BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

Santé publique France

N° 17-18 | 25 juin 2019

Populations migrantes : violences subies et accès aux soins
// Migrant populations: Violence experienced and access to care

Coordination scientifique // *Scientific coordination*
Catherine Cavalin, *Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, France ; Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (Irisso, UMR CNRS-Inra 7170-1427), Université Paris-Dauphine, Paris, France*

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Santé des personnes migrantes, parcours d'exils, violences subies : un enjeu pour l'ensemble du système de santé
// Migrants' health, exile journey, violence suffered: An issue for the entire health system ..... p. 310

Luc Ginot et coll.
Agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris, France

ARTICLE // Article

Violences subies et état de santé : résultats et enseignements de santé publique tirés de bilans infirmiers réalisés en Île-de-France auprès de populations migrantes (octobre 2015-juillet 2018)
// Violence and health: Results and public health lessons learned from nursing assessments carried out in Île-de-France among migrant populations (October 2015-July 2018) ..... p. 312

Evans Engliz-Bey et coll.
Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, France

ARTICLE // Article

Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s
// The impact of gender-based violence on the exiles' health ..... p. 327

Marie Petruzzi et coll.
Comité pour la santé des exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, France

ARTICLE // Article

Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir
// Migration path, reported violence and self-perceived health status among migrant women accommodated in emergency hotels in Île-de-France. Dsafhir studie ..... p. 334

Armelle Andro et coll.
IDUP, EA134, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris, France

ARTICLE // Article

Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France
// Refusal to provide healthcare because of CMU and AME reported by homeless women living with their family housed in Île-de-France ..... p. 341

Garance Perret et coll.
Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris, France

ARTICLE // Article

Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins exerçant en France pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français
// Catch-up vaccination practices of French physicians for migrants arriving in France ..... p. 351

Nicolas Vignier et coll.
Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur http://invs.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Isabelle Bonmarin, Santé publique France ; Sandrine Danet, HCAAM ; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Annabel Rigou, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : http://www.santepubliquefrance.fr
Prépresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

ÉDITORIAL // Editorial

SANTÉ DES PERSONNES MIGRANTES, PARCOURS D'EXILS, VIOLENCES SUBIES : UN ENJEU POUR L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

// MIGRANTS' HEALTH, EXILE JOURNEY, VIOLENCE SUFFERED: AN ISSUE FOR THE ENTIRE HEALTH SYSTEM

Luc Ginot[1], Christine Laconde[2], Aurélien Rousseau[1]

[1] Agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris, France
[2] Samusocial de Paris, Paris, France

La santé des personnes migrantes et exilées préoccupe les acteurs de notre système de soins, et ce n'est pas le premier BEH qui nous alerte. Cette inquiétude s'aggrave en proportion de l'avancement des connaissances et traverse l'ensemble des pays européens[1]. Les enjeux sont majeurs, d'abord pour les personnes concernées : l'impact sanitaire de la violence de leur parcours et des conditions de leur exil est dramatique, et désormais transgénérationnel. Mais, la capacité de notre système de santé à innover pour répondre à des besoins précis, parfois peu exprimés, et vis-à-vis desquels la réponse doit être adaptée, est aussi questionnée.

Ce numéro spécial présente de riches travaux, qui ouvrent d'importantes voies d'action.

Trois articles documentent la complexité de l'analyse épidémiologique et l'importance d'une précision de l'approche clinique.

L'équipe de l'Observatoire du Samusocial de Paris montre dans le premier article de ce numéro que la fréquence des violences vécues est très élevée, d'après les bilans infirmiers mis en place à l'initiative de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. Mais surtout, cet article explique comment seule la formulation progressivement plus explicite des questions liées à ces violences dans le protocole d'examen a permis d'approcher la réalité des pathologies. L'équipe du Comité pour la santé des exilés (Comede) donne la mesure de la fréquence et des liens entre violences de genre et pathologies, dans une approche clinique éclairante. Le fait que presque un cinquième des antécédents de viols chez les femmes migrantes sans hébergement se soit produit en France confirme la perception des travailleurs sociaux et des acteurs de la solidarité, d'une façon d'autant plus dramatique que l'on connaît le nombre important de personnes à la rue. Cette persistance d'une exposition forte au risque de violence en France se retrouve chez les femmes hébergées à l'hôtel, étudiées dans le cadre de l'enquête Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France (Dsafhir). Celle-ci démontre également la possibilité et la nécessité d'une description et d'une compréhension du parcours migratoire, considéré comme un facteur de risque à analyser avec attention.

C'est, de façon plus générale, l'attitude des professionnels de santé que questionnent deux autres articles. L'enquête Enfants et familles sans logement (ENFAMS) met en exergue la fréquence inacceptable des situations de refus de soins. Celle-ci est probablement sous-estimée et nécessite une mobilisation spécifique. Surtout, elle montre comment le refus de soins n'est pas un évènement isolé, mais s'inscrit dans – et contribue à – un contexte de dégradation globale de la prise en charge des usagères. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle touche ici des femmes et familles avec des enfants, une fois de plus exposées à un cumul de facteurs d'atteinte à la santé. À l'inverse, nombre de soignants s'interrogent sur les meilleures modalités de réponse aux besoins sanitaires des populations migrantes et bâtissent des solutions. L'étude sur les pratiques de rattrapage vaccinal publiée dans ce numéro illustre, autour de trois situations archétypales, les interactions entre caractéristiques du médecin et pratiques, et la nécessité de référentiels adaptés. La généralisation de tels référentiels serait à la fois un élément facilitant et un indicateur d'une meilleure prise en charge des personnes migrantes dans le droit commun du système de santé.

Ces travaux, comme d'autres, ont des implications opérationnelles à plusieurs niveaux. Sur le plan clinique, on retrouve une nouvelle fois l'importance, pour apprécier l'état de santé des personnes, d'un questionnement attentionné des patients sur les violences subies, en particulier les violences de genre : la précision de l'anamnèse à travers le dialogue soignant(e)-patient(e), la possibilité donnée d'énonciation des violences subies, la recherche des pathologies corrélées, une stratégie thérapeutique et une prise en charge adaptées[2,3]. Au-delà des équipes et praticiens les plus engagés, l'ensemble des soignants doit désormais s'approprier ces notions. Cela passe par une formation initiale et continue, théorique et pratique, généralisée.

Sur le plan épidémiologique et populationnel, la mise en œuvre d'outils descriptifs analytiques validés est indispensable à la compréhension des déterminants de santé, y compris des violences, liés aux différents parcours de vie et d'exil. Cette meilleure compréhension fonde l'amélioration de chacune des actions publiques, de la santé psychique aux pathologies infectieuses ou à la santé sexuelle. Elles sont en effet, aujourd'hui encore, construites de façon trop globale, sans prendre en compte les spécificités de ces parcours de vie et d'exil.

Mais, au-delà des améliorations des connaissances et des pratiques, et au-delà du rôle spécifique et

incontournable des associations, c'est l'organisation du système de santé dans son ensemble qui est interrogée : nous devons par exemple travailler à un interprétariat qualifié, faisant partie intégrante du dispositif de soins, et accessible y compris en ville. Le service public a une responsabilité toute particulière : le développement des permanences d'accès aux soins (PASS), des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ou des équipes spécialisées dans le psycho-traumatisme est indispensable, mais ne peut exonérer d'une réflexion sur la prise en charge des personnes migrantes par les équipes non spécialisées. Cette prise en charge sanitaire adaptée, bienveillante, et performante des personnes migrantes est de la responsabilité de tous les établissements de santé, sans exception.

De ce point de vue, l'instruction ministérielle du 8 juin 2018[4] structure la politique publique autour de trois axes :

- faciliter l'accès à la prévention et aux soins ;
- organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville ;
- développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants.

Ce texte constitue un appui majeur pour mettre en place, sur chacun des territoires, une stratégie homogène et impliquant chacun des acteurs.

Bien sûr, et ces travaux le montrent encore, l'action sanitaire s'inscrit dans un contexte plus vaste. Une intervention adaptée passe par une parfaite articulation entre intervenants du champ de la santé et du champ social. Surtout, la mise à l'abri et en sécurité des personnes d'une part et l'inconditionnalité de l'accès aux soins d'autre part, constituent le socle incontournable de toute politique de santé publique. Les acteurs de santé, tout comme les ARS et les autres partenaires, ont donc non seulement la responsabilité d'une prise en charge sanitaire inconditionnelle, dont les failles constitueraient autant de fautes éthiques, mais aussi celle de l'explicitation des liens entre déterminants et état de santé.

Ajoutons que cette exigence d'une action immédiate, structurée et universelle s'accompagne d'un besoin de recherche interventionnelle pour ajuster au plus près les politiques publiques, en particulier les stratégies de prévention[5]. Cela est d'autant plus indispensable que l'expérimentation de certains outils ou modes de coordination, nécessaires pour les parcours de santé des populations en situation de migration et d'exil, nous éclaire pour déployer des outils de droit commun vers la population générale ; les interfaces ici inventées constituent des vecteurs d'amélioration plus large, de démonstration des effets de la coordination des acteurs. De même, l'approche par les méthodes de santé communautaire est au cœur de la qualité des prises en charge des personnes migrantes, mais son développement, aujourd'hui indispensable, bénéficiera à l'ensemble de la population.

La situation géopolitique, économique, mais aussi climatique, va conduire à des migrations sans cesse renouvelées. La capacité du système de santé à répondre aux besoins des personnes les plus fragiles détermine toujours sa performance globale et la qualité des réponses qu'il peut offrir aussi à la population générale. Sans doute en est-il de même pour le système social dans son ensemble. Travailler sans cesse à améliorer la prise en charge des personnes migrantes et exilées n'est pas uniquement un enjeu éthique, c'est aussi un moyen et une chance d'assurer la cohésion de notre société. ■

Références

[1] Keidar O. Srivastava D.S, Pikoulis E, and col. Where Do We Stand and What Directions Should We Take? Int J Environ Res Public Health. 2019;16:1319.

[2] Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement – édition 2015. Guide pratique pour les professionnels. Le Kremlin-Bicêtre: Comede; 2015. 536 p. http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663

[3] Comede/Santé publique France. Livrets de santé bilingue. Disponibles en 15 langues. Saint-Maurice: Comede/Santé publique France; 2018. 210 p. http://inpes.santepubliquefrance.fr/collections/livrets-bilingues.asp

[4] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf

[5] Kadir A, Battersby A, Spencer N. Children on the move in Europe: a narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and documented children. BMJ Paediatrics Open. 2019;3(1).

Citer cet article

Ginot L, Laconde C, Rousseau A. Éditorial. Santé des personnes migrantes, parcours d'exils, violences subies : un enjeu pour l'ensemble du système de santé. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18):310-1. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_0.html

VIOLENCES SUBIES ET ÉTAT DE SANTÉ : RÉSULTATS ET ENSEIGNEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE TIRÉS DE BILANS INFIRMIERS RÉALISÉS EN ÎLE-DE-FRANCE AUPRÈS DE POPULATIONS MIGRANTES (OCTOBRE 2015-JUILLET 2018)

// VIOLENCE AND HEALTH: RESULTS AND PUBLIC HEALTH LESSONS LEARNED FROM NURSING ASSESSMENTS CARRIED OUT IN ÎLE-DE-FRANCE AMONG MIGRANT POPULATIONS (OCTOBER 2015-JULY 2018)

Evans Engliz-Bey[1] (evansenglizbey@gmail.com), Catherine Cavalin[1,2], Manon Brocvielle[3], Erwan Le Méner[1,4]

[1] *Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, France*
[2] *Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (Irisso, UMR CNRS-Inra 7170-1427), Université Paris-Dauphine, Paris, France*
[3] *Université Paris-Dauphine, Paris, France*
[4] *Centre d'étude des mouvements sociaux (EHESS/CNRS/Inserm), Paris, France*

Soumis le 26.12.2018 // *Date of submission: 12.26.2018*

Résumé // Abstract

Introduction – Depuis l'automne 2015, plus de 14 000 primo-arrivants hébergés en Île-de-France ont bénéficié de bilans infirmiers. Réalisés par des équipes du Samusocial de Paris et de la Croix-Rouge française, ils informent conjointement sur la santé et l'exposition à des violences.

Matériel et population – Sont inclus les bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et juillet 2018, par des équipes mobiles dans des centres d'hébergement d'urgence accueillant des migrants évacués de campements, puis au Centre de premier accueil (CPA), au Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes d'Ivry-sur-Seine (CHUM d'Ivry), et dans deux Centres d'accueil et d'examen des situations (CAES). La population interrogée se compose à 93% d'hommes et a 27 ans en moyenne. Les bilans infirmiers ayant évolué, nous mobilisons cette variabilité pour produire des résultats et pour en tirer des enseignements de santé publique.

Résultats – Les bilans mobiles ne posaient pas explicitement la question des violences vécues : le recodage de textes libres permet d'y calculer une fréquence de 7% (n=327) de victimes, par rapport à l'ensemble des patients. Avec l'introduction de questions explicites et précodées (CPA-CHUM d'Ivry-CAES), cette même fréquence passe à 27%, et à 80% en se limitant à ceux auprès de qui la question est abordée.

Avoir vécu des violences est étroitement corrélé au profil sociodémographique (âge, statut familial/marital, pays d'origine), au type de parcours migratoire, à l'état de santé somatique et psychique.

Discussion et conclusion – Questionner les violences vécues par les migrants paraît indispensable en matière sanitaire. Pour cela, il convient de former les personnels et de créer des conditions d'entretien qui permettront leur dépistage et une prise en charge adaptée, consécutive aux bilans infirmiers.

Introduction – *Since autumn 2015, more than 14,000 new migrants accommodated in Île-de-France have benefitted from nursing assessments (NAs), conducted by Paris Samusocial teams and the French Red Cross. These assessments jointly provide data on health and exposure to violence.*

Material and population – *Our analysis includes the NAs carried out between October 2015 and July 2018 by mobile teams in emergency shelters hosting migrants evacuated from street camps, and then at the Centre of Primary Reception (CPA), at Ivry-sur-Seine's Migrant Emergency Centre, which is dedicated to women and families (CHUM d'Ivry), and in two Centres of Reception and Situational Assessment (CAES). The surveyed population is 93% male and 27 years old on average. As NAs have evolved, we are mobilizing this variability to produce results and to learn about relevant nursing and epidemiological procedures, in a public health perspective.*

Results – *Mobile assessments did not explicitly address the question of violence: the recoding of free texts allows to calculate a proportion of 7% (n=327) of victims, among all patients. With the introduction of explicit and precoded questions (CPA-CHUM d'Ivry-CAES), the same proportion increases to 27%, and 80% if we limit ourselves to those whom the issue is addressed to.*

Having experienced violence is closely related to sociodemographic characteristics (age, family/marital status, country of origin), the type of migratory route, and somatic and psychic health status.

Discussion and conclusion – *Questioning the violence experienced by migrants seems essential for public health objectives. For this, it is crucial to train nursing staff and interpreters in order to create interviewing conditions that could be relevant, both for screening and appropriate care following the NAs.*

Mots-clés : Migration, Violences et santé, Épidémiologie sociale, Dépistage, « Healthy migrant effect »
// *Keywords: Migrations, Violence and Health, Social Epidemiology, Health screening, "Healthy migrant effect"*

Introduction

Avec quelque 1,3 million de demandes d'asile en 2015 et en 2016, l'Union européenne (UE-28) a vu s'amplifier des mouvements de populations migrantes, essentiellement extra-européennes [1]. Ce phénomène, désigné comme « crise des migrants » [2], a fait de l'accueil de ces populations un « problème public » [3]. L'attention des acteurs publics s'est portée en particulier, surtout après des évacuations de campements [4], sur leur prise en charge sanitaire [5]. Des institutions de statuts divers, missionnées par des organismes publics, produisent également des états des lieux [6-11] sur ces populations.

Dans ce contexte et depuis l'automne 2015, la « Mission migrants » du Samusocial de Paris (SSP) s'est vu confier par l'Agence régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France la réalisation de bilans infirmiers, consultations de dépistage et d'orientation sanitaire, menées par un infirmier (plus souvent une infirmière) et un interprète.

