

Les demandeurs d'asile LGBTI+ sont, comme tout être humain, concernés par la question de la santé sexuelle, mais également mis en difficulté pour accéder à des espaces d'échange, d'information et de dépistage, notamment à cause de barrières transculturelles, linguistiques, et de l'accès aux soins rendu difficile par leur situation, parfois d'extrême précarité. D'autre part, la connaissance par leur communauté en France de leur homosexualité peut avoir des répercussions très néfastes et reproduire les mêmes violences dont ils ont été victimes dans leur pays.

Leur appartenance à la communauté LGBTI+ les placent de facto dans une situation à risque accru d'IST notamment en ce qui concerne les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH). Cumulant un certain nombre de facteurs susceptibles d'impacter leur santé sexuelle et affective sans pour autant avoir un accès simple au système de Droit Commun en matière de santé (dans sa globalité, y compris au dépistage mais également à un lieu d'écoute effectif), nous avons souhaité leur proposer des ateliers d'éducation en santé sexuelle.

Pour monter ce projet, nous étions cinq personnes : trois bénévoles de l'association (une interne en médecine générale, un psychologue, un travailleur social en poste à SIS animation, association qui propose des ateliers autour de la santé sexuelle auprès des jeunes) une stagiaire en études d'assistante sociale et la salariée du centre (DUT carrières sociales et licence professionnelle Politique de la ville).

En premier lieu, interroger leurs envies et leurs attentes nous semblait indispensable, de la même façon qu'un atelier autour de l'accès aux soins en France dans la situation bien particulière des demandeurs d'asile nous semblait incontournable. Nous avons fait le choix de travailler avec eux et non pour eux, de manière inclusive et communautaire.

Par ailleurs, il nous semblait primordial d'aborder la santé sexuelle de façon positive, en restant centrés sur les individus, leurs représentations et leur vécu plutôt que sur les maladies et les pathologies liées à l'activité sexuelle, comme le suggère la définition de la santé sexuelle dictée par l'OMS en 2002 que nous avons largement commentée précédemment. Notre but était donc d'établir une réflexion sur de l'éducation non formelle s'appuyant aussi bien sur la notion d'Empowerment (« renforcer la capacité d'agir des personnes ») que sur les outils d'éducation populaire qui visent depuis 150 ans à renforcer les capacités et compétences des classes populaires à reprendre le contrôle de leur vie et de leur environnement en faisant des choix de façon autonome. Le Conseil de l'Europe a apporté son soutien à l'éducation non formelle et « recommande que les gouvernements des Etats membres [...]réaffirment que l'éducation non formelle constitue aujourd'hui une dimension fondamentale du processus d'apprentissage tout au long de la vie ».(23) (24)

a) Les questions que nous nous sommes posées au préalable (concernant les groupes de parole)

- Quel doit être le cadre et quelle posture adopter pour que chacun-e puisse s'exprimer, être entendu-e par l'animateur mais également par les autres membres du groupe dans le respect et l'écoute mutuelle?
- Comment contenir des débordements imprévisibles en lien avec des histoires de vie dont certains traumatismes sont directement liés à la vie sexuelle ?
- Comment déterminer les sujets à aborder à chaque session ?
- Comment insuffler une dynamique de groupe alors que celui-ci risque de se modifier régulièrement ?
- Comment créer un cadre le plus sécurisant possible pour les personnes (lieu, horaires, règles...) ?

b) Les objectifs éducatifs

Les objectifs de tels ateliers ont été posés en équipe et basés sur une approche prenant en compte des principes tels que l'Empowerment et des outils d'éducation populaire. Ils ont été énoncés ainsi :

- Mobiliser et renforcer les connaissances et compétences des demandeurs-euses d'asile LGBTI+ au sujet de la santé sexuelle et affective afin de faciliter leur recours aux structures de dépistage, de prévention et d'informations, de prévenir les maladies ou leur aggravation
- Créer un espace d'échanges sous forme de groupe de parole autour de la santé sexuelle, de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle
- Informer les demandeurs-euses d'asile sur leurs droits dans le domaine de la santé, sur le parcours de soins vers une autonomie complète dans le système de droit commun et prévenir les risques psychosociaux liés à des situations administratives complexes et précaires

Nous nous arrêterons un instant pour parler d'un des objectifs les plus abstraits et en même temps le plus solide en terme de principe d'approche populationnelle et de santé communautaire, celui de l'*empowerment*, processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action, de décision et d'influence sur leur environnement et leur contexte de vie. Par ce biais, c'est bien le *pouvoir d'agir* que nous souhaitons voir renforcé chez les demandeur-euse-s d'asile. Quand on parle d'empowerment, il est question de *conscientisation* des individus et de la *posture* de leurs interlocuteurs-trices.

c) Comment sonder les besoins et attentes du public ?