Ces bilans permettent de caractériser notamment la santé somatique et psychique des personnes, ainsi que les violences vécues. Or, l'exploration conjointe de la santé et des violences, rare en population générale, s'avère d'une grande sensibilité aux conditions d'enquête (mode de collecte, conditions d'entretien, etc.), ce qui rend difficiles des comparaisons entre sources statistiques [12].

Nous nous appuyons sur la variabilité même des conditions de recueil des bilans infirmiers pour retourner cette difficulté et produire des résultats sur les violences rapportées par les personnes migrantes et leur état de santé. L'expérience des bilans infirmiers est doublement mise à profit : pour produire des résultats inédits et pour montrer comment l'analyse de leur mode de recueil suggère l'intérêt majeur d'un questionnement spécifique des violences auprès des migrants.

Matériel d'étude et population

Matériel collecté

Les données ont été collectées lors de 14 230 bilans infirmiers réalisés essentiellement par des équipes du SSP du 28 octobre 2015 au 11 juillet 2018. Plusieurs vagues de collecte se superposent en partie. Le contenu et le degré de détail des bilans s'adaptent selon les lieux et conditions de leur réalisation (voir figure).

- Des bilans dits « mobiles » (réalisés par des « équipes mobiles ») ont été collectés d'octobre 2015 à mars 2017 par des équipes du SSP et de la Croix-Rouge française (CRF), essentiellement dans des établissements d'hébergement d'urgence franciliens accueillant des personnes évacuées de campements de fortune. Avec deux versions (v1 et v2) légèrement différentes, 4 537 bilans (1 366 puis 3 171) ont ainsi été réalisés.
- Au Centre de premier accueil (CPA) (novembre 2016-mars 2018) et au Centre d'hébergement d'urgence pour personnes migrantes (CHUM d'Ivry) à Ivry-sur-Seine (depuis janvier 2017), respectivement 8 071 et 1 229 migrants (théoriquement primo-arrivants et potentiels demandeurs d'asile) ont bénéficié de bilans infirmiers conduits par des équipes du SSP.
- Depuis octobre 2017, deux (Nanterre, Paris 18e) des cinq Centres d'accueil et d'examen des situations (CAES) qui se sont substitués au CPA sont dotés de consultations sanitaires où le SSP propose des bilans infirmiers aux migrants hébergés. De mars à juillet 2018, date-butoir pour les données exploitées ici, 393 personnes ont bénéficié de tels bilans.

Caractéristiques sociodémographiques

D'un lieu à l'autre, les populations varient (tableau 1) : hommes, femmes et enfants pour les bilans mobiles ; jeunes hommes dits « isolés » exclusivement, au CPA et dans les CAES ; patients des deux sexes hébergés en famille (ex. : adulte(s) avec des enfants) et femmes « isolées ». Nous traitons ici seulement des adultes. Plus précisément, à l'exception du CHUM d'Ivry où 68% des patients sont des patientes, la population rencontrée est essentiellement composée d'hommes (93%). Les personnes hébergées au CHUM d'Ivry se distinguent également par leur statut marital – 80% d'entre elles sont en couple (mariées ou non, avec un conjoint ici ou ailleurs), contre seulement 41% en moyenne pour l'ensemble de la population – et la présence de membres de la famille en France (78% au CHUM d'Ivry, contre 10% en moyenne). Ces différences reflètent l'écart de prise en charge institutionnelle de l'hébergement des migrants, le CHUM d'Ivry étant dédié exclusivement aux femmes seules et aux familles (adulte(s) accompagné(s) d'enfant(s) ou de leur conjoint).

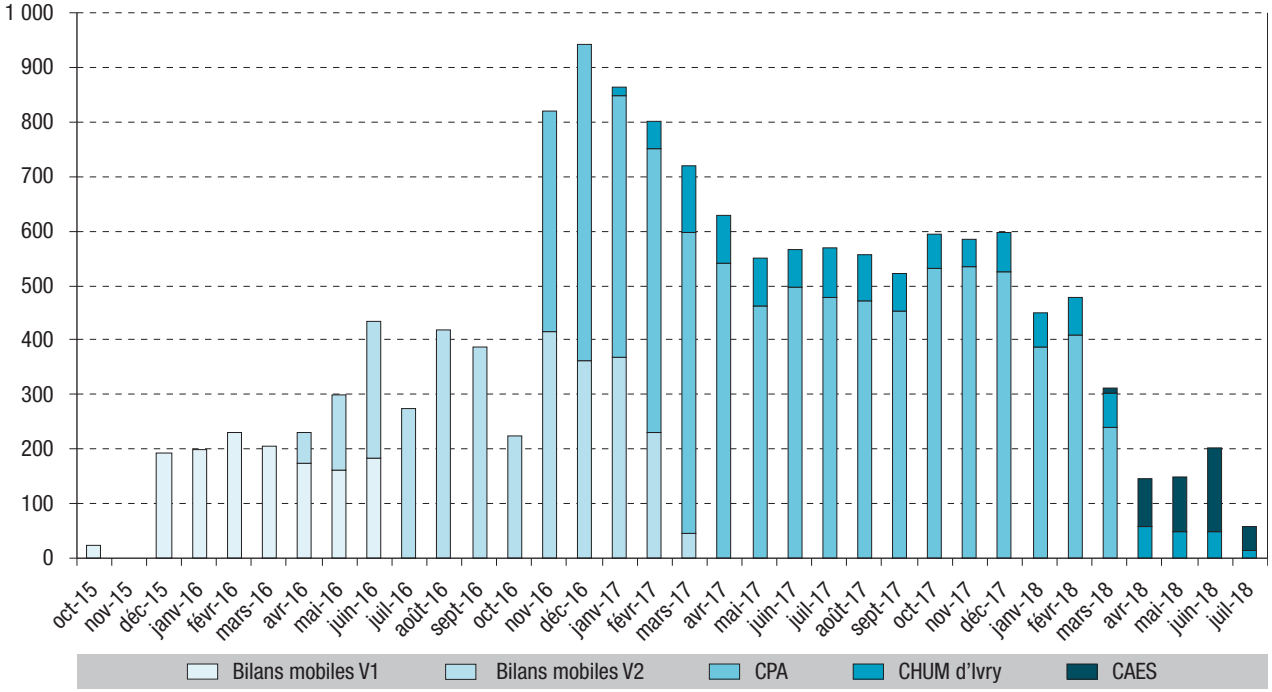
Cette population est âgée de 27 ans en moyenne (76% ont moins de 30 ans), et présente un faible niveau scolaire, avec 28% des personnes jamais scolarisées et 33% n'ayant pas dépassé le niveau primaire.

L'éventail des origines représentées est large : 81 nationalités, avec au premier chef des personnes originaires d'Afghanistan (38%), du Soudan (27%), un quart (27%) d'autres pays africains (essentiellement Somalie, Érythrée, Guinée, Éthiopie), 5% du Proche-Orient, les 6% restants se partageant entre originaires d'Asie et d'autres pays. Leur durée moyenne de migration est de 2,2 années civiles et le nombre de pays traversés de 4,2, la durée du parcours ne croissant pas de manière linéaire selon le nombre de pays. Les cinq pays les plus souvent traversés sont l'Italie (66%), la Libye (48%), la Turquie (40%), l'Iran (34%) et la Russie (26%). Se dessinent deux grandes catégories de parcours [(1)] selon la zone de départ : d'une part les personnes originaires d'Afrique qui

[(1)] Catégories identifiées par une analyse des correspondances multiples (ACM) que nous ne pouvons présenter ici, qui inclut dans ses variables actives les pays traversés, et dans ses variables illustratives notamment le pays d'origine, la durée de migration et le nombre de pays traversés.

Figure

Nombre de bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et juillet 2018 à différentes étapes de l'accueil sanitaire de migrants primo-arrivants en Île-de-France



En octobre 2015, 23 bilans infirmiers ont été réalisés avec une première version de masque de saisie (V1) utilisée pour réaliser des bilans mobiles (hébergements d'urgence, équipes infirmières mobiles).
CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

traversent peu de pays (2,7 en moyenne), mais avec un parcours relativement long (2,5 années civiles en moyenne), un passage par l'Italie dans 88% des cas et la Libye dans 83% des cas ; et d'autre part les personnes originaires d'Asie (essentiellement Asie centrale, Afghanistan surtout) et du Moyen-Orient, qui traversent 6,2 pays en moyenne mais assez rapidement (1,9 année civile), surtout *via* la Turquie (90% d'entre elles), l'Iran (81%) et la Russie (60%), dans 1% des cas seulement la Libye, et 37% l'Italie.

Méthodes de collecte et d'analyse

Les dispositifs d'accueil matériel et institutionnel des populations concernées évoluant, les conditions d'interrogation régissant les bilans infirmiers ont changé : précarité de l'hébergement et des conditions de travail infirmier, recueil des données sur papier, puis saisie dans une base de données sécurisée hébergée par Epiconcept® pour les bilans mobiles, présence permanente des équipes infirmières dans un espace de consultation dédié (CPA, CHUM d'Ivry), installation un peu plus longue des patients potentiels (souvent quelques mois au CHUM d'Ivry), sans compter l'expérience accumulée qui pousse à modifier l'interrogatoire pour couvrir certaines questions au départ inexplorées (par ex. les violences), ou à transformer le mode d'interrogation de certaines autres, difficiles à explorer (ex. : les violences encore, détaillées différemment au fil du temps, ou bien le renoncement aux soins). Tous ces paramètres créent une variabilité de la source que constituent les bilans infirmiers.

Toutefois, le mode de proposition des bilans infirmiers aux personnes éligibles est inchangé : les personnes hébergées sont informées de la possibilité de bénéficier (sans obligation) d'un bilan de santé qui permettra (si besoin) de les orienter vers des soins. La méthode d'interrogation est également stable. L'entretien, guidé, n'est pas strictement contraint par un questionnaire. La flexibilité requise par les difficultés de compréhension, avec un interprète presque toujours présent (ou sinon disponible par téléphone), l'initiative laissée au patient qui peut souhaiter exprimer un motif éventuellement urgent de consultation, la nécessité d'obtenir la confiance de personnes dont le statut administratif est précaire… suscitent ce mode d'entretien semi-directif, qui génère des valeurs manquantes relativement nombreuses à traiter dans l'exploitation des données. Les valeurs manquantes sont prises en compte pour elles-mêmes, sans imputer ni modéliser aucune réponse. Dans tous les autres cas, l'analyse des violences vécues requiert un travail important de recodage (recherche d'occurrences et relecture, pour élimination de faux positifs et pour recatégorisation).

Les bilans mobiles ne prévoyaient pas d'interroger les violences. Les infirmiers, confrontés aux

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et parcours migratoire des primo-arrivants ayant bénéficié d'un bilan infirmier entre octobre 2015 et juillet 2018, en Île-de-France

	Bilans mobiles versions 1 et 2	Bilans CPA	Bilans CHUM d'Ivry	Bilans CAES	Sous-total bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES	Total tous les bilans
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sexe						
Homme	95% (4 313)	100% (8 071)	32% (399)	100% (393)	91% (8 863)	93% (13 176)
Femme	5% (219)	0% (0)	68% (830)	0% (0)	9% (830)	7% (1 049)
Âge au moment du bilan						
Moins de 24 ans	24% (1 092)	37% (2 961)	19% (231)	22% (85)	34% (3 277)	31% (4 369)
Entre 24 et 29 ans	50% (2 244)	43% (3 471)	35% (433)	52% (203)	43% (4 107)	45% (6 351)
Entre 30 et 39 ans	20% (892)	15% (1 200)	30% (364)	18% (71)	17% (1 635)	18% (2 527)
40 ans ou plus	6% (246)	5% (388)	16% (195)	8% (32)	6% (615)	6% (861)
Niveau scolaire						
N'a jamais été scolarisé	34% (960)	24% (1 617)	32% (353)	29% (73)	25% (2 043)	28% (3 003)
Primaire	33% (931)	34% (2 245)	30% (331)	30% (77)	33% (2 653)	33% (3 584)
Secondaire	23% (637)	31% (2 089)	27% (295)	30% (77)	31% (2 461)	29% (3 098)
Supérieur	10% (292)	10% (697)	12% (133)	11% (29)	11% (859)	11% (1 151)
Statut marital						
En couple (marié ou non)	44% (1 911)	33% (2 402)	80% (929)	37% (106)	39% (3 437)	41% (5 348)
Célibataire, veuf, séparé, divorcé	56% (2 472)	67% (4 848)	20% (237)	63% (184)	61% (5 269)	59% (7 741)
A de la famille en France (présente avec la personne ou non)						
Non	96% (4 081)	97% (6 954)	22% (255)	99% (290)	87% (7 499)	90% (11 580)
Oui	4% (180)	3% (231)	78% (924)	1% (3)	13% (1 158)	10% (1 338)
Pays d'origine						
Afghanistan	35% (1 582)	41% (3 263)	25% (301)	55% (215)	39% (3 779)	38% (5 361)
Soudan	41% (1 830)	24% (1 930)	6% (79)	14% (53)	21% (2 062)	27% (3 892)
Somalie	5% (234)	6% (486)	15% (184)	3% (11)	7% (681)	6% (915)
Érythrée	7% (304)	5% (365)	12% (145)	5% (20)	5% (530)	6% (834)
Guinée	1% (41)	6% (476)	1% (13)	6% (23)	5% (512)	4% (553)
Éthiopie	2% (73)	3% (228)	12% (149)	3% (11)	4% (388)	3% (461)
Autre pays : Afrique hors Maghreb	3% (155)	6% (516)	3% (41)	6% (25)	6% (582)	5% (737)
Autre pays : Proche ou Moyen-Orient[a]	1% (44)	5% (430)	15% (190)	4% (14)	7% (634)	5% (678)
Autre pays : Asie	3% (144)	2% (184)	3% (42)	3% (11)	2% (237)	3% (381)
Autre pays : Maghreb[b]	2% (68)	2% (155)	3% (42)	2% (6)	2% (203)	2% (271)
Autre pays : Amérique, Europe, Océanie	1% (24)	0% (15)	3% (41)	1% (2)	1% (58)	1% (82)
Nombre de pays traversés durant le parcours migratoire						
Arrivée directe ou 1 pays traversé	7% (312)	4% (282)	12% (133)	10% (28)	6% (443)	6% (755)
2 ou 3 pays traversés	53% (2 256)	40% (2 551)	35% (401)	30% (84)	39% (3 036)	44% (5 292)
4 ou 5 pays traversés	12% (490)	24% (1 519)	26% (292)	30% (84)	24% (1 895)	20% (2 385)
6 ou 7 pays traversés	16% (694)	18% (1 161)	14% (163)	15% (41)	17% (1 365)	17% (2 059)
Plus de 7 pays traversés	11% (479)	14% (881)	13% (142)	15% (42)	14% (1 065)	13% (1 544)
Durée du parcours migratoire						
Moins d'une année civile	38% (1 575)	19% (1 388)	22% (249)	13% (41)	19% (1 678)	25% (3 253)
1 année civile	28% (1 184)	30% (2 212)	23% (258)	24% (76)	29% (2 546)	29% (3 730)
2 années civiles	13% (557)	25% (1 837)	21% (239)	18% (56)	24% (2 132)	21% (2 689)
3 années civiles	7% (305)	10% (754)	12% (134)	23% (74)	11% (962)	10% (1 267)
4 années civiles	3% (128)	4% (320)	4% (48)	6% (18)	4% (386)	4% (514)
Plus de 4 années civiles	10% (424)	11% (781)	18% (210)	16% (50)	12% (1 041)	11% (1 465)

[a] Le périmètre « Proche-Orient / Moyen-Orient » inclut : Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Égypte, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Palestine, Qatar, Turquie, Syrie, Yémen.

[b] Le périmètre « Maghreb » inclut les pays de l'Union du Maghreb arabe : Algérie, Libye, Maroc, Mauritanie, Tunisie.

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

témoignages spontanés d'événements violents, en ont gardé la trace (v1 et v2) comme commentaires libres associés à la description des problèmes de santé (ex. : « *céphalées suite à des coups* ») et comme éléments prenant aussi part (v2 seulement) à la conclusion du bilan. En recodant ces occurrences comme « actes de violence », nous cherchons par conséquent à établir une fréquence-plancher des violences vécues.

Pour mieux prendre en compte les violences dans le dépistage et le soin, les bilans infirmiers du CPA et du CHUM d'Ivry se sont étoffés de questions précodées, dont : « *Avez-vous subi des violences ?* » et « *Avez-vous été témoin de violences ?* ». À partir de ces deux questions (victime, témoin), une variable « déclaration d'un acte de violence » a été créée. Répondre positivement à au moins une des deux questions équivaut à « déclarer un acte de violence », répondre négativement aux deux à « ne déclarer aucun acte de violence ». L'absence de réponse aux deux questions ou bien une réponse négative à l'une, l'autre n'étant pas renseignée, sont considérées comme inexploitables (tableau 2).

Au total, notre analyse des violences vécues peut ainsi s'appuyer sur : les déclarations libres recodées à partir des bilans mobiles ; les questions précodées pour les autres bilans infirmiers.

Tableau 2

Construction d'un indicateur de violences vécues (victime, témoin)

Victime de violences \ *Témoin de violences*	Oui	Non	Non renseigné
Oui	X	X	X
Non	X	X	X
Non renseigné	X	X	X

X = témoin ou victime de violence
X = aucun cas de violence déclaré
X = valeurs manquantes ou inexploitables

Résultats

Mesurer la fréquence des violences et les catégoriser

Seulement 9 cas de violences vécues (en tant que victimes seulement) sont recensés dans les bilans mobiles v1 (0,7% des bilans) ; ils sont toujours associés à la description de problèmes de santé physique, sans élément de contexte (tableau 3).

Dans les bilans mobiles v2, le recueil se fait plus fréquent et circonstancié (éléments contextuels dans 77% des cas). Les violences ne sont plus toujours réduites à des causes présumées de problèmes somatiques, mais aussi décrites en tant que telles, éventuellement liées à l'état de santé mentale du patient, et rapportées pour des victimes ou témoins de tels actes. Alors, la fréquence des violences vécues est de 10% (318 personnes).

Bilans mobiles v1 et v2 confondus, 327 personnes sont ainsi identifiées comme ayant vécu des violences (les témoins étant toujours aussi victimes), soit 7% des patients ayant bénéficié d'un bilan mobile (tableau 4).

Au CPA et au CHUM d'Ivry respectivement, 22% et 57% des patients reçus par les infirmiers déclarent avoir été victimes ou témoins de violences. Si l'on recalcule cette fréquence pour ceux auprès de qui ces questions ont été effectivement abordées ou sont exploitables au CPA et au CHUM d'Ivry (tableau 2), 82% et 75% respectivement de ces patients rapportent avoir vécu des violences. Pour les CAES, où la question précodée des violences prévoit 13 catégories d'actes de violence différents, la fréquence déduite est de 30% sur l'ensemble des patients, et de 89% si on se limite à ceux auprès de qui la question est abordée.

Au-delà de la fréquence des actes de violence vécus, les bilans infirmiers permettent de catégoriser des types d'actes auxquels les personnes ont été soumises, en informant par exemple sur la nature des violences, leurs auteurs et les lieux de perpétration. Dans les bilans mobiles (tableau 3), les 327 personnes ayant vécu des violences rapportent essentiellement des cas de détention en prison ou de privation de liberté (n=157 soit 48% d'entre elles, la plupart en Libye), des violences physiques sans mention d'arme (n=58, 18%), enfin des actes de torture ou maltraitance (n=56, 17%). Dans les bilans infirmiers des CAES, qui prévoient des informations précodées sur les types de violences, les 119 personnes ayant vécu des violences rapportent le plus souvent avoir résidé dans un pays en guerre (46%), des violences de la part des forces de l'ordre (37%), avoir été battues ou blessées par des personnes extérieures à leur famille (36%), avoir été privées de liberté ou soumises au travail forcé (34%), avoir été menacées ou emprisonnées pour leurs idées (34%), avoir été victimes de violences verbales ou psychologiques (32%) (menaces, intimidations, humiliations, insultes, etc.), et enfin victimes de torture (28%).

Profil sociodémographique et expérience des violences

Dans les bilans mobiles, l'absence de question explicite sur les violences vécues ne permet pas de certifier que les personnes ne rapportant aucune violence n'en auraient pas déclaré si on les avait interrogées à ce sujet. Par conséquent, pour exclure de potentiels faux négatifs dans la suite des résultats, nous caractérisons les profils sociodémographiques significativement concernés par l'exposition à des violences, en incluant uniquement les données CPA-CHUM d'Ivry-CAES (n=9 693).

Dans l'ensemble de ces bilans infirmiers, lorsque la question des violences est exploitable (tableau 2) (n=3 222), les hommes (81% d'entre eux) rapportent significativement plus fréquemment des expériences de violence que les femmes (75%) (tableau 5). Ceux

Tableau 3

Recodage en « actes de violence » de déclarations libres des patients interrogés dans les bilans mobiles réalisés par des équipes du Samusocial de Paris et de la Croix-Rouge française auprès de migrants primo-arrivants entre octobre 2015 et mars 2017, en Île-de-France

Classification	Occurrences recherchées[a]	Bilan mobile V1		Bilan mobile V2	
		Nombre de personnes concernées	Fréquence sur l'ensemble de la population	Nombre de personnes concernées	Fréquence sur l'ensemble de la population
Guerre / Conflit armé / Génocide	*GUERR / CONFLIT(S) ARM / GENOCID*	2	0,1%	1	0,0%
Violence par arme à feu	*BALLE / ARME(S) A FEU / TIR / COUP(S) DE FEU / PISTOLET / FUSIL / CARABINE / REVOLVER*	2	0,1%	20	0,6%
Violence liée à une explosion	*OBUS / EXPLOS / MINE / BOMB / GRENADE / ROQUETTE (ROCKET) / MISSIL*	1	0,1%	8	0,3%
Violence par arme blanche	*ARME BLANCHE / COUTEAU / MACHETTE / HACHE / LAME / SABRE / POIGNAR / CUTTER*	1	0,1%	4	0,1%
Violence avec une autre arme ou avec un objet détourné de son usage	*MARTEAU / TOURNEVIS / PILON / MAT(T)RAQUE / LACRYMO (LACRIMO) / TAZER (TASER) / CROSS / FOUET / BARRE / PIERRE / BATON / BATTE / FLASHBALL (FLASH BALL)*	0	0,0%	8	0,3%
Violence physique sans arme mentionnée	*COUP / FRAPPE / RIXE / BAGARRE / BATT / PASSAGE(S) A TABAC / LYNCH / TAPE / CLAQUE / GIFLE / TABASSE / AGRESS / ETRANGL*	1	0,1%	57	1,8%
Atteinte aux biens (vols, confiscations…)	*CONFISC (CONFISQ) / VOL / SPOLI / DÉPOUIL / PILL / DESTRUCTION / DETRUI / INCENDI / BRULE / RACKET (RAKET, RAQUETTE) / DÉPOSS*	0	0,0%	6	0,2%
Prison et autres privations de liberté	*PRISON / EMPRISON / INCARCER / CARCERAL / CENTRE DE RETENTION / ENFERM / SEQUESTR / KIDNAP / ENLEVE / LIGOTE / RAPT / PRIVATION DE LIB / OTAGE*	0	0,0%	157	5,0%
Esclavage / Travail forcé	*ESCLAV / RESEAU(X) DE TRAITE / TRAVAIL (TRAVAUX) FORCE / TRAITE(S) HUMAINE*	0	0,0%	9	0,3%
Violence sexuelle (hors viol)	*AGRESS + SEXUEL / ATTOUCHEMENT / EXHIBITION / ABUS + SEXUEL / HARCEL + SEXUEL / VIOLENCE(S) SEXUEL / TENTATIVE(S) DE VIOL*	0	0,0%	0	0,0%
Mutilation / Excision	*MUTIL / EXCIS*	0	0,0%	0	0,0%
Viol	*VIOL / NON CONSENTI*	0	0,0%	1	0,0%
Torture / Maltraitance / Sévice corporel	*TORTUR / SEVICE / MALTRAI (MAL TRAIT) / MAUVAIS TRAI / CHATIMENT*	2	0,1%	54	1,7%
Violence verbale / psychologique	*MENACE / INTIMID / INSULT / HUMILI / HURLE / HARCEL / VIOLENCE(S) PSYCHO / VIOLENCE(S) MORAL*	0	0,0%	2	0,1%
Témoin d'une mort violente	*TUE / MORT / ASSASSI / MEUTR / DCD / DECES / DECED / NOY / DEFENES / AB(B)AT / EGORG / MASSACRE / MOURIR / ATTENTAT / EXECUT / HOMICID / PEND / DECAPIT / PERTE / PERDU / DISPA /*	0	0,0%	14	0,4%
Témoin d'un autre événement violent	*TEMOIN / ASSISTE A*	0	0,0%	0	0,0%
Violence vécue sans précision	*VIOLEN*	0	0,0%	98	3,1%
Total (nombre de personnes victimes ou témoins d'au moins un type de violence)		9	0,7%	318	10,0%

0,1% des patients des bilans mobiles v1 (soit 2 personnes) déclarent avoir au moins été victimes de violence par arme à feu.

[a] Les occurrences présentées dans ce tableau jouent le rôle de libellés-racines. Exemple : la recherche de l'occurrence « VIOLEN » permet notamment de retrouver les mots « violence », « violences », « violenté », « violentés », « violentée », « violentées », « violent », « violents ». Afin d'éviter l'exclusion de termes dont la casse, l'accentuation, la ponctuation associées n'auraient pas été reconnues, les textes ont été passés en majuscules et purgés de tous ces éléments. Comme le montre le tableau, la recherche a aussi inclus des fautes de frappe et d'orthographe.

Tableau 4

Fréquence des actes de violences déclarés comme victimes ou témoins à différentes étapes de l'accueil sanitaire de migrants primo-arrivants en Île-de-France entre octobre 2015 et juillet 2018. Bilans infirmiers réalisés par des équipes du Samusocial de Paris (toutes étapes confondues) et de la Croix-Rouge française (au stade des bilans mobiles)

	Total Bilans mobiles v1 + v2		Bilans CPA		Bilans CHUM d'Ivry		Bilans CAES[a]		Total Bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES		Total tous les bilans	
Déclare…	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)	% sur l'ensemble des pers. (n)	% sur l'ensemble des pers. auprès de qui la question a été abordée (n)
Uniquement des violences subies	7% (313)	X	6% (455)	21% (455)	5% (65)	7% (65)	30% (117)	87% (117)	7% (637)	20% (637)	7% (950)	X
Uniquement avoir été témoin de violences	0% (3)	X	1% (85)	4% (85)	8% (100)	11% (100)	0% (0)	0% (0)	2% (185)	6% (185)	1% (188)	X
Avoir été témoin **et** avoir subi des violences	0% (11)	X	15% (1 217)	57% (1 217)	44% (537)	57% (537)	1% (2)	1% (2)	18% (1 756)	55% (1 756)	12% (1 767)	X
Avoir été témoin **ou** avoir subi des violences	7% (327)	X	22% (1 757)	82% (1 757)	57% (702)	702 (75%)	30% (119)	89% (119)	27% (2 578)	80% (2 578)	20% (2 905)	X

La question de savoir si une personne a subi ou été témoin d'actes de violence n'était pas posée dans les bilans infirmiers mobiles. Les infirmiers ont cependant identifié 327 personnes victimes ou témoins d'actes de violence. Cet effectif correspond à une fréquence de violences vécues de 7% parmi les patients rencontrés dans le cadre des bilans mobiles.

[a] Le précodage des déclarations de violences dans les bilans infirmiers des CAES n'explicite pas la catégorie « témoin de violence ». Cela explique la faible fréquence des violences vécues comme témoin. Cependant, les infirmiers ont mentionné de telles situations avec la modalité précodée « Autre(s) élément(s) violent(s) », recodée en « témoin » lorsque le champ texte s'y prêtait.

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

qui n'ont pas de famille en France sont également significativement plus souvent exposés (82%) que ceux qui en ont une (72%), de même que ceux qui sont célibataires (83%) plutôt qu'en couple (76%). Ces résultats indiqueraient que, pendant le parcours déjà, ne pas être seul constituerait une protection relative contre les atteintes.

Les fréquences de violences déclarées varient aussi grandement selon les zones de départ de la migration, avec des taux d'exposition à des violences de plus de 80% (et même plus de 90%) pour les personnes issues de pays africains au Maghreb et hors Maghreb (ex. : Soudan, Somalie, Érythrée, Éthiopie), contre 63% pour des pays asiatiques et 64% pour l'Afghanistan.

La probabilité de connaître des violences est significativement corrélée à des caractéristiques sociales et migratoires différentes, selon que l'on s'intéresse aux violences vécues :

- tous lieux confondus (pays d'origine + parcours migratoire + France) ;
- pendant le parcours migratoire ;
- dans le pays d'origine.

Nous n'examinons pas spécifiquement les violences survenues en France. Elles sont déclarées par 51 personnes seulement, sans doute du fait de l'arrivée très récente des patients sur notre sol, ainsi que de la crainte éprouvée par certains à livrer ce type d'expérience aux équipes soignantes.

Avec trois modèles de régression logistique (tableau 6) prenant respectivement pour variables expliquées le fait d'avoir vécu des violences tous lieux confondus (modèle 1, M1), au cours de la migration (modèle 2, M2) ou dans le pays d'origine (modèle 3, M3), il se dégage à la fois des interprétations communes et différenciées selon les variables explicatives.

Alors que nous avions vu que les hommes étaient significativement surexposés à l'expérience des violences, par rapport aux femmes, l'analyse multivariée neutralise cet effet du sexe. Les femmes déclarent moins souvent que les hommes avoir vécu des violences mais, toutes choses égales par ailleurs, l'écart entre les sexes n'est plus significatif. On peut y voir l'effet du statut familial/marital, les femmes (rencontrées au CHUM d'Ivry) étant très majoritairement en couple (74%) ou en famille (70%). On fait l'hypothèse que cette caractéristique, plus que celle du sexe, est « protectrice ». Le résultat serait certainement différent si notre échantillon comportait beaucoup de femmes seules et sans enfant, dont on peut présumer qu'elles sont très souvent exposées à des actes de violence.

En outre, alors que les âges les plus élevés sont généralement sous-exposés aux violences dans les enquêtes de victimation [13] réalisées auprès de populations sédentaires depuis la seconde moitié des années 1960, ici, la probabilité de vivre des violences dans le pays d'origine (M3) est significativement accrue pour les plus âgés (40 ans et plus ; odds ratio, OR=1,74). La migration paraît bouleverser cette hiérarchie, avec une probabilité significativement diminuée de faire l'expérience de violences pour les 40 ans et plus (M2 ; OR=0,55). Si ces résultats doivent sans doute être interprétés en tenant compte de l'homogénéité relative en âge (jeune) de la population étudiée par rapport à la population générale, ils peuvent toutefois traduire aussi des spécificités d'exposition aux violences des migrants.

Les différences principales entre les trois modèles résident surtout dans les effets combinés du pays d'origine, de la durée de migration et du type de trajet (ici réduit au passage ou non par la Libye, voir ACM [(1)]).

Tous lieux de survenue des violences confondus (M1), les personnes originaires de pays africains et du Proche/Moyen-Orient ont une probabilité significativement accrue d'exposition à des violences par rapport aux migrants venus d'Afghanistan. Dans les modèles M2 et M3, cette variable explicative « pays d'origine » ne joue significativement que pour expliquer les violences subies dans le pays d'origine même (M3) avec, ici, une probabilité significativement plus marquée de vivre des violences surtout pour les personnes originaires du Proche/Moyen-Orient (OR=2,18), et dans une moindre mesure pour la plupart des migrants africains. Au total, M2 montre l'intérêt de distinguer les violences vécues pendant le parcours migratoire : la significativité du pays d'origine y disparaît, alors que la durée de migration et surtout le type de parcours (« stylisé » ici par le passage par la Libye, OR=7,22) deviennent déterminants.

Santé et expérience des violences

Plus d'un tiers (36%, voir tableau 7) des personnes migrantes ayant bénéficié d'un bilan infirmier présentent un problème de santé somatique chronique et 78% un problème de santé aigu, enregistré au moment du bilan. En outre, 9% d'entre elles n'ont jamais consulté un médecin, 14% l'ont fait plus de deux ans auparavant, et 10% seulement disposent d'une couverture maladie.