Pour mieux appréhender leurs besoins, leurs envies et leurs attentes, nous nous sommes appuyés sur un questionnaire à questions pour la grande majorité fermées (cf glossaire), diffusé à deux reprises pendant des temps conviviaux. Il était anonyme et les participants pouvaient poser leurs questions librement aux bénévoles en cas de compréhension difficile des questions. Le questionnaire était également disponible sur la dropbox de la Commission pour que les bénévoles puissent le proposer aux personnes qu'ils.elles rencontraient en entretien individuel pendant la période de recueil. Vingt-deux personnes ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 77% semblent ressentir le besoin d'échanger sur les questions de vie affective et/ou sexuelle, en non mixité imposée (soit 17 personnes sur 22 interrogées), le principal frein restant la gêne et le caractère tabou de cette thématique. Une personne explique, par exemple, que dans son pays d'origine il est dangereux d'être homosexuel et qu'encore aujourd'hui il préfère donc rester discret sur sa sexualité. Parmi les thématiques suscitant le plus d'intérêt, on trouve les discriminations, la sexualité, la vie affective et les applications de rencontre. Certains semblent également vouloir échanger autour des lieux de rencontre LGBTI+. 91% des personnes interrogées déclarent vouloir participer à des ateliers de prévention en santé sexuelle, soit 20 personnes sur 22 (2 personnes n'ayant pas répondues). Plus précisément, un besoin d'information sur les maladies sexuellement transmissibles (Comment ça se transmet ? Comment se protéger?) est très largement partagé. Dix-sept personnes ont dit souhaiter des ateliers mixtes, deux personnes ne le souhaitent pas. Concernant le cadre spatio-temporel, les réponses sont très hétérogènes. Il semble que les personnes soient

plus disponibles l'après-midi (15h-17h) les mardi, mercredi, jeudi ou dimanche, et le soir (18h-20h) les lundi, vendredi, samedi ou dimanche.

Le champ de notre étude s'en tiendra par la suite à étudier la réflexion autour des groupes d'échanges. Nous nous sommes interrogés sur la légitimité de notre intervention dans des groupes de parole ouverts aux demandeurs d'asile LGBTI+, notre légitimité en tant que personnes blanches natives et hétérosexuelles pour certaines d'entre nous. Notre réflexion à ce sujet nous a poussés à réfléchir plus en profondeur sur les modalités du groupe de parole que nous voulions proposer aux participant.e.s. Nous nous sommes posés six questions principales, alors même que nous avons déjà essayé de répondre à deux d'entre elles (à savoir les objectifs de notre action et les attentes du groupe). Il s'agissait de la question de l'interprétariat, celle de la mixité de genre dans les groupes et celle de la légitimité de notre intervention en tant que personnes blanches, natives, et hétérosexuelles pour la plupart d'entre nous. Ces deux questions se rejoignaient. Enfin, nous nous sommes posé la question de la formation nécessaire, indispensable, des intervenants et leurs rôles. Afin de répondre au mieux à ces questions et aux attentes des individus, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec deux demandeurs d'asile (H. Et J. d'origine guinéenne pour le premier, camerounaise pour le deuxième) dont nous pourrions voir les avis concernant chaque question au fur et à mesure de la réflexion suivante (en italique dans le texte).

d) La question de la mixité versus la non-mixité

« Je trouve ça mieux si nous, les participants, on n'est que des personnes LGBT mais pour les animateurs, ça pose aucun problème » H.

« Pourquoi des groupes non mixtes ? Nous on peut parler sexualité avec des filles. Il faut leur poser la question...mais ça serait bien de proposer les deux, un groupe avec que des garçons, un avec que des filles et un autre tous ensemble » J.