Parmi les personnes interrogées, 38% déclarent présenter au moins des troubles du sommeil ou un sentiment de tristesse (30% cumulent les deux), dont deux tiers fréquemment ou très fréquemment. En outre, 57% rapportent un sentiment de solitude et 26% souhaitent rencontrer un professionnel de santé mentale. Cela ne les empêche pas de déclarer majoritairement (55%) un état de santé subjectivement perçu comme très bon ou bon.

Pour les bilans infirmiers réalisés au CPA, au CHUM d'Ivry ou dans un CAES, il existe une corrélation significative entre l'état de santé perçu par un patient et le fait d'avoir vécu des violences (tableau 8) : plus l'état de santé est perçu comme mauvais, plus il est fréquent de voir cette déclaration associée à des violences. Ainsi, 73% des personnes déclarant un état de santé bon ou très bon ont subi des violences, contre 85% de celles pour qui il est mauvais ou très mauvais. Le lien entre l'expérience des violences et les problèmes de santé

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques et expériences des violences à différentes étapes de l'accueil sanitaire de migrants primo-arrivants en Île-de-France entre octobre 2015 et juillet 2018

	Déclaration de violences vécues (victime ou témoin)							
	Bilans CPA		Bilans CHUM d'Ivry		Bilans CAES		Total bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Sexe	x		p=0,512		x		p=0,001	
Homme	18% (392)	82% (1 757)	27% (78)	73% (215)	11% (15)	89% (119)	19% (485)	81% (2 091)
Femme	–	–	25% (159)	75% (487)	–	–	25% (159)	75% (487)
Âge au moment du bilan	p=0,702		p=0,496		x		p=0,063	
Moins de 24 ans	19% (139)	81% (596)	23% (43)	77% (142)	19% (5)	81% (22)	20% (187)	80% (760)
Entre 24 et 29 ans	17% (158)	83% (767)	23% (76)	77% (252)	7% (5)	93% (62)	18% (239)	82% (1 081)
Entre 30 et 39 ans	19% (71)	81% (294)	28% (77)	72% (201)	15% (4)	85% (22)	23% (152)	77% (517)
40 ans ou plus	18% (20)	82% (89)	27% (40)	73% (106)	7% (1)	93% (13)	23% (61)	77% (208)
Niveau de scolarité le plus élevé atteint	p=0,462		p=0,935		x		p=0,459	
N'a jamais été scolarisé	18% (69)	82% (317)	25% (69)	75% (211)	13% (4)	87% (26)	20% (142)	80% (554)
Primaire	21% (138)	79% (515)	27% (71)	73% (195)	16% (5)	84% (27)	23% (214)	78% (737)
Secondaire	18% (115)	82% (510)	25% (59)	75% (175)	12% (4)	88% (29)	20% (178)	80% (714)
Supérieur	18% (39)	82% (181)	24% (25)	76% (79)	8% (1)	92% (12)	19% (65)	81% (272)
Statut marital	p=0,368		p=0,000		p=0,024		p=0,000	
En couple (marié ou non)	20% (146)	80% (599)	29% (207)	71% (512)	20% (10)	80% (39)	24% (363)	76% (1 150)
Célibataire, veuf, séparé, divorcé	18% (228)	82% (1 040)	15% (30)	85% (166)	7% (5)	93% (69)	17% (263)	83% (1 275)
A de la famille en France (présente avec la personne ou non)	p=0,523		p=0,000		x		p=0,000	
Non	19% (348)	81% (1 518)	15% (32)	85% (186)	12% (14)	88% (106)	18% (394)	82% (1 810)
Oui	21% (18)	79% (66)	29% (205)	71% (507)	100% (1)	0% (0)	28% (224)	72% (573)
Pays d'origine	x		x		x		p=0,000	
Afghanistan	31% (187)	69% (421)	53% (124)	47% (109)	17% (9)	83% (43)	36% (320)	64% (573)
Soudan	11% (59)	89% (478)	13% (8)	87% (53)	5% (1)	95% (20)	11% (68)	89% (551)
Somalie	17% (24)	83% (121)	9% (13)	91% (126)	25% (1)	75% (3)	13% (38)	87% (250)
Érythrée	16% (18)	84% (96)	14% (16)	86% (96)	14% (1)	86% (6)	15% (35)	85% (198)
Guinée	9% (18)	91% (191)	9% (1)	91% (10)	0% (0)	100% (16)	8% (19)	92% (217)
Éthiopie	10% (8)	90% (75)	9% (11)	91% (109)	33% (2)	67% (4)	10% (21)	90% (188)
Autre pays d'Afrique hors Maghreb	16% (30)	84% (161)	5% (2)	95% (35)	6% (1)	94% (17)	13% (33)	87% (213)
Autre pays du Proche-Orient / Moyen-Orient	17% (26)	83% (129)	21% (29)	79% (111)	0% (0)	100% (6)	18% (55)	82% (246)
Autre pays d'Asie	36% (12)	64% (21)	39% (11)	61% (17)	0% (0)	100% (1)	37% (23)	63% (39)
Autre pays du Maghreb	13% (8)	87% (56)	18% (6)	82% (27)	0% (0)	100% (2)	14% (14)	86% (85)
Autre pays	33% (1)	67% (2)	64% (16)	36% (9)	0% (0)	0% (0)	61% (17)	39% (11)
Nombre de pays traversés durant le parcours migratoire	p=0,000		p=0,000		x		p=0,000	
Arrivée directe ou 1 pays	25% (25)	75% (75)	21% (21)	79% (80)	0% (0)	100% (12)	22% (46)	78% (167)
2-3 pays	13% (103)	87% (681)	19% (62)	81% (269)	11% (5)	89% (40)	15% (170)	85% (990)
4-5 pays	15% (73)	85% (427)	19% (42)	81% (179)	9% (3)	91% (29)	16% (118)	84% (635)
6-7 pays	33% (103)	67% (210)	41% (54)	59% (78)	21% (3)	79% (11)	35% (160)	65% (299)
Plus de 7 pays	21% (49)	79% (182)	34% (40)	66% (76)	12% (2)	88% (15)	25% (91)	75% (273)

☞

Tableau 5 (suite)

	Déclaration de violences vécues (victime ou témoin)							
	Bilans CPA		Bilans CHUM d'Ivry		Bilans CAES		Total bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Durée du parcours migratoire	p=0,017		p=0,001		x		p=0,001	
Moins d'une année civile	17% (60)	83% (287)	37% (73)	64% (127)	0% (0)	100% (18)	24% (133)	76% (432)
1 année civile	19% (105)	81% (462)	22% (47)	78% (162)	10% (3)	90% (28)	19% (155)	81% (652)
2 années civiles	21% (105)	79% (405)	26% (47)	74% (132)	11% (3)	89% (25)	22% (155)	78% (562)
3 années civiles	12% (31)	88% (229)	19% (19)	81% (82)	20% (4)	80% (16)	14% (54)	86% (327)
4 années civiles	10% (11)	90% (99)	20% (8)	80% (32)	0% (0)	100% (6)	12% (19)	88% (137)
Plus de 4 années civiles	19% (45)	81% (198)	19% (33)	81% (138)	20% (4)	80% (16)	19% (82)	81% (352)

73% des hommes rencontrés au CHUM d'Ivry pour les bilans infirmiers déclarent avoir vécu des violences, contre 75% des femmes. D'après le test du Chi2, la corrélation entre le sexe des patients et le fait d'avoir vécu des violences n'est pas significative au seuil de 5% (p=0,512).

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

NB : « x » signifie que les conditions d'effectifs nécessaires à la réalisation du test du Chi2 n'étaient pas réunies.

somatique chroniques est analogue (75% de ceux qui déclarent ne pas en souffrir rapportent des violences, contre 86% de ceux qui déclarent en souffrir), mais il diffère lorsqu'il est question de problèmes de santé somatique aigus (relation non significative).

Les signes de souffrance psychique (troubles du sommeil, tristesse, sentiment de solitude, souhait de consulter un professionnel de santé mentale) sont tous positivement et significativement corrélés à l'expérience de violences. Alors que 91% des personnes qui se sentent particulièrement tristes, et ce fréquemment ou très fréquemment, rapportent avoir vécu des violences, c'est le cas de 67% de celles qui n'éprouvent pas cette tristesse.

Discussion conclusive

La santé des populations migrantes réactive aujourd'hui des questions épidémiologiques et sociales anciennes, à propos des liens entre santé, conditions de vie et violences subies, par comparaison à la fois à la population générale et aux populations immigrées. Les éléments de discussion que nous mobilisons s'inscrivent dans cette optique et convergent vers des conclusions de santé publique.

Le résultat statistique désigné comme « effet du migrant en bonne santé » (« *healthy (im)migrant effect* »), considéré comme établi [14], souligne la bonne santé relative des migrants et l'explique par des effets de sélection positive. Les déterminants qui peuvent expliquer la dégradation de la santé après la migration continuent toutefois d'être discutés [15,16], autour du poids relatif des conditions de vie, de travail et d'accès aux soins. Un résultat attire ici l'attention : alors que 55% des personnes rencontrées pour les bilans infirmiers (âge moyen de 27 ans) déclarent un état de santé très bon ou bon, c'est le cas de 91% des personnes âgées de 27 ans interrogées en population générale (enquête Handicap Santé Ménages (HSM 2008) réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2008). Cette comparaison, d'autant plus marquante que cette question de santé générale perçue présente une remarquable valeur prédictive du recours aux soins et de la mortalité [17], montre que, pour la population bénéficiant des bilans infirmiers, il est difficile de parler d'« effet du migrant en bonne santé ». On peut tout au plus faire l'hypothèse que cette population présente un état de santé « relativement favorable », étant donné les conditions éprouvantes qu'elle a affrontées avant et pendant la migration. Un biais de sélection existerait au sens où ces personnes, qui ne vont « pas si mal » malgré les épreuves subies, auraient une santé robuste. Mais relativement à la population générale française du même âge, ces migrants présentent un état de santé dégradé. N'oublions pas, non plus, que les migrants bénéficient de bilans infirmiers à leur libre demande, soit la plupart du temps lorsqu'ils présentent déjà un problème de santé, même s'il n'est que bénin et passager. À cet égard, il faut aussi rappeler comme un élément important de discussion que nos résultats, établis par conséquent auprès de volontaires (au sens où il s'agit de personnes qui demandent un bilan de santé et éventuellement des soins), ne peuvent être lus par rapport à une population de référence dont ils seraient représentatifs. Sauf erreur, il n'existe en France aucune source de données qui pourrait prétendre être représentative de l'état de santé des primo-arrivants accueillis ou hébergés sur le territoire national. Ce premier constat défavorable sur l'état de santé est renforcé par les fréquences massives d'exposition à des actes de violence que les bilans infirmiers mettent en lumière, là encore par comparaison aux résultats obtenus en population générale par plusieurs enquêtes menées dans les quinze dernières années [12,18,19].

Comme la production de nos données le montre, les conditions d'entretien avec les patients rendent souvent difficile le recueil d'informations sur la

Tableau 6

Modélisation de la probabilité d'avoir vécu des violences, comme victime ou comme témoin, parmi les primo-arrivants bénéficiant d'un bilan infirmier au CPA, au CHUM d'Ivry ou dans un CAES, entre octobre 2015 et juillet 2018

Probabilité d'avoir fait l'expérience d'au moins un acte de violence…	MODELE 1 (n=3 222) Quel que soit le lieu (pays d'origine, trajet migratoire et France confondus)			MODELE 2 (n=3 038) Au cours du trajet migratoire			MODELE 3 (n=3 038) Dans le pays d'origine		
	OR	IC95%	%	OR	IC	%	OR	IC95%	%
Sexe									
Femme	0,91	[0,68-1,21]	75%	0,97	[0,74-1,28]	54%	0,8	[0,64-1,01]	42%
Homme	1		81%	1		60%	1		48%
A de la famille en France (présente avec la personne ou non)									
Non	1	–	82%	1	–	63%	1	–	48%
Oui	0,78	[0,59-1,02]	72%	0,72*	[0,56-0,94]	47%	0,89	[0,71-1,12]	45%
Âge au moment du bilans infirmiers									
Moins de 24 ans	1	–	80%	1	–	62%	1	–	44%
Entre 24 et 29 ans	0,92	[0,71-1,20]	82%	0,91	[0,72-1,15]	63%	1,06	[0,88-1,30]	45%
Entre 30 et 39 ans	0,88	[0,64-1,20]	77%	0,75	[0,56-1,01]	51%	1,19	[0,94-1,52]	50%
40 ans ou plus	1,05	[0,69-1,59]	77%	0,55**	[0,37-0,82]	41%	1,74***	[1,25-2,42]	60%
Statut marital									
En couple (marié ou non)	1	–	76%	1	–	53%	1	–	47%
Célibataire, veuf, séparé, divorcé	1,19	[0,92-1,52]	83%	1,18	[0,94-1,47]	63%	1,00	[0,83-1,21]	47%
Pays d'origine									
Afghanistan	1	–	64%	1	–	40%	1	–	41%
Soudan	2,50***	[1,54-4,08]	89%	0,93	[0,61-1,43]	77%	1,04	[0,82-1,32]	43%
Érythrée	1,76*	[1,004-3,08]	85%	0,91	[0,54-1,51]	80%	0,99	[0,70-1,39]	38%
Somalie	2,29***	[1,42-3,71]	87%	0,95	[0,61-1,47]	70%	1,69**	[1,24-2,30]	54%
Guinée	3,52***	[1,99-6,23]	92%	1,33	[0,85-2,08]	67%	1,71**	[1,22-2,39]	57%
Éthiopie	3,38***	[1,82-6,26]	90%	1,14	[0,69-1,89]	76%	1,14	[0,80-1,63]	44%
Autre pays d'Afrique	2,72***	[1,75-4,23]	86%	0,69	[0,46-1,03]	55%	1,52**	[1,14;-,02]	51%
Autre pays du Proche-Orient / Moyen-Orient	2,17***	[1,47-3,20]	82%	1,11	[0,78-1,59]	41%	2,18***	[1,58-3,01]	64%
Autre pays	0,95	[0,54-1,67]	56%	0,5	[0,24-1,03]	24%	1,21	[0,75-1,96]	44%
Durée du parcours migratoire									
Moins d'1 année civile	1	–	76%	1	–	41%	–	–	–
1 année civile	1,07	[0,78-1,46]	81%	1,89***	[1,40-2,54]	62%	–	–	–
2 années civiles	1,23	[0,89-1,70]	78%	2,18***	[1,60-2,97]	58%	–	–	–
3 années civiles	1,86**	[1,21-2,86]	86%	2,88***	[1,99-4,17]	64%	–	–	–
4 années civiles ou +	1,18	[0,83-1,67]	83%	2,80***	[2,02-3,89]	69%	–	–	–
Niveau de scolarité le plus élevé atteint									
Jamais scolarisé	1	–	80%	1	–	61%	1	–	44%
Primaire, élémentaire	0,73*	[0,55-0,97]	78%	0,81	[0,63-1,05]	60%	0,95	[0,77-1,18]	44%
Secondaire	0,95	[0,72-1,28]	80%	0,86	[0,66-1,12]	58%	1,16	[0,93-1,44]	48%
Supérieur	1,03	[0,71-1,51]	81%	0,91	[0,64-1,29]	48%	1,29	[0,97-1,72]	55%
Parcours migratoire passant par la Libye									
Non	1	–	71%	1	–	37%	–	–	–
Oui	2,16***	[1,47-3,16]	90%	7,22***	[5,25-9,93]	81%	–	–	–

*** : p<0,001 / ** : p< 0,01 / * : p<0,05.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

À « autres caractéristiques » (sexe, présence de membres de la famille en France, âge au moment du bilan infirmier, statut marital, niveau scolaire le plus élevé atteint, durée du trajet migratoire, passage ou non de ce trajet par la Libye) données par ailleurs, le fait d'être originaire du Soudan plutôt que d'Afghanistan multiplie par 2,50 la probabilité de déclarer avoir vécu des violences, tous lieux de survenue confondus (OR=2,5, significatif au seuil de 1‰ ; IC=[1,54 ;4,08]) ; 89% des personnes originaires du Soudan interrogées dans les bilans infirmiers au CPA, au CHUM et au CAES ont déclaré avoir fait l'expérience (comme témoins ou victimes) d'au moins un acte de violence.

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

NB : le nombre de répondants pris en compte dans M1 d'une part, dans M2 et M3 d'autre part, diffère car le lieu des violences n'est pas systématiquement renseigné dans les bilans infirmiers.

Tableau 7

Caractéristiques de santé des primo-arrivants ayant bénéficié d'un bilan infirmier entre octobre 2015 et juillet 2018, en Île-de-France

	Bilans mobiles versions 1 et 2	Bilans CPA	Bilans CHUM d'Ivry	Bilans CAES	Sous-total bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES	Total tous les bilans
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Dernière visite chez le médecin						
N'a jamais consulté un médecin	7% (265)	11% (657)	8% (67)	10% (26)	11% (750)	9% (1 015)
Moins d'un an	67% (2 600)	64% (3 812)	72% (632)	68% (183)	65% (4 627)	66% (7 227)
Entre 1 et 2 ans	9% (360)	11% (655)	11% (97)	12% (32)	11% (784)	11% (784)
Plus de 2 ans	17% (653)	14% (852)	10% (85)	10% (28)	14% (965)	14% (965)
Couverture santé						
Non	75% (2 616)	97% (7 364)	87% (988)	79% (298)	95% (8 650)	90% (11 266)
Oui	25% (865)	3% (207)	13% (147)	21% (81)	5% (435)	10% (1 300)
Déclaration d'un problème de santé somatique chronique						
Non	73% (3 315)	60% (4 838)	62% (756)	47% (186)	60% (5 780)	64% (9 095)
Oui	27% (1 222)	40% (3 233)	38% (473)	53% (207)	40% (3 913)	36% (5 135)
Déclaration d'un problème de santé somatique aigu						
Non	22% (984)	20% (1 575)	34% (420)	36% (140)	22% (2 135)	22% (3 119)
Oui	78% (3 553)	80% (6 496)	66% (809)	64% (253)	78% (7 558)	78% (11 111)
État de santé perçu						
Très bon	9% (380)	2% (137)	1% (14)	6% (15)	2% (166)	5% (546)
Bon	52% (2 148)	50% (3 357)	45% (464)	36% (98)	49% (3 919)	50% (6 067)
Moyen	30% (1 248)	44% (2 969)	42% (435)	39% (104)	44% (3 508)	39% (4 756)
Mauvais	8% (343)	4% (257)	9% (87)	16% (44)	5% (388)	6% (731)
Très mauvais	1% (22)	0% (31)	2% (24)	3% (8)	1% (63)	7% (816)
Troubles du sommeil						
Jamais	72% (2 280)	67% (4 380)	51% (522)	50% (157)	65% (5 059)	67% (7 339)
Parfois	14% (456)	13% (821)	25% (254)	18% (56)	14% (1 131)	14% (1 587)
Souvent	8% (247)	15% (948)	18% (189)	19% (59)	15% (1 196)	13% (1 443)
Très souvent	6% (185)	5% (345)	6% (65)	13% (40)	6% (450)	6% (635)
Se sent particulièrement triste						
Jamais	X	70% (4 385)	50% (503)	47% (141)	66% (5 029)	66% (5 029)
Parfois	X	13% (843)	25% (252)	25% (75)	15% (1 170)	15% (1 170)
Souvent	X	13% (837)	19% (188)	18% (55)	14% (1 080)	14% (1 080)
Très souvent	X	3% (231)	6% (55)	11% (32)	4% (318)	4% (318)
Dit éprouver un sentiment de solitude						
Très seul	12% (537)	7% (480)	13% (142)	27% (73)	8% (695)	10% (1232)
Seul	45% (1 954)	52% (3 703)	27% (288)	37% (98)	48% (4 089)	47% (6 043)
Entouré	40% (1 740)	41% (2 927)	55% (587)	36% (97)	43% (3 611)	42% (5 351)
Très entouré	2% (108)	1% (43)	4% (41)	0% (0)	1% (84)	2% (192)
Souhaite rencontrer un professionnel de santé mentale						
Non	72% (3 057)	78% (5 227)	63% (591)	65% (190)	76% (6 008)	74% (9 065)
Oui	28% (1 172)	22% (1 481)	37% (347)	35% (104)	24% (1 932)	26% (3 104)

9% des patients rencontrés dans les bilans mobiles v1 et v2 déclarent percevoir leur état de santé comme très bon. Tous bilans confondus, 5% font la même déclaration.

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

Tableau 8

État de santé et expériences des violences à différentes étapes de l'accueil sanitaire de migrants primo-arrivants en Île-de-France entre octobre 2015 et juillet 2018

	Déclaration de violences vécues (victime ou témoin)							
	Bilans CPA		Bilans CHUM d'Ivry		Bilans CAES		Total bilans CPA, CHUM d'Ivry et CAES	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Déclaration d'un problème de santé somatique chronique	p=0,000		p=0,603		p=0735		p=0,000	
Non	26% (293)	74% (851)	26% (150)	74% (431)	10% (5)	90% (45)	25% (448)	75% (1 327)
Oui	10% (99)	90% (906)	24% (87)	76% (271)	12% (10)	88% (74)	14% (196)	86% (1 251)
Déclaration d'un problème de santé somatique aigu	p=0,000		p=0,043		p=0,881		p=0,047	
Non	11% (56)	89% (439)	29% (88)	71% (211)	11% (6)	89% (50)	18% (150)	82% (700)
Oui	20% (336)	80% (1 318)	23% (149)	77% (491)	12% (9)	88% (69)	21% (494)	79% (1 878)
État de santé perçu	p=0,000		p=0,355		x		p=0,000	
Très bon / Bon	28% (235)	72% (600)	27% (102)	73% (273)	13% (4)	87% (27)	27% (341)	73% (900)
Moyen	12% (106)	88% (784)	24% (90)	76% (280)	15% (7)	85% (41)	16% (203)	84% (1 105)
Mauvais / Très mauvais	13% (17)	87% (112)	20% (19)	80% (74)	4% (1)	96% (25)	15% (37)	85% (211)
Troubles du sommeil	p=0,000		p=0,000		x		p=0,000	
Jamais	30% (296)	70% (691)	37% (158)	63% (271)	21% (11)	79% (42)	32% (465)	68% (1 004)
Parfois	8% (27)	92% (302)	21% (47)	79% (174)	0% (0)	100% (18)	13% (74)	87% (494)
Souvent ou très souvent	8% (54)	92% (584)	10% (24)	90% (205)	8% (4)	92% (49)	9% (82)	91% (838)
Se sent particulièrement triste	p=0,000		p=0,000		x		p=0,000	
Jamais	31% (297)	69% (668)	38% (159)	62% (257)	24% (9)	76% (29)	33% (465)	67% (954)
Parfois	8% (29)	92% (319)	19% (40)	81% (174)	6% (2)	94% (33)	12% (71)	88% (526)
Souvent ou très souvent	8% (43)	92% (518)	12% (26)	88% (200)	9% (4)	91% (41)	9% (73)	91% (759)
Dit éprouver un sentiment de solitude	p=0,584		p=0,000		x		p=0,002	
Très seul	21% (37)	79% (138)	13% (17)	87% (117)	3% (1)	97% (28)	16% (55)	84% (283)
Seul	19% (178)	81% (770)	18% (42)	82% (190)	13% (6)	87% (39)	18% (226)	82% (999)
Entouré ou très entouré	18% (156)	82% (717)	32% (163)	68% (342)	19% (8)	81% (34)	23% (327)	77% (1 093)
Souhaite rencontrer un professionnel de santé mentale	p=0,000		p=0,000		x		p=0,000	
Non	27% (319)	73% (875)	33% (159)	67% (317)	9% (5)	91% (52)	28% (483)	72% (1 244)
Oui	6% (45)	94% (705)	14% (43)	86% (264)	10% (6)	90% (57)	8% (94)	92% (1 026)

73% des personnes déclarant un état de santé bon ou très bon rapportent avoir vécu des violences, alors que 85% de celles qui déclarent un état de santé mauvais ou très mauvais déclarent avoir vécu de tels actes. D'après le test du Chi2, la corrélation entre l'état de santé perçu et le fait d'avoir vécu des violences est significative à un seuil ≤0,0001 (p=0,000).

NB : « x » signifie que les conditions d'effectifs nécessaires à la réalisation du test de Chi2 n'étaient pas réunies.

CPA : Centre de premier accueil ; CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour femmes et familles migrantes ; CAES : Centres d'accueil et d'examen des situations.

migration et les événements (violences et états de santé) qui ont pu la caractériser. Toutes les questions ne peuvent pas être posées de manière idéale à tous les patients. L'interrogation des violences n'est pas chose aisée auprès d'une population dont le statut administratif incertain peut motiver la défiance envers les soignants. On peut d'ailleurs supposer que des biais de réponse existent, dans un sens de sur-déclaration (récit compatible avec le statut de demandeur d'asile) et de sous-déclaration (manque de confiance envers des inconnus). L'interrogation portant sur la santé n'est pas plus facile. Infirmiers et interprètes insistent sur leurs difficultés à aborder les questions de santé mentale et à traduire les notions pertinentes auprès de populations socialisées dans des systèmes de santé très divers. Ils se disent également démunis, faute de pouvoir proposer à des patients de passage une prise en charge de long terme en santé mentale.

Dans une perspective d'amélioration des conditions d'accès et de recours aux soins de primo-arrivants en France, nos résultats invitent à suggérer plusieurs pistes.

Autant que l'entretien le permet, si possible avec l'aide d'un interprète, des questions méritent d'être explicitement posées sur l'expérience des violences, comme l'attestent les spectaculaires écarts entre les fréquences de violences vécues, enregistrées dans les bilans mobiles (fréquences-planchers) et dans les autres bilans infirmiers.

Selon les conditions dans lesquelles ils sont placés pour mener leurs consultations, et à défaut de pouvoir poser systématiquement ces questions directes sur les violences, les personnels soignants pourraient interroger les patients en hiérarchisant la priorité de recueil des informations. L'idée est de pouvoir approcher la connaissance des violences dont les patients ont pu faire l'expérience, en s'adaptant au déroulement – toujours différent, jamais idéal – de l'entretien.

Si un entretien détaillé est possible, que le patient est en confiance pour se livrer, que ces questions ne provoquent pas sa lassitude – parce que des professionnels les lui auraient déjà posées plusieurs fois (effet de multiplication des « guichets ») –, connaître son pays d'origine et les pays qu'il a traversés paraît une priorité pour dépister de possibles violences vécues. Toute information additionnelle, sur la durée de sa migration et le fait qu'il aurait migré seul ou pas, peut apporter des indices supplémentaires. Typiquement, un patient dont on saurait qu'il est originaire d'Afrique de l'Est, qu'il a traversé la Libye, que sa durée de migration a été relativement longue (par rapport à la durée moyenne de migration des personnes originaires des mêmes pays) et qu'il a migré seul, est particulièrement susceptible d'avoir vécu des violences.

L'analyse des données des bilans infirmiers montre qu'il existe, face à ces difficultés d'entretien, d'importants effets d'apprentissage parmi les équipes alliant soignants et interprètes, en collaboration avec les statisticiens, démographes et épidémiologistes qui concourent à établir les grilles d'entretien de ces bilans : les violences vécues sont mieux enregistrées et dépistées qu'elles ne l'étaient initialement. Pour faciliter encore la mission des soignants qui réalisent les bilans infirmiers, des formations les associant aux interprètes et aux autres équipes de soin (notamment en santé mentale) vers lesquelles les patients sont orientés sont également indispensables.

Pour questionner les violences autant que la santé dans des conditions d'entretien « sensibles », prêter attention aux aspects méthodologiques et pratiques du travail permet d'améliorer la collecte des données : pour le dépistage et l'orientation sanitaire au service du patient, pour une meilleure connaissance socio-épidémiologique. Autant de conclusions qui ne doivent pas non plus être négligées pour la connaissance des violences en population générale[20]. ■

Remerciements

Merci à la Mission Migrants du Samusocial de Paris. Dans le grand écart entre le service aux patients et l'interprétation des données, interprètes et infirmières montrent qu'une déstandardisation de la collecte des données de santé peut être remarquablement pertinente[11], dans des conditions normales d'exercice qui sont tout sauf standards[21].

Références

[1] Eurostat. Statistiques sur l'asile. Demandes d'asile (de ressortissants de pays tiers) dans les États membres de l'UE-28, 2006-2017. Stat Explain. 2018. [Internet]. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.27asile:_chute_en_2017

[2] Beauchemin C, Ichou M. Au-delà de la crise des migrants : décentrer le regard. Paris: Karthala; 2016. 198 p.

[3] Sheppard E. Problème public. In: Boussaguet L, Jacquot S, Ravinet P. Dictionnaire des politiques publiques. Paris: Presses de Sciences Po; 2014. p. 530-8.

[4] Eberhard M, Le Méner E, Segol E. Qui sont les migrants mis à l'abri ? (Île-de-France, juin 2015-novembre 2016). Rapport pour la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement d'Île-de-France. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris; 2018. 110 p. http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_migrants_paris_obs_ssp_.pdf

[5] Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, *et al*. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. Lancet. 2018;392(10164):2606-54.

[6] Siffert I, Cordone A, Réginal M, Le Méner E. L'accès aux soins des « migrants » en Île-de-France. Une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Île-de-France, au printemps 2017. Paris: Observatoire du Samusocial de Paris; 2018. 181 p.

[7] Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):405-14. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13474

[8] Médecins du monde, Centre Primo Levi. La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique. Paris: Médecins du Monde/Centre Primo Levi; 2018. 34 p. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles

[9] Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeants des migrants évacués des campements parisiens. Bull Épidémiol Hebd. 2017;(19-20):382-8. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13471

[10] Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, *et al*. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015-octobre 2016. Bull Épidémiol Hebd. 2017;(19-20):374-81. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13470

[11] Peneff J. The observers observed: French survey researchers at work. Soc Probl. 1988;35(5):520-35.

[12] Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France : état des lieux. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2010. 280 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux

[13] Cavalin C. Panorama des violences subies et des personnes qui s'en déclarent victimes. In: Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France : état des lieux. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2010. p. 71-83. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux

[14] Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The healthy immigrant effect and immigrant selection: Evidence from four countries. McMaster University: SEDAP Res Pap. 2006;(164):54.

[15] Bruno AS. L'usure des travailleurs vieillissants à l'épreuve de la nationalité. Le cas des migrants de Tunisie en région parisienne dans la seconde moitié du XXe siècle. Psychol Trav Organ. 2019;25(1):6-15.

[16] Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Question d'économie de la santé (Irdes). 2012;(172):1-8. https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf

[17] Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working age population. J Clin Epidemiol. 1997;50(5):517-28.

[18] Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, *et al*. Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003. 370 p.

[19] Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008. 609 p.

[20] Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Cah Santé Publique Prot Soc. 2011;9-18.

[21] Garfinkel H. Good organizational reasons for « bad » clinic records. In: Garfinkel H, editors. Studies in ethnomethodology. Cambridge: Polity Press; 1984. p. 186-207.

Citer cet article

Engliz-Bey E, Cavalin C, Brocvielle M, Le Méner E. Violences subies et état de santé : résultats et enseignements de santé publique tirés de bilans infirmiers réalisés en Île-de-France auprès de populations migrantes (octobre 2015-juillet 2018). Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18):312-26. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_1.html

IMPACT DES VIOLENCES DE GENRE SUR LA SANTÉ DES EXILÉ(E)S

// THE IMPACT OF GENDER-BASED VIOLENCE ON THE EXILES' HEALTH

Marie Petruzzi (Marie.Petruzzi@comede.org), Arnaud Veïsse, Laure Wolmark, Claire Fessard, Laura Weinich, Joseph Rustico

Comité pour la santé des exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, France

Soumis le 26.12.2018 // *Date of submission: 12.26.2018*

Résumé // Abstract

Objectifs et méthodes – Cette étude a pour but d'évaluer la fréquence des violences fondées sur le genre parmi les personnes exilées suivies au Comité pour la santé des exilés (Comede), les caractéristiques des victimes, ainsi que l'impact de ces violences sur la santé. Elle se fonde sur des données recueillies auprès des 2 065 femmes, dont 449 femmes enceintes, et 3 816 hommes ayant bénéficié d'un bilan de santé et d'un suivi médical au Centre de santé du Comede entre 2012 et 2017, ainsi que des personnes suivies en psychothérapie.