Dans un article paru en 2017, Christine Delphy énonçait l'idée que *« la non-mixité n'est en fait oppressante que lorsqu'elle est subie, au même titre que peut être oppressante une mixité ou une proximité subie. Et si la mixité choisie[...] constitue un objectif pour les dominé-e-s, le chemin qui y mène passe nécessairement par des moments de non-mixité choisie[...] La pratique de la non-mixité est tout simplement la conséquence de la théorie de l'auto-émancipation. L'auto-émancipation, c'est la lutte par les opprimés pour les opprimés. »*(25) Par ailleurs, elle énonçait que les « dominé.e.s » développaient malgré eux une sorte d'admiration vis à vis des « dominant.e.s » qui donne par le fait même encore plus de poids à ces derniers. Actuellement, dans le tissu associatif et militant français, on peut observer trois groupes sociaux pour lesquelles la question de la non-mixité se pose, à savoir : la non-mixité liée au genre, liée à l'orientation sexuelle et enfin celle à la racisation...se posant ainsi et très nettement la question de l'intersectionnalité chez les demandeurs-euses d'asile LGBTI+. Le caractère tabou de la sexualité dans nos sociétés aurait pu laisser imaginer une volonté de non -mixité de genre pour les groupes de parole...mais les entretiens ont démontré le contraire (pour les 2 hommes interrogés). Ainsi faudrait-il proposer des groupes en mixité de genre et d'autres en non-mixité. Concernant la mixité « raciale », puisque c'est ainsi qu'elle est nommée et admise par la société, il a été admis que tant que la posture du non-jugement, du respect et de l'absence totale de rapport de domination était tenue par les intervenants, alors celle-ci serait acceptée et non délétère. A noter que pour les autres ateliers, nous avons explicitement posé la question et qu'ils ont pu exprimer leurs préférences.

e) L'interprétariat dans des groupes de parole

Beaucoup de questionnements ont découlé au sujet de l'interprétariat : en quelles langues proposer les groupes ? Allons-nous nous limiter au français et l'anglais ? Allons-nous réunir tout le monde et traduire en direct pour que tout le monde puisse suivre ? A cause des difficultés pour trouver des interprètes en d'autres langues que l'anglais et capables de retranscrire le plus objectivement possible les paroles des participants, nous avons

décidé de nous limiter aux deux langues que sont le français et l'anglais. Toujours pour une question d'objectivité optimale, nous avons décidé de scinder en deux groupes les personnes francophones et celles anglophones.

d) Le besoin de formation des animateurs-trices et leurs rôles

« *L'animateur, il doit donner les buts et trouver un sujet qui intéresse tout le monde* » H.

« *Le médiateur doit encourager les uns et les autres pour que chacun puisse trouver sa place. Il doit installer le cadre et faire l'introduction.* » J.

Animer un groupe de parole – dans le sens d'en être le médiateur-trice, garant du cadre et force de proposition en terme d'organisation - ne relève en aucun cas de compétences sociales ou médicales acquises lors des cursus standards. Il nous semblait donc impératif de se former. Une multitude de formations existent en France, mais elles restent inabordables avec le budget associatif tributaire des subventions. Nous avons donc pris le parti de nous auto-former à l'animation d'un groupe de parole. Les personnes interrogées parmi les demandeurs d'asile nous disaient être rassurées et confiantes dans le fait que les animateurs-trices soient des personnes sensibilisées à leurs problématiques et qui les connaissent personnellement pour certains. L'intérêt de faire appel à un.e professionnel.le en dehors de la Commission nous semblait donc être une solution peu efficace. Par ailleurs, le psychologue travaillant à nos côtés était lui-même animateur de groupes de parole dans son activité professionnelle et il était d'accord pour nous transmettre son savoir. De mon côté, j'avais suivi une formation à l'entretien transculturel auprès d'une psychologue, dans le cadre de mon activité de bénévole auprès des mineurs non accompagnés à Médecins du Monde. Enfin, trois d'entre nous ont suivi une formation à l'Intervention en sensibilisation aux discriminations (ISD) proposée par une Commission spécifique de NOSIG et animée par des formateurs compétents en ISD et diplômés en éducation populaire.

f) Éducation populaire : un modèle à suivre ou à adapter aux objectifs et aux spécificités du public?