Résultats et discussion – Entre 2012 et 2017 au Comede, des antécédents de violences de genre ont été retrouvés chez 30% des femmes et 4% des hommes. Ces violences sont plus fréquentes chez les jeunes et chez les exilés originaires d'Afrique subsaharienne. Elles sont très liées à la situation de vulnérabilité sociale, en particulier une partie des viols subis par les femmes ayant lieu en France. Les troubles psychiques graves sont particulièrement fréquents parmi les victimes (59% des femmes et 84,9% des hommes) et sévères sur le plan clinique, plus des trois quarts des patients concernés souffrant de syndromes psychotraumatiques et de traumas complexes. Les victimes de violence fondées sur le genre sont également plus souvent atteintes d'infection par le VIH et relèvent plus souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, incluant des soins ostéopathiques. Ces résultats corroborent en partie d'autres travaux réalisés sur le sujet, ces violences apparaissant notamment plus fréquentes parmi les femmes et plus sévères parmi les hommes exilés.

Conclusion – Cette étude met en lumière l'impact des violences de genre dans un contexte de multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé, la perpétuation de certaines violences en France signant l'insuffisance ou la défaillance des dispositifs de protection théoriquement prévus. Les actions de prévention et de soins reposent sur la création d'espaces de parole rassurants, individuels et collectifs, dans un cadre pluridisciplinaire intégrant la nécessité de la « mise à l'abri » des personnes exilées.

Objectives and Methods – *This study aims to assess the prevalence of gender-based violence among exiles who benefit from a medical follow-up at Committee for the Health of Exiles (Comede), to highlight the characteristics of victims and the impact of victimisation on their health status. The study is based on data collected among 2,065 women (among whom there are 449 pregnant women) and 3,816 men who benefitted from a health checkup and a medical follow-up at the Comede health center between 2012 and 2017, as well as people for psychological care.*

Results and Discussion – *Between 2012 and 2017, 30% of the women and 4% of the men received at Comede reported a previous experience of gender-based violence. This victimisation is more frequent among young people, as well as among exiles coming from Sub-Saharan Africa. It is closely related with situations of social vulnerability, showed by the fact that some of the rapes occurred in France. Serious mental disorders are particularly frequent among victims (59% of the women and 84,9% of the men among the victims), and serious on a clinical level, with more than 75% of the victims suffering from Post Traumatic Stress Disorder and complex traumas. Gender-based violence victims are also more often infected by HIV, and a multidisciplinary care including osteopathy is more appropriate for them. These results partly match other studies conducted on the same topics, particularly because women are more often affected by violence, and because male victims are more often exposed to severe forms of violence.*

Conclusion – *This study highlights the impact of gender-based violence in a context where multiple vulnerability factors threaten health, the perpetuation of some violence in France signifying the inadequacy or failure of theoretically planned protection mechanisms. Prevention and healthcare require the creation of secure spaces where victims can talk and be listened to, with a mutlidisciplinary staff and safe sheltering.*

Mots-clés : Violences, Genre, Migrants, Exilés, Santé
// *Keywords: Violence, Gender, Migrants, Exiles, Health*

Introduction

Le thème du présent dossier du Bulletin épidémiologique hebdomadaire se situe au croisement de plusieurs priorités de santé publique parmi les populations exilées. L'expérience de l'exil se confond largement avec celle de la violence, depuis le pays d'origine, pendant le trajet et jusque dans le pays d'accueil, les antécédents de violences intentionnelles (tortures, violences de genre) constituant l'un des principaux facteurs de risque de psychotraumatismes chez les exilés [1]. En outre, les discriminations liées au genre expliquent largement les indicateurs de santé plus souvent défavorables parmi les femmes exilées, que ce soit sur le plan de la santé mentale ou sur celui des maladies chroniques, notamment infectieuses. Enfin, si les femmes sont les principales victimes des violences de genre, l'émergence au cours des dernières années de la question du genre dans le parcours d'exil d'hommes fuyant notamment des persécutions en raison de leur homosexualité, conduit à interroger également les rapports entre santé, genre, violences et migrations pour l'ensemble des exilés.

La présente étude a pour objectif d'évaluer la fréquence des violences fondées sur le genre (également appelées « violences de genre » dans cet article) subies par une population de personnes exilées suivies au Comede, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des victimes et les conséquences de ces violences en matière de santé sur le plan social, médical et psychologique. Elle se fonde sur les données de l'Observatoire du Comede recueillies auprès des 2 065 femmes, dont 449 femmes enceintes, et 3 816 hommes ayant bénéficié d'un bilan de santé et d'un suivi médical au Centre de santé du Comede entre 2012 et 2017.

Matériel et méthodes

Les résultats suivants sont issus d'une analyse descriptive et rétrospective des indicateurs renseignés dans le dispositif d'observation du Centre de santé du Comede entre 2012 et 2017, au moyen d'une base de données informatisée. Les indicateurs utilisés dans cette étude regroupent les caractéristiques sociodémographiques des patients, leur situation de vulnérabilité sociale, les antécédents de violences, les résultats des bilans de santé en termes de prévalence des principales maladies graves, ainsi que les principaux éléments cliniques pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Les degrés de significativité des associations observées sont calculés par test du Chi2 à l'aide du logiciel Epi Info.

Le repérage des antécédents de violence est effectué dans le cadre du bilan de santé du Comede depuis 2012 en distinguant, au sein de l'ensemble des violences subies (définition OMS, 2002), deux formes de violences intentionnelles : les tortures (définition ONU, 1984) et les violences fondées sur le genre (voir encadré). Est également renseignée la situation de vulnérabilité sociale à l'aide de huit critères : obstacle linguistique, précarité de l'hébergement, des ressources financières et du statut administratif, isolement relationnel, difficulté de déplacement, absence de protection maladie et difficulté d'accès à l'alimentation. Les personnes qui remplissent au moins cinq de ces huit critères sont considérées en situation de détresse sociale et bénéficient d'un accueil prioritaire au Comede. Le bilan de santé a été pratiqué par 95% des patients suivis en médecine sur la période étudiée (non proposé dans 4% des cas, et refus du patient dans moins de 1% des cas).

L'ensemble des résultats (fréquence des indicateurs observés et taux de prévalence des maladies graves dépistées et diagnostiquées) sont rapportés à la file active des personnes suivies en médecine au Centre de santé du Comede sur la période d'étude, soit 5 881 personnes entre 2012 et 2017. Certaines données précisées dans le texte sont issues de recueils spécifiques sur la même période, concernant la grossesse (caractérisation de la situation de 449 femmes enceintes), les personnes également suivies en psychothérapie (849 patients), le recours aux consultations d'ostéopathie ainsi que, pour l'année 2017, des précisions supplémentaires sur les types de violences subies.

Résultats

Entre 2012 et 2017, 5 881 personnes ont été suivies en médecine au Centre de santé du Comede, dont 2 065 femmes (35%) et 3 816 hommes (65%). Jeunes (âge médian 31 ans, moyen 33 ans) et récemment arrivés en France (médiane 1 an, moyenne 2 ans), ces exilés de 100 nationalités sont principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (total 30%, Guinée Conakry 12%, Mali 6%, Côte d'Ivoire 5%), d'Asie du Sud (total 27%, Bangladesh 16%, Sri Lanka 9%), d'Afrique centrale (total 27%, République démocratique du Congo 20%) et d'Europe de l'Est (total 5%). En matière de formation initiale, 66% des patients déclarent avoir accompli des études secondaires (47% dont formation professionnelle) ou universitaires (19%) et 26% des études primaires, tandis que 8% ne sont pas allés à l'école.

La moitié de ces exilés ont entrepris des démarches de demande d'asile (54%), la plupart des autres étant également en situation de séjour précaire (irrégulier ou document provisoire, seuls 9% bénéficient d'une situation stable, incluant les mineurs non assujettis à la détention d'un titre de séjour). Ces personnes cumulent des facteurs de vulnérabilité sociale : la quasi-totalité d'entre elles ont des ressources financières inférieures au plafond de la CMUc, 78% sont dépourvues de protection maladie lors du premier recours au Comede, 39% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais, 21% n'ont pu manger à leur faim dans les 3 jours précédant la consultation et 19% n'ont aucun proche « avec qui partager leurs émotions ». La situation de l'hébergement est particulièrement dégradée, 44% des patients s'étant trouvés sans hébergement au cours de l'année 2017 (19% à la rue et 13% en hébergement d'urgence). Sur l'ensemble de la période étudiée, 23% des personnes ont été considérées en situation de détresse sociale.

Encadré

Définitions des violences fondées sur le genre

- **Définition utilisée au Comede**

Tous les antécédents de violence de genre sont entendus comme intervenant dans le pays d'origine, lors du voyage et en France jusqu'à la première consultation au Comede. Ces violences associent :

- les violences « à l'égard des femmes » (ONU, 1993) : désignent les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ;
- les violences sexuelles (OMS, 2002) : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ;
- les violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuelles, bisexuelles, transexuelles, transgenres, du fait de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre.

NB : concernant les femmes, l'ensemble de ces violences sont ainsi repérées lorsqu'elles ont été subies « en tant que femmes », et ne correspondent pas à l'ensemble des violences subies par les femmes (60% *versus* 30% de violences fondées sur le genre voir tableau 1).

- **Définition de l'Union européenne**

Adoptée en 2012, la Directive de l'UE sur les victimes définit la violence fondée sur le genre comme celle dirigée contre une personne en raison de son sexe, de son identité ou expression de genre ou celle qui touche de manière disproportionnée les personnes d'un sexe en particulier. Elle s'entend comme une forme de discrimination et une violation des libertés fondamentales de la victime et comprend les violences domestiques, sexuelles, la traite des êtres humains, l'esclavage ainsi que différentes formes de pratiques préjudiciables telles que les mariages forcés, les mutilations génitales féminines et les soi-disant « crimes d'honneur ». Il peut en résulter une atteinte à l'intégrité physique, sexuelles, émotionnelle ou ou psychologique de la victime ou une perte matérielle pour celle-ci. (article 17).

Ces définitions, ainsi que d'autres comme celle de l'Article 3 de la Convention européenne pour l'élimination des violences faites aux femmes (Convention d'Istanbul 2011), montrent à la fois la diversité des modes d'approche des violences « à l'égard des femmes », « sexuelles » et « fondées sur le genre », et le fait que ces violences, très liées, ne se recouvrent pas exactement. En particulier, les usages que réservent au « genre » l'épidémiologie et les sciences sociales ne sont pas toujours exactement accordés. Dans la présente recherche, l'appellation de violences « fondées sur le genre », de préférence à toute autre, indique le caractère social et politique des relations entre les sexes, dans une dynamique étroite entre genre et sexualité[2].

Tableau 1

Fréquence des antécédents de violences par sexe, et selon les types de violence, parmi les patients du Comede suivis en médecine, 2012-2017

Type de violence	Antécédents de violence %	
	Femmes	Hommes
	n=2 065	n=3 816
Toutes violences, OMS	60%	63%
Tortures, ONU	9%	18%
Violences de genre	30%	4%

Repérés lors du bilan de santé, des antécédents de violences (définition OMS) ont été retrouvés parmi 60% des femmes et 63% des hommes (tableau 1). En particulier, des tortures ont été caractérisées chez 9% des femmes et 18% des hommes, et des violences de genre chez 30% des femmes et 4% des hommes. Les violences de genre représentent ainsi la moitié des violences rapportées parmi les femmes exilées, et 6% des violences rapportées parmi les hommes. S'agissant plus précisément des antécédents de viols, deux sources de données complémentaires recueillies au Comede permettent d'apporter quelques précisions. D'une part, parmi 449 femmes enceintes suivies sur la période d'étude, 14% étaient enceintes à la suite d'un viol. D'autre part, parmi 44 situations de viols caractérisées dans les dossiers médicaux en 2017, 18% correspondaient à des viols subis en France.

Les victimes de violence fondées sur le genre étaient plus jeunes (âge médian 29 ans, moyen 31 ans) que les autres patients, la catégorie d'âge la plus exposée (tableau 2) étant les 18-25 ans (44% des femmes et 8% des hommes), la fréquence de ces antécédents diminuant progressivement pour les deux sexes parmi les personnes plus âgées. La fréquence des antécédents de violence de genre différait également selon les pays d'origine (tableau 3). Ces violences étaient plus fréquentes parmi les femmes d'Afrique de l'Ouest (total 42%,

Guinée Conakry 50%, Sénégal 40%, Mali 38%, Côte d'Ivoire 35%), d'Afrique de l'Est (34%), ainsi que du Sri Lanka (37%) et de la République démocratique du Congo (32%). Concernant les hommes, les antécédents étaient plus fréquents pour l'Afrique centrale (total 7%, République démocratique du Congo 9%, Cameroun 8%) ainsi que pour la Guinée Conakry (11%) et le Sénégal (7%). Sur le plan de la vulnérabilité sociale, les victimes de violence de genre se trouvaient plus souvent en situation de détresse sociale (31% *versus* 22% des personnes sans antécédent, p<0,001), en particulier sur le plan de l'isolement relationnel (33% *versus* 17%).

Tableau 2

Fréquence des antécédents de violences de genre par sexe et par âge, parmi les patients du Comede suivis en médecine, 2012-2017

Âge	Antécédents de violence de genre, % (n)	
	Femmes	Hommes
	30% (2 065)	4% (3 816)
Mineurs <18 ans	7% (107)	<1% (505)
≥18 et <25 ans	44% (332)	8% (539)
≥25 et <30 ans	38% (433)	6% (837)
≥30 et <40 ans	36% (600)	4% (1 254)
≥40 et <50 ans	26% (256)	2% (465)
≥50 et <60 ans	10% (180)	1% (142)
Âgés ≥65 ans	2% (157)	1% (74)

Tableau 3

Fréquence des antécédents de violence de genre par sexe, par région et pays d'origine, parmi les patientes du Comede suivis en médecine, 2012-2017

Région et pays	Antécédents de violence de genre, % (n)	
	Femmes	Hommes
	30% (2 065)	4% (3 816)
Afrique centrale	31% (937)	7% (634)
Angola	23% (47)	2% (44)
Cameroun	24% (54)	8% (38)
Congo	27% (66)	3% (72)
République démocratique du Congo	32% (734)	9% (456)
Afrique de l'Est	34% (47)	6% (116)
Afrique du Nord	7% (56)	1% (81)
Algérie	5% (39)	3% (34)
Afrique de l'Ouest	42% (544)	6% (1 209)
Côte d'Ivoire	35% (136)	5% (132)
Guinée Conakry	50% (237)	11% (482)
Mali	38% (39)	1% (319)
Sénégal	40% (48)	7% (61)
Asie du Sud	29% (245)	2% (1 369)
Bangladesh	21% (84)	1% (851)
Sri Lanka	37% (145)	2% (373)
Europe de l'Est	5% (118)	3% (175)
Russie	3% (40)	2% (48)

Au terme du bilan de santé, les taux de prévalence de certaines maladies apparaissaient significativement plus élevés parmi les victimes de violence de genre (tableau 4). Première cause de morbidité parmi l'ensemble des exilés (25,5% des femmes et 23,4% des hommes sur la période observée), les troubles psychiques graves affectent la majorité des victimes (59% des femmes et 84,9% des hommes), alors que les taux de prévalence se situent respectivement à 11,1% des femmes et 20,7% des hommes chez qui de tels antécédents n'ont pas été relatés, ces différences étant très significatives pour les deux sexes (p<0,001).