Le concept de l'éducation populaire n'a pas été conçu « pour changer » ou pour être « ludique », mais pour déconstruire les cadres possiblement aliénants qui nous empêchent de co-construire des idées, d'échanger et d'élaborer. Un des grands principes est de libérer la parole en mettant de côté autant que possible les oppressions et les rapports de domination internes au groupe. L'émancipation des représentations normatives (à l'origine de discriminations) et des stéréotypes ne peut se faire que dans un climat sécurisant de confiance, de respect, où l'Autre n'est pas là pour juger mais pour apporter sa vision dans la discussion et donc possiblement faire prendre conscience, au reste du public, de certains concepts qui jusqu'ici seraient restés obscurs. Tel est le schéma du groupe de parole que nous imaginions : partir de ses propres expériences personnelles, de son vécu et de son histoire, pour déconstruire ensemble nos représentations et aborder un sujet - en l'occurrence la santé sexuelle - dans sa globalité et défaire de préjugés. En fait, l'éducation populaire revient à faire le lien avec le vécu et les savoirs *expérientiels* de chacun.e.

Nous nous inspirerons de 3 des 5 grandes étapes d'un atelier d'éducation populaire, à savoir :

- 1) Accueillir, créer le groupe avec aménagement d'un espace agréable et sécurisant, en posant le cadre (qui doit être validé par les participant.e.s)
- 2) Faire connaissance d'égal à égal (et ainsi s'émanciper des normes habituelles de légitimité)
- 3) Libérer la parole et favoriser une construction collective des savoirs

g) Le choix des thèmes

« *Le thème doit être décidé à l'avance pour avoir le temps d'y réfléchir avant et pour être sûr d'aller à un groupe où le sujet nous intéresse* » H.

« Pour commencer, il faudrait un thème très global, pour que tout le monde se sente concerné. Puis on décide de la date du prochain groupe à la fin du précédent, comme pour le thème. Mais les nouveaux sont les bienvenus dans chaque groupe. » J.

Importante question que celle du choix des thèmes : en premier lieu, de qui vient l'idée ? Bien évidemment, il nous semble nécessaire que les participants déterminent ce sur quoi ils vont partager. L'idée de choisir à la fin du groupe le sujet à traiter une prochaine fois a été retenue. Si le groupe n'arrive pas à se décider ou ne trouve pas de sujet intéressant, une liste regroupant différents thèmes pourrait leur être proposée. Il sera également possible de s'appuyer sur des clips vidéo courts, réalisés par l'INPES(A), Santé Publique France(B) et l'Université d'Eté Euroméditerranéenne des Homosexualités(C), à savoir des films qui abordent la sexualité dans sa globalité (dont un spécifiquement, qui montre des témoignages de personnes LGBTI+) et qui pourraient être le point de départ d'une discussion ou d'un débat d'idées. Il s'agira d'être vigilants car certains extraits concernent la systémie des couples de personnes hétérosexuelles.

Qu'en est-il pour le premier groupe ? Un thème « global » comme l'appelle J. , ou générique, en questionnant leurs représentations, nous semble être une bonne introduction. « La santé sexuelle, pour vous, qu'est-ce que c'est ? » est une question qui pourrait amener les participant.e.s à une réflexion partagée, une sorte de brainstorming qui libérerait la parole et créerait un socle, une base commune pour construire ensemble une réflexion autour de la santé sexuelle. De ce groupe découlerait les différentes voies de la santé sexuelle et donc des thèmes à traiter ultérieurement.

h) Créer une dynamique de groupe, diffuser les informations, créer un cadre

« Les textos c'est bien. Il faudrait un groupe de mail aussi pour ceux qui ont une adresse. Mais tout le monde n'en a pas donc les textos c'est bien aussi. » H.

« Le terme groupe de parole ne va pas être compris par tout le monde, ce n'est pas la peine de tout écrire dans le texto mais il faut bien expliquer au début de la séance et laisser ceux qui ne sont pas prêts partir » J.

La très grande majorité des demandeurs-euses d'asile LGBTI+ suivis à NOSIG possède un portable, beaucoup moins ont une adresse mail qu'ils.elles consultent régulièrement. Quatre moyens seront utilisés pour informer les personnes de la tenue d'un groupe de parole et du thème retenu par le groupe : un texto envoyé à tous une semaine à l'avance, un mail envoyé à tous ceux qui ont une adresse mail, des affiches aux murs de NOSIG (où les demandeurs d'asile viennent pour leurs entretiens et pour se poser dans la journée) et enfin un message oral diffusé lors de la conviviale mensuelle. Il a été convenu, pour ce dernier moyen de communication, que J. et H. , régulièrement présents aux conviviales, pourraient eux-mêmes prendre la parole pendant les conviviales et prévenir leurs pairs avec leurs propres mots et vision du groupe de parole.

Les groupes ne seraient pas fermés à de nouveaux participants. Parce que les difficultés intrinsèques et extrinsèques des demandeurs-euses d'asile ne leur permettent pas toujours de s'inscrire dans des activités de façon régulière et dans le souhait de respecter la capacité des personnes à se livrer et échanger avec d'autres sur un sujet aussi intime que leur santé sexuelle, les groupes seraient mouvants, la base commune et la dynamique du groupe resteraient les mêmes de par le respect du cadre à savoir : arriver à l'heure (avec un temps de latence de 15min pour permettre à ceux logeant loin du Centre d'arriver), respecter la parole de l'autre, le non-jugement, la bienveillance et enfin l'absence de tout propos discriminatoire (sexiste, raciste, LGBTIphobe, classiste, validiste...). Le cadre devra être accepté par tout.es les participant.e.s qu'eux-mêmes pourront enrichir si ils le souhaitent. Le rythme des groupes non mixtes serait mensuel, et les groupes mixtes pourraient se retrouver tous les 2 mois.

Enfin, pour diffuser des informations concrètes pouvant répondre aux questions (parfois non posées) des demandeurs-ses d'asile, nous avons voulu proposer un info-kiosque avec un certains nombres de brochures/livrets d'informations créés par l'INPES sur tous les sujets susceptibles de les intéresser. La

documentation papier (de même que les DVDs) provenaient de l'Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé et du CEGIDD.

CONCLUSION

Le parcours de vie et de soins des demandeur-euses d'asile LGBTI+ en France reste complexe et le lien entre leur statut de réfugié, leur orientation sexuelle et les violences subies dans leur pays d'origine peut rendre l'abord de la santé sexuelle difficile. Les discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle restent toujours bien présentes dans l'hexagone en 2019 et les conditions de vie et d'accompagnement vers le soin des personnes exilées ne facilitent pas l'éducation en santé et l'investissement dans des activités dédiées au sein des structures de droit commun. Proposer un espace d'échange autour de la santé sexuelle à destination des demandeur-euses d'asile soulève de multiples questions : la nécessité ou non de la non-mixité, la formation des intervenants et leurs représentations quant aux attentes du public concerné, l'interprétariat et les outils utilisés. En s'appuyant sur une vision positive de la santé sexuelle, définie par un « état de bien être » dans sa sexualité, en se basant sur les principes de l'éducation populaire et sur l'empowerment, nous espérons pouvoir favoriser la libération de la parole tout en respectant l'intimité et la dignité des individus.

La question qui viendra se poser si nos objectifs sont atteints reste celle du transfert vers le droit commun, version utopiste de l'ingérence des politiques actuelles à accueillir et soigner les populations exilées.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ATELIERS SANTE SEXUELLE ET AFFECTIVE

1)Souhaiteriez-vous pouvoir discuter en groupe (non mixte, ça veut dire que entre hommes ou que entre femmes et seulement avec des personnes LGBTIQ+) des questions autour de la sexualité?
Would you like talking and sharing opinions in a group (no mixed and only with other LGBT people) about sexuality?

Oui/yes Non/no

2)Si vous avez répondu oui, y a-t-il des sujets que vous désireriez particulièrement partager en groupe ? *Are there subjects you would particularly talk about in group ? (if yes, which?)*

-le sentiment amoureux/les relations affectives oui/yes non/no
-love feelings/affective relationships

-le consentement : qu'est ce que c'est ? oui/yes non/no
-the consent : what is it ?

-sexualité et plaisir oui/yes non/no
sexuality and pleasure

-les discriminations (homophobie et racisme) oui/yes non/no
-discriminations (homophobia and racism)

-les applications de rencontre oui/yes non/no
-meetings apps

autres/others :

3)Si vous avez répondu non à la première question, pouvez vous expliquer pourquoi?
If you have answered no at the first question, could you explain why ?