Plus fréquents, les troubles psychiques étaient également plus marqués sur le plan clinique, selon les données spécifiques concernant les personnes suivies en psychothérapie sur la période. Les victimes de violence de genre présentaient plus fréquemment des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire (51% des femmes et 61% des hommes, *versus* 34% et 50% des autres patients), ainsi que des idées suicidaires (30% et 39%, *vs* 27% et 27%), alors que des antécédents de tentatives de suicide concernaient 8% des femmes et 4% des hommes. Plus des trois quarts des patients concernés souffraient de syndromes psychotraumatiques et traumas complexes (respectivement 70% et 5% des femmes, et 68% et 10% des hommes. Voir définitions cliniques dans l'article de Veïsse A et coll. paru dans le BEH[1], les autres tableaux psychiatriques étant des dépressions (19% pour les deux sexes), troubles anxieux (5% des femmes et 2% des hommes), et troubles divers dont psychoses (1% pour les deux sexes).

L'infection par le VIH apparaît quatre fois plus fréquente parmi les femmes (4%, tableau 4) que parmi les hommes (1%). Les taux de prévalence diffèrent significativement selon les antécédents de violence de genre chez les femmes (5,1% *vs* 3,5%, p<0,001), et à un niveau plus faible chez les hommes (2,5% *vs* 0,9%, p=0,15) en raison d'un petit effectif

Tableau 4

Taux de prévalence des troubles psychiques graves et de l'infection par le VIH, par sexe et selon les antécédents de violences de genre, parmi les patientes du Comede suivis en médecine, 2012-2017

Taux de prévalence	Femmes % (n)	Hommes % (n)
Taux global troubles psychiques graves	25,5% (2 065)	23,4% (3 816)
Parmi les victimes de violences de genre	59,0% (622)	84,9% (159)
Parmi les autres patients	11,1% (1 443)	20,7% (3 657)
Taux global infection par le VIH	4,0% (2 065)	1,0% (3 816)
Parmi les victimes de violences de genre	5,1% (622)	2,5% (159)
Parmi les autres patients	3,5% (1 443)	0,9% (3 657)

(159 hommes victimes de violence de genre). Enfin, en lien avec des conséquences fréquentes en terme de douleurs diffuses[3], on observe sur la période d'étude une sollicitation deux fois plus importante des soins ostéopathiques parmi les victimes de violence de genre (13% *versus* 6% des autres patients, p<001).

Discussion

Représentativité et limites de l'étude

Les personnes suivies par le Comede cumulent des facteurs de vulnérabilité pour la santé, en raison notamment d'une orientation sélective (près de la moitié des patients du Centre de santé ont été adressés par des professionnels et associations) et d'un recrutement prioritaire pour les personnes en grande vulnérabilité sociale. Pour la plupart de ces personnes, l'expérience de l'exil résulte d'une succession de ruptures, traumatismes et persécutions, dans le pays d'origine et pendant le trajet, très corrélés aux phénomènes de violence. Ce sont en outre des personnes récemment arrivées en France (la moitié depuis moins d'un an), ce qui peut expliquer la part relativement faible des violences survenues sur le territoire, alors même que ces exilés doivent faire face à des conditions d'accueil particulièrement dégradées sur le plan juridique, administratif et social. En France en 2017, on pouvait estimer la population de ces exilés en séjour précaire à plus de 1 million de personnes, dont 101 000 nouveaux demandeurs d'asile et plus de 25 000 mineurs non accompagnés[4].

Les limites de cette étude sont liées à la difficulté de recueillir de manière systématique des données particulièrement sensibles, s'agissant des violences subies. En dépit de la relation de confiance instaurée au Comede et de la participation active des interprètes professionnels (34% des consultations effectuées en langue étrangère en 2017), il est probable qu'une partie de ces antécédents n'ait pas été exprimée par les patients même au cours du suivi ultérieur. En outre, les différentes formes de violence fondées sur le genre (dont les viols, mariages forcés et mutilations sexuelles) ne sont caractérisées que depuis 2017, ce qui ne permet pas d'en identifier dans la présente étude le poids et les conséquences spécifiques.

Ampleur des violences de genre

La violence fondée sur le genre est un problème majeur de santé publique dans le monde. L'Union européenne a adopté une directive sur les victimes en 2012 (encadré), qui recoupe largement les autres définitions rencontrées, dont celle utilisée par le Comede. Bien que les violences liées au genre puissent affecter aussi bien les hommes que les femmes, les victimes sont le plus souvent des femmes.

En France, la première Enquête nationale sur les violences faites aux femmes, Enveff[5], publiée en 2003, avait permis de montrer l'ampleur du phénomène en population générale, mais avec des effectifs de migrantes/étrangères trop faibles pour une analyse spécifique. À l'échelle européenne, une étude interrogeant 42 000 femmes dans les 28 États membres de l'Union[6], indiquait que 11% des femmes avaient subi une forme de violence sexuelle depuis l'âge de 15 ans, et 1 femme sur 20 avait été violée. Les enquêtes Événements de vie et santé (EVS)[7] en 2006 et Violences et rapports de genre, Virage, en 2017[8], incluent les hommes dans leur population d'étude et mettent en évidence, comme dans notre observation, une proportion plus importante de femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur vie (EVS : 11% des femmes *vs* 3% des hommes ; Virage : 14,5% *vs* 4%), ceci dans la limite de la comparabilité des données[7]. Les données de notre étude montrent une proportion nettement plus importante de violences de genre chez les femmes exilées (30%) et semblable chez les hommes (4%).

Les recherches sur la prévalence des violences sexuelles chez les exilés sont rares, mais elles tendent vers l'hypothèse que ces populations en sont plus souvent victimes[9]. C'est un des constats de l'enquête européenne précédemment citée[6] qui a pu comparer les prévalences chez les femmes étrangères et les femmes ressortissantes de l'Union européenne. Une enquête menée en 2012 en Belgique et aux Pays-Bas parmi 223 personnes réfugiées, demandeurs d'asile et sans-papiers relevait que 1 personne sur 5 avait subi des violences sexuelles, les victimes étant des femmes dans 69% des cas[10].

Le rapport européen 2015 de Médecins du Monde[11] sur l'accès aux soins des plus démunis, dont une grande majorité d'exilés, montre une prévalence des agressions sexuelles de 37,6% chez les femmes interrogées et de 7,3% chez les hommes. Le viol a été mentionné par 14,9% des personnes interrogées (24% des femmes et 5,4% des hommes). Les violences sexuelles sont survenues non seulement dans le pays d'origine, mais aussi lors du trajet et/ou après l'arrivée dans le pays d'accueil (21% des viols et 17,7% des agressions sexuelles après l'arrivée). Cette dernière proportion est proche de nos observations concernant la part d'antécédents de viols survenus en France (18%) parmi les patientes du Comede concernées, ainsi que de celle des femmes enceintes à la suite d'un viol (14%). Ce phénomène semble moins fréquent en population générale, comme dans cette étude prospective américaine d'un échantillon représentatif de 4 000 femmes suivies pendant 3 ans[12], qui montre un taux de grossesses issues de viol de 5%.

Mise en évidence dans notre étude, la plus grande fréquence des violences de genres parmi les personnes jeunes, et parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, est également corroborée par plusieurs travaux. L'enquête Virage[8] établit que le risque de viol et de tentatives de viol culmine parmi les personnes âgées de 20 à 34 ans, les autres agressions sexuelles étant également plus fréquentes au jeune âge. Concernant les pays d'origine, les rapports du PNUD[13] sur l'Indice de développement humain (IDH) et l'Indice d'Inégalité de genre (IIG) mettent en évidence la gravité particulière de la situation en Afrique concernant les discriminations envers les femmes, et leur impact en termes de santé, d'autonomisation

et d'accès au marché du travail. Inférieur de 5,9% à celui des hommes à l'échelle mondiale, l'IDH moyen des femmes présente un écart de 13,8% dans les pays à développement humain faible. Selon le rapport 2018 du PNUD, l'IIG est de 0,569 en Afrique subsaharienne, *versus* 0,270 en Europe et Asie centrale (région ONU) et 0,083 en France.

Violences de genre et état de santé

Dans l'observation du Comede, les violences de genre sont fortement liées à des situations de détresse sociale, notamment sur le plan de l'isolement relationnel, dont elles peuvent être à la fois la cause et la conséquence[1]. Plusieurs études insistent sur des facteurs de risque de violence de genre en lien avec la vulnérabilité sociale, comme la solitude, être sans abri ou vivre dans un hébergement très précaire[10,14]. L'étude des dossiers médicaux des femmes suivies au Comede victimes de viol en France pointe les graves conséquences des carences des dispositifs d'hébergement. Une patiente raconte les rapports sexuels non protégés avec un homme qui lui trouve des solutions d'hébergement : « Je me force, sinon je n'aurai rien ». Une femme a été séquestrée pendant quatre mois et violée, une autre est enceinte à la suite de viols ayant eu lieu pendant une séquestration d'un mois et demi en France. À la rue, une femme a été violée Gare du Nord, une autre dans un jardin public à Paris.

Les conséquences psychologiques, chez les femmes et les hommes, des viols et agressions sexuelles sont en général reconnues comme particulièrement fréquentes et graves[15]. Selon les auteurs, les taux d'état de stress post-traumatique après un viol oscillent entre 60% et 80% en population générale, ces données étant comparables aux conséquences psychiques graves retrouvées au Comede (59% des femmes et 84,9% des hommes concernés) et du même ordre, en termes de fréquence et de gravité, que les conséquences psychiques des tortures[1].

Dans notre observation, les conséquences psychotraumatiques des violences de genre apparaissent encore plus sévères pour les hommes. Parmi les victimes atteintes de troubles psychique, la prévalence de trauma complexe est de 10% chez les hommes, contre 5% chez les femmes, les troubles de la mémoire et de la concentration, les idées suicidaires et le recours aux urgences psychiatriques sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Dans l'expérience du Comede, il est fréquent que les hommes concernés témoignent de la crainte d'avoir été « transformés en femmes par les violences », « privés de leur virilité ». Par ailleurs, ils sont nombreux à s'assurer de la réelle confidentialité des entretiens, et à témoigner de leur crainte que « cela puisse se savoir ». On peut donc formuler l'hypothèse selon laquelle les hommes victimes de violence de genre n'en font le témoignage en consultation qu'au moment où ils ne peuvent plus tolérer les symptômes liés au psychotraumatisme, donc quand ces symptômes deviennent trop intenses, trop nombreux ou lorsqu'ils se chronicisent.

Cette observation pourrait également témoigner d'une plus ancienne et plus grande sensibilisation des acteurs de santé aux violences subies par les femmes, les rendant plus dicibles et audibles, et favorisant une prise en charge plus précoce que pour les hommes concernés. Dans tous les cas, les effets des violences ne peuvent uniquement être entendus sous l'angle de la construction sociale des rapports de genre, mais doivent l'être dans l'histoire singulière des patients[16].

La prévalence des idées suicidaires (30% des femmes et 39% des hommes) et tentatives de suicide (8% et 4%) est particulièrement élevée parmi les victimes de violence de genre suivies en psychothérapie au Comede. En population générale, selon une enquête rétrospective menée en 2010[17], les antécédents de violence sexuelle constituent chez les femmes l'un des facteurs les plus souvent associés à la survenue d'une tentative de suicide dans les 12 derniers mois. Par ailleurs, chez les hommes comme chez les femmes, les antécédents de violence sexuelle au cours de la vie sont fortement corrélés aux idées suicidaires (respectivement OR=3,1 et OR=2,7). La prévalence des idées suicidaires diffère fortement parmi les patients du Comede et parmi les répondants l'étude citée (3,9%) alors que la prévalence des tentatives de suicide est comparable : en 2010, 5,5% des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes). La fréquence de ces symptômes est beaucoup plus élevée dans l'enquête Impact, conduite en 2014 en France[18], évaluant la prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (idées suicidaires 78% et tentatives de suicide 42%).

Observées parmi les patients du Comede victimes de violence de genre, les différences de prévalence de l'infection par le VIH sont de même ampleur que celles décrites en 2013 par l'OMS, dont le rapport montre que, dans certaines régions du monde, le risque de contracter le VIH pour des femmes victimes de violences conjugales est 1,5 fois plus élevé que pour des femmes n'ayant pas subi de telles violences[19]. Plus largement, le risque de contracter une infection sexuellement transmissible varie de 4 à 30% selon les pays[14]. On peut noter en particulier la double vulnérabilité subie par les exilés d'Afrique subsaharienne surreprésentés parmi les victimes de violence de genre et les personnes vivant avec le VIH.

Conclusion

Les données recueillies au Comede concernant les violences liées au genre subies par les femmes et les hommes exilés mettent en lumière à la fois la fréquence de ces violences et l'impact sur leur santé, dans un contexte de multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé. Un certain nombre d'enjeux liés à la description et l'analyse de ces violences peuvent être soulignés. La typologie plus détaillée mise en place en 2017 au Comede, incluant notamment des violences moins souvent rencontrées en population générale en France, telles que les mutilations sexuelles

féminines et les mariages forcés, devrait être mieux renseignée pour affiner la description de ce phénomène. Par ailleurs, les données de notre étude font apparaître l'impact particulier des violences de genre sur la santé des hommes exilés, qu'il serait intéressant de développer dans le cadre d'autres recherches. Peu représentées dans cette étude, certaines populations particulièrement vulnérables pourraient faire l'objet de recherches intégrant ces questions de violences de genre, notamment les mineurs non accompagnés, ou encore les populations roms.

Les résultats de notre étude montrent à quel point les exilés sont malmenés dans le droit à disposer de leurs corps[20]. La perpétuation de certaines violences en pays d'accueil signe l'insuffisance ou la défaillance des dispositifs de protection théoriquement prévus, en particulier sur le plan de l'hébergement social et de la protection juridique, ce dont témoigne l'ensemble des acteurs associatifs et institutionnels (Défenseur des Droits, Fondation Abbé Pierre). Pour une partie des personnes concernées, les violences sexuelles sont associées à tout le parcours de vie, comme l'a déclaré une patiente du Comede : « Je suis née pour être violée ». En favorisant notamment des espaces de parole rassurants, individuels et collectifs, les actions de prévention, de soin et d'accompagnement pluridisciplinaires (médical, psychologique, social et juridique incluant le recours à des interprètes professionnels si besoin) doivent notamment déconstruire ce sentiment de fatalité et intégrer la nécessité de la protection et de la « mise à l'abri », dans les dimensions psychologique, sociale, juridique et politique. ■

Références

[1] Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, *et al*. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):405-14. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13474

[2] Fassin E. Le genre aux États-Unis et en France. Jeunes, genre et société. Agora débats/jeunesses. 2006;(41):12-21. http://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_2006_num_41_1_2280

[3] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport. Paris: Ministère de la Santé; 2001. 47 p. https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml

[4] Comede. Rapport d'activité et d'observation 2018. Le Kremlin-Bicêtre: Comede; 2018. 67 p. http://www.comede.org/rapport-dactivite/

[5] Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, *et al.* Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: la Documentation Française. 2003. 374 p.

[6] Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA). Violence against women: an EU-wide survey, Main results. 2015. 200 p. http://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-lgard-des-femmes-une-enqute-lchelle-de-lue-les-rsultats-en-bref

[7] Cavalin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2). Études et résultats (Drees). 2007;(598):1-8.

[8] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, *et al.* Enquête violences et rapports de genre (Virage) et premiers résultats sur les violences sexuelles. Institut national d'études démographiques (Ined), Documents de travail n°229; 2017. 67 p. https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/

[9] De Schrijver L, Vander Beken T, Krahé B, Keygnaert I. Prévalence of sexual violence in migrants, applicants for international protection, and refugees in Europe: A critical interpretive synthesis of the evidence. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(9).

[10] Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: Sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Cult. Health Sex. 2012;14(5):505-20.

[11] Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. Access to healthcare for people facing multiple health vulnerabilities in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Paris: Doctors of the World – Médecins du Monde International Network. 2015. 138 p.

[12] Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol. 1996;175(2):320-4.

[13] United Nations Development Programme. Human development indices and indicators. 2018 Statistical Update. UNDP; 2018. 123 p. http://hdr.undp.org/en/content/human-development-indices-indicators-2018-statistical-update

[14] Tavara L. Sexual Violence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006;20(3):395-408.

[15] Prieto N, Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychotraumatiques. Confrontations Psychiatriques. 2012;(51):43-59.

[16] Wolmark L. Figures et écarts de genre dans la clinique de l'exil. La santé en action. 2017;(441):30-31.