3)Souhaiteriez vous participer à des ateliers d'information et de prévention autours des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites, ect...)? *Would you like participate to a meeting (for informations and prevention) about HIV, hepatitis and others sexually transmitted deseases(STD) ?*

4)Si vous avez répondu oui, quels sujets vous intéresseraient le plus ? *If you have answered yes, which subjects would you want to talk about ?*

- - - -

5)Si oui, souhaiteriez que cet atelier d'information et de prévention soit mixte (hommes et femmes présents ensemble au même atelier)? *If yes, would you prefer it's mixed or not ? (it means men and women are together for this group)*

oui/yes

non/no

5)Quels jours et quels horaires vous conviendraient le plus? *Which days and hours it would be the finest for you ?*

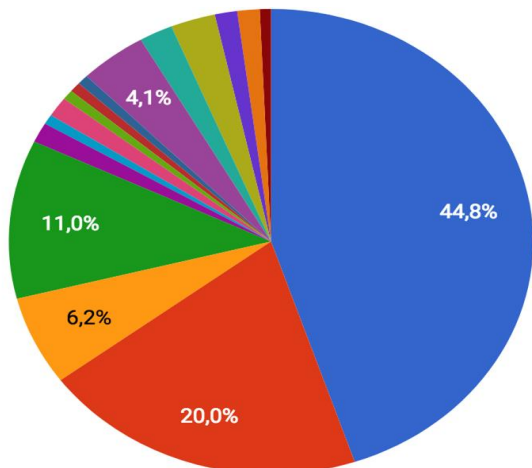
Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

Le matin/*in the morning*

L'après midi/*in the afternoon*

Le soir/*in the evening*

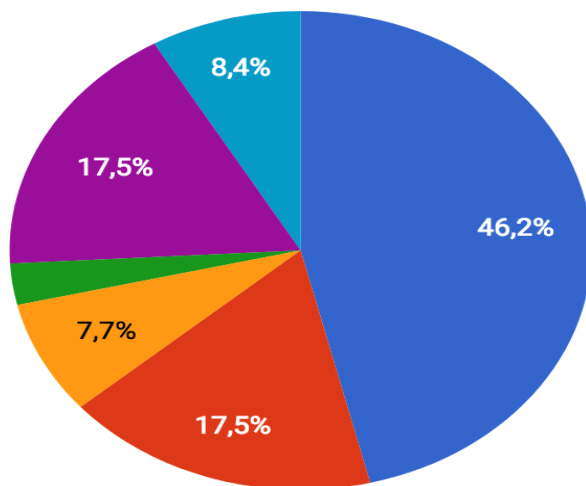
ANNEXE 2 : STATISTIQUES DE LA COMMISSION DROIT D'ASILE DE NOSIG



● Guinée ● Cameroun ● Côte d'Ivoire ● Nigéria ● Arménie ● Tunisie
● Tchad ● Gambie ● Sénégal ● Mali ● Burkina Faso ● R.D. du Congo
● Congo ● Togo ● Gabon ● Niger

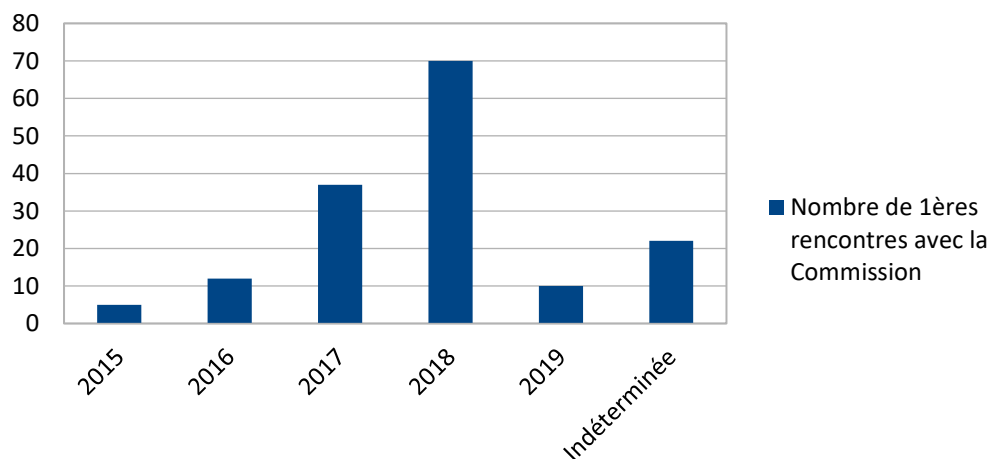
PAYS D'ORIGINE		
Nombre total d'entrées dans les données	156	Pourcentage
Guinée	65	45%
Cameroun	29	20%
Côte d'Ivoire	9	6%
Nigéria	16	11%
Arménie	2	1%
Tunisie	1	1%
Tchad	2	1%
Gambie	1	1%
Sénégal	1	1%
Mali	1	1%
Burkina Faso	6	4%
R.D. du Congo	3	2%
Congo	4	3%
Togo	2	1%
Gabon	2	1%
Niger	1	1%
TOTAL	145	100%

Statut des demandeurs d'asile (pour 142 personnes)

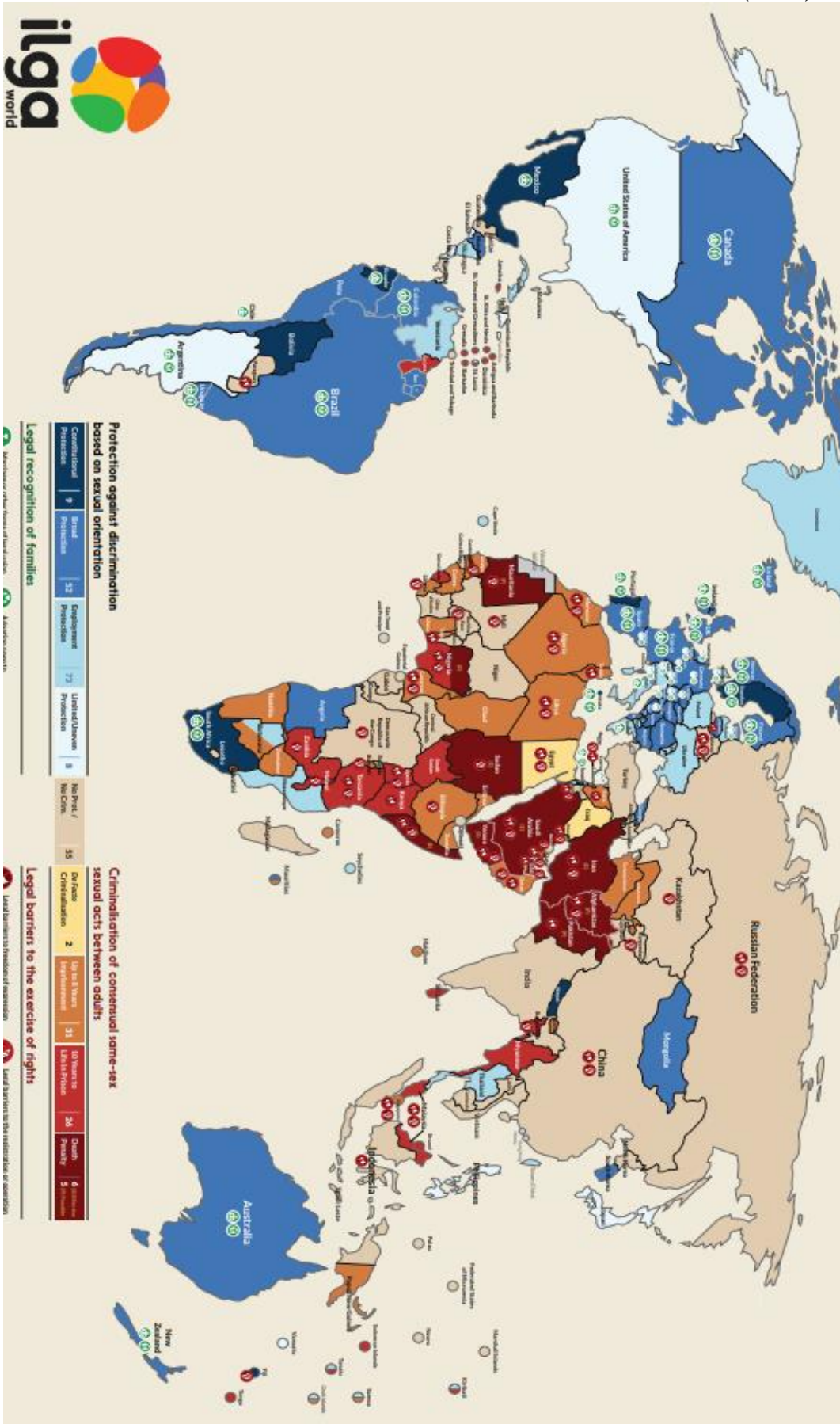


● en cours ● oui OFPRA ● oui CNDA
● plus suivi par NOSIG ● Pas d'informations ● non

Année du 1er contact avec NOSIG



ANNEXE 3 : CARTE ILGA : ETAT DE LA LEGISLATION CONCERNANT LE DROIT A L'ORIENTATION SEXUELLE DANS LE MONDE (2019)



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Santé sexuelle et Droits Humains, TROUSSIER T et MIGNOT J. , chapitre 1.1.2 Qu'est ce que la santé sexuelle ? Qu'est ce que la sexualité humaine ? p.7
- (2) OMS/WHO (2010) Developing sexual Health Programmes : A Framework for Action, Worls Health Organization WHO/RHR/HRP/10.22
- (3) Santé sexuelle et Droits Humains, TROUSSIER T et MIGNOT J. , chapitre 2 Les 7 voies de la santé sexuelle
- (4) Marwick, 99
- (5) CIPD (2014). Rapport du secrétaire général des Nations Unies, Assemblée Générale, 12 février 2014. *Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au programme d'action de la Conférence Internationale sur la population et le développement*
- (6) Santé Sexuelle et Droits Humains, TROUSSIER T MIGNOT J., Promouvoir la santé sexuelle et reproductive dans les programmes de Santé publique
- (7) TOSKIN I, HAWKES S, GARCIA MORENO C, CACERES C, ZOHRABYAN L (2013) « Sexual health : Conceptual framework and recommendations for indicators » *Sex.Transm.Infect*, n°89, pp 7-8
- (8a) Rapport VIH, Hépatites : la face cachée des discriminations, AIDES, 2015
- (8b) [4] Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 8 novembre 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 8 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes. Point epidemiologique du 28/11/2017>
- (9) Santé publique France, « Infection par le VIH et IST bactériennes : données épidémiologiques », 29/11/17
- (10) Brouard Cécile (coord. scienti.), « Hépatites B et C, données épidémiologiques récentes », *BEH*, n°13-14, 17 mai 2016
- (11) Ibid
- (12) Desgrées du Loû Annabel, Lert France (dir.), *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, La Découverte, juillet 2017.
- (13) Sonia Onufer Correa, Vitit Muntarhorn, *Principes de Jogjakarta*, Introduction, 7 mars, 2007, www.yogyakartaprinciples.org/principles_fr.
- (14) Karsay, *How Far Has SOGII Advocacy Come*, p. 8.
- (15) Rapport ILGA 2019
- (16) M.V.L. Badgett, et al., *LGBT Inclusion and Economic Development: An Analysis of Emerging Economies* (Los Angeles: The Williams Institute, 2014), pp. 20-27.
- (17) Convention de Genève
- (18) Code d'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)
- (19) *A l'écoute du Monde*, Rapport d'activité 2018 de l'OFPPRA, avril 2019 https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ofpra_ra_2018_web_pages_hd.pdf
- (20) <https://www.lacimade.org/rapport-dactivite-ofpra-2018-cartographie-de-la-demande-dasile-en-france/>
- (21) Rapport annuel de SOS homophobie https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2018.pdf
- (22) AIDES_RAPPORT DISCRIMINATIONS 2018
- (23) Les éducations en santé - Éducation en santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours, Stéphane TESSIER, éditions MALONE
- (24) Recommandations (2003) 8 du Comité des ministres aux Etats membres sur la promotion et la reconnaissance de l'éducation non formelle des jeunes
- (25) La non mixité une nécessité politique, Domination Ségrégation et auto-émancipation, par Christine Delphy, 20 novembre 2017 <http://lmsi.net/La-non-mixite-une-necessite>
- (26) http://www.education-populaire.fr/methodes-en-vrac/?fbclid=IwAR0I_HIQRPVcyh--opFAtwlrftXmxagoKWikfg3hiAQ29A26xKNm4tSK6oE

FILMOGRAPHIE :

- (A) 3 films courts de prévention du sida : Pour les populations africaines vivant en France et pour les jeunes, INPES et Ministère de la Santé et des Solidarités
- (B) La Sexualité, Série Pour comprendre, Santé Publique France
- (C) Etre et se vivre homo, Université d'été euroméditerranéenne des homosexualités