[17] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicides et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(47-48):488-92. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10218

[18] Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. Bourg-la-Reine: Association mémoire traumatique et victimologie; 2015. 13 p. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf

[19] World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women : Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013. 57 p. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/

[20] Comité pour la santé des exilés. La santé sexuelle, ce droit fondamental et malmené. Le Comede : Maux d'exil. 2018;58:1-8 http://www.comede.org/maux-dexil/

Citer cet article

Petruzzi M, Veïsse A, Wolmark L, Fessard C, Weinich L, Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18):327-33. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_2.html

PARCOURS MIGRATOIRE, VIOLENCES DÉCLARÉES ET SANTÉ PERÇUE DES FEMMES MIGRANTES HÉBERGÉES EN HÔTEL EN ÎLE-DE-FRANCE. ENQUÊTE DSAFHIR

// MIGRATION PATH, REPORTED VIOLENCE AND SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS AMONG MIGRANT WOMEN ACCOMMODATED IN EMERGENCY HOTELS IN ÎLE-DE-FRANCE. DSAFHIR STUDIE

Armelle Andro[1] (armelle.andro@univ-paris1.fr) Claire Scodellaro[1], Mireille Eberhard[2,3], Maud Gelly[4], et l'équipe Dsafhir*

[1] IDUP, EA134, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris, France
[2] Observatoire du Samusocial de Paris, France
[3] Université de Paris, URMIS, CNRS, IRD, Paris, France
[4] Cresppa-CSU, UMR 7217 ; Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, APHP, France

* Équipe Dsafhir : Marion Fleury, Françoise Riou, Alfred Spira, Danielle Hassoun, Veronica Noseda, Lorraine Poncet.

Soumis le 26.12.2018 // *Date of submission: 12.26.2018*

Résumé // Abstract

La « mise à l'abri » à l'hôtel est une forme particulièrement précaire d'hébergement d'urgence. Les femmes migrantes hébergées à l'hôtel cumulent des facteurs de vulnérabilité face aux violences. Ce contexte a un effet délétère sur leur état de santé et renforce leurs difficultés d'accès aux soins de santé.

L'enquête Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France (Dsafhir), menée auprès de 469 femmes migrantes vivant à l'hôtel en 2017, permet notamment de décrire l'état de santé perçu de ces femmes et la diversité des formes de violence qu'elles ont subies (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques et administratives), les liens qui les unissent (ou les unissaient) aux auteurs des violences (conjoint, membre de la famille, représentant de l'autorité, etc.), ainsi que la temporalité des actes incriminés (violences survenant avant la migration, pendant le trajet migratoire, en France).

En mobilisant les données quantitatives (n=469) et qualitatives (n=30) de cette enquête, cet article décrit les états de santé et les violences auxquelles ont été exposées les femmes migrantes mises à l'abri en les caractérisant (types de violence, lien avec l'auteur) et en les plaçant dans la temporalité des parcours migratoires. Les violences sexuelles font l'objet d'une attention spécifique.

Les résultats montrent que ces femmes sont particulièrement exposées au fait de subir des violences au cours de leur vie.

Les grandes enquêtes statistiques sur les violences, parce qu'elles interrogent des répondants dans des « ménages ordinaires », sous-représentent largement cette population de femmes marginalisées. En outre, elles sont rarement prises en charge, sur le plan médico-psycho-social, alors que ces expériences ont un impact négatif avéré sur leur état de santé.

Accommodation in emergency hotels is a particularly precarious form of emergency sheltering. Confronted with violence, migrant women accommodated in emergency hotels are characterised by several types of vulnerabilities. This has a negative impact on their health status and exacerbates their difficulties of access to healthcare.

The DSAFHIR survey, conducted in 2017 among 469 migrant women accommodated in emergency hotels, mainly describes the perceived health status of these women and the variety of forms of violence they have experienced (physical, psychological, sexual, economic, administrative), the relationships they have (or used to have) with perpetrators (spouse, relatives, representatives of the state authority), as well as the temporality of the acts incriminated (violence ocurring before migration, during their migratory journey, or in France).

By processing the quantitative (n=469) and the qualitative (n=30) DSAFHIR data, this article describes the health status and violence that accommodated migrant women were exposed to, by characterising the types of violence, the links with the perpetrators, and by placing them in the temporality of migration routes. Sexual violence, moreover is dealt with specific attention.

Our results show that these women are particularly vulnerable to experiencing violence in their lifetime.

By questioning respondents in « ordinary households », the largest statistical surveys on violence usually and considerably under-represent these marginalised women. In addition, these women often do not have access to healthcare, even though this situation has a proven negative impact on their health.

Mots-clés : Femmes, Hébergement à l'hôtel, Violences, État de santé, Migrations
// *Keywords: Women, Emergency hotels, Violence, Health status, Migration*

Contexte

La littérature montre que les femmes migrantes sont particulièrement exposées aux violences, les violences de genre étant l'une des formes de violences liées à la migration, et que ces expériences et leurs conséquences restent difficile à quantifier[1]. C'est tout particulièrement le cas dans le contexte récent d'afflux sur le territoire européen des exilés fuyant des zones d'instabilité et de conflits, et ayant parcouru des routes migratoires dangereuses. Alors que les femmes migrent actuellement autant que les hommes, de nombreux facteurs (migrations forcées, trajets migratoires de plus en plus longs et dangereux, conditions d'accueil dans le pays de destination toujours plus précaires, instabilité administrative, vulnérabilité socioéconomique et résidentielle) augmentent à la fois le nombre de migrantes en situation de grande précarité et les risques d'exposition aux violences institutionnelles et interpersonnelles. Ces femmes sont rarement prises en charge sur le plan médico-psycho-social, alors que ces expériences ont un impact négatif avéré sur leur état de santé[2].

Dans le contexte français, et en Île-de-France particulièrement, le durcissement des conditions et la saturation des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des exilés laissent à la rue de plus en plus de femmes migrantes, quels que soient leur âge et la configuration familiale dans laquelle elles se trouvent[3]. Devenue la forme d'hébergement la plus répandue pour les femmes et les familles, la « mise à l'abri » à l'hôtel est une forme particulièrement précaire d'hébergement d'urgence[4]. Cette précarité résidentielle a un effet délétère sur la santé et renforce leurs difficultés d'accès aux soins[5]. Quelles que soient leurs origines sociales très diverses, les femmes migrantes hébergées à l'hôtel cumulent des facteurs de vulnérabilité et les risques d'exposition aux violences.

Une meilleure quantification et qualification des expériences de violences vécues par ces femmes est essentielle pour mettre en œuvre des politiques de santé adaptées. À partir des données de l'enquête Dsafhir (Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France), cet article propose une mesure des différentes formes de violences vécues par les femmes migrantes vivant dans ce contexte, notamment les violences sexuelles, en les situant dans la temporalité des parcours migratoires, et de formuler des préconisations en terme de dépistage pour les professionnels du soin qui les prennent en charge.

Matériel et méthode

Sources de données

L'enquête Dsafhir a été réalisée en 2017-2018 par le Centre de recherche de l'Institut de démographie de l'Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne et l'Observatoire du Samusocial de Paris. Cette étude interventionnelle mixte (quantitative et qualitative) a été menée auprès d'un échantillon de femmes migrantes mises à l'abri à l'hôtel par le Samusocial de Paris, en région Île-de-France. Elles ont été interrogées sur leur lieu de résidence, généralement la chambre d'hôtel, puis se sont vu proposer des interventions-pilotes de santé sexuelle et reproductive pendant six semaines. Huit mois après cette première vague d'enquête, elles ont été réinterrogées dans une perspective d'évaluation de ces dispositifs. Dans cet article, seules les données de la première vague de l'enquête sont mobilisées.

Données collectées et critères d'inclusion

La collecte a eu lieu en deux vagues dans le cadre d'un sondage raisonné par grappe à deux degrés : sélection de zones géographiques différenciées et sélection d'hôtels. Toutes les femmes migrantes hébergées dans l'hôtel dans le cadre d'un dispositif de mise à l'abri et âgées d'au moins 18 ans étaient éligibles. Après recueil de leur consentement, elles étaient invitées à répondre à un questionnaire portant sur leur situation, leur trajectoire et leur santé (n=469 sur 580 femmes sollicitées et 667 chambres d'hôtel sélectionnées) et à participer à un entretien pour une partie d'entre elles (n=30). Afin d'éviter les biais de sélection liés à la barrière de la langue, les questionnaires et les entretiens ont été réalisés en 10 langues différentes. Ils ont permis de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques de ces femmes, sur leur trajectoire migratoire et résidentielle, leur vie sexuelle et reproductive, leur santé et leurs expériences de violence. Les données permettent notamment de décrire finement la diversité des formes de violence subies par ces femmes, les auteurs de ces violences ainsi que le lieu des actes déclarés (dans le pays d'origine, pendant le trajet migratoire, en France).

Variables et analyses statistiques

L'état de santé a été mesuré à travers des indicateurs de santé perçue (générale, physique, psychique). L'exposition aux violences a été mesurée à travers des indicateurs agrégés basés sur les réponses aux questions suivantes : *« Vous est-il déjà arrivé que quelqu'un vous confisque vos papiers, les détruise, fasse du chantage avec vos papiers / Vous vole ou dégrade vos affaires, vous vole votre argent / vous insulte, vous injurie / vous menace avec des mots ou physiquement / vous agresse physiquement, vous tape, vous torture / vous agresse sexuellement ou vous force à des relations sexuelles que vous ne vouliez pas / vous enferme, vous prive de votre liberté / vous force à travailler ? »*. Pour chaque événement d'un même type, les faits ont été localisés (dans le *« pays d'origine », « pendant le trajet de migration »* ou *« en France »*), l'auteur identifié (*conjoint ou ex-conjoint / parents / amis / police, armée / logeur, hôtelier / hébergé, résident / passeurs / passant)* et les faits caractérisés selon leur gravité (*très grave / assez grave / pas grave)*.

Le questionnaire était organisé en différents modules thématiques (situation actuelle, trajectoire migratoire, santé sexuelle et reproductive, expérience des violences). Les violences sexuelles ont fait l'objet de questionnements spécifiques à plusieurs moments

du questionnaire : dans les modules portant sur la sexualité et l'histoire des grossesses des enquêtées, il leur a été demandé si leur premier rapport sexuel avait été forcé, si leur partenaire actuel les avait forcées à des rapports sexuels et si les IVG déclarées avaient eu lieu à la suite d'un viol ; dans le module santé, les femmes ont été interrogées sur les mutilations génitales. Comme les auteurs et les lieux de ces violences sexuelles ne sont pas toujours renseignés, elles n'entrent pas dans la construction des indicateurs agrégés de violence mais permettent de saisir des situations qui n'ont pas été déclarées dans le module final consacré aux violences.

Pour caractériser les situations des femmes enquêtées vis-à-vis de la migration et de leurs conditions d'arrivée en France, deux typologies ont été élaborées à partir d'une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). L'ACM permet de mettre en évidence les corrélations les plus fortes entre les variables actives à partir des proximités entre individus partageant des caractéristiques similaires (Phi-deux). La CAH regroupe les individus selon ces proximités en maximisant la dissimilarité entre classes et la similarité à l'intérieur d'une classe (critère de Ward)[6]. La typologie des trajets migratoires s'appuie sur les variables relatives aux pays traversés, aux moyens de transports utilisés, au coût, à la durée et à la difficulté du trajet. De la même manière, une typologie des conditions de vie a été établie à partir des variables décrivant la situation socioéconomique, administrative et résidentielle des femmes hébergées. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Stata® 15.1 et SAS® 9.4.

Résultats

Caractéristiques des femmes enquêtées

Les femmes interviewées dans le cadre de cette enquête (tableau 1) viennent majoritairement d'Afrique subsaharienne (55%) puis d'Europe de l'Est ou d'Asie centrale (24%). Les trois quarts d'entre elles sont âgées de 20 à 39 ans. Elles sont dans des situations administratives et financières très précaires : 41% n'ont pas de titre de séjour

Tableau 1

Description de l'échantillon de l'enquête « Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, immigrées, réfugiées ». Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France et âgées d'au moins 18 ans. Enquête Dsafhir 2018

	N	%
	469	100
Pays d'origine		
Afrique de l'Ouest	166	35
Afrique centrale et de l'Est	97	21
Maghreb, Afrique du Nord, Proche-Orient	65	14
Europe de l'Est et Communauté des États indépendants	57	12
Roumanie, Bulgarie, autres Union européenne	56	12
Autres pays	28	6
Âge		
18-19 ans	10	2
20-29 ans	143	31
30-39 ans	215	46
40-49 ans	72	15
50 ans et +	28	6
Âge à la migration		
20 ans et moins	88	19
21-30 ans	234	50
31-40 ans	111	24
Plus de 40 ans	34	7
Durée du séjour en France		
0-1 an	92	20
2-3 ans	124	27
4-5 ans	88	19
6-10 ans	110	23
11 ans et +	54	12

	N	%
	469	100
Niveau d'études		
Non scolarisée	62	14
Primaire	61	13
Secondaire	143	31
Baccalauréat	107	24
Enseignement supérieur	83	18
Statut de couple		
En couple corésident	243	52
En couple non corésident.	33	7
Pas en couple	192	41
Couverture maladie		
Sécurité sociale	181	39
Aide médicale d'État (AME)	185	40
Aucune couverture (dont demande en cours)	74	21
Ressources mensuelles / unité de consommation		
Aucune	152	34
Moins de 100€	89	20
100-300€	100	22
300-500€	60	13
Plus de 500€	45	10
Titre de séjour		
Pérenne	138	29
Non pérenne	96	21
Demande d'asile	40	9
Sans titre de séjour	188	41

35% des femmes interrogées sont originaires d'Afrique de l'Ouest.

alors qu'elles ne sont que 9% à être demandeuses d'asile. Un tiers n'a aucun revenu, les trois quarts ont l'AME (Aide médicale d'État ou la CMU (Couverture maladie universelle), 17% n'ont aucune couverture sociale. La moitié d'entre elles est arrivée en France depuis plus de 4 ans, c'est-à-dire avant la crise migratoire de 2014-2015.

Violences au cours de la vie et état de santé actuel

Parmi la totalité des femmes interrogées, 75% déclarent avoir été exposées à une forme de violence assez grave ou très grave au cours de la vie. Parmi elles, 44% déclarent y avoir été exposées dans leur pays d'origine, 16% au cours du trajet migratoire et 46% en France.

Par ailleurs, 44% des femmes interrogées déclarent avoir une santé physique moyenne, mauvaise ou très mauvaise et 61% déclarent avoir une santé psychologique moyenne, mauvaise ou très mauvaise. Les femmes qui déclarent avoir vécu des violences graves au cours de la vie déclarent un état de santé plus mauvais que celles qui n'en déclarent pas, qu'il s'agisse de leur santé générale, physique ou psychique (tableau 2). Quelle que soit la gravité ressentie de ces violences, elles sont corrélées avec un état de santé plus mauvais (résultats non présentés).

Violences vécues avant l'arrivée en France

Les violences vécues avant l'arrivée en France s'inscrivent à la fois dans la trajectoire de vie dans le pays d'origine et dans les expériences vécues pendant la migration. Trois classes de trajets migratoires ont été identifiées à travers l'ACM et la CAH.

Il s'agit de trajets « *directs/terrestres* » pour 59% des femmes de l'échantillon (n=277) entre le pays d'origine et la France (75%), ou avec une seule étape (16%). La quasi-totalité d'entre elles a utilisé un seul moyen de transport (86%), l'avion la plupart du temps (77%).

Le trajet a été « *complexe* » pour 32% des enquêtées (n=148) : long (plus de six mois pour un quart d'entre elles), par un seul (64%) ou plusieurs pays (essentiellement l'Italie, l'Espagne, la Pologne, l'Allemagne, la Libye, la Turquie et la Grèce). Elles ont majoritairement emprunté plusieurs moyens de transports, parmi lesquels l'avion (51%), le bus (46%), le train (27%) et le bateau (19%), diversement combinés.

La dernière catégorie regroupe les parcours « *très complexes* » de 9% de femmes (n=44). Ce sont des trajets très longs (plus d'une fois sur trois ils excèdent six mois), traversant quatre pays ou plus (50%), dont la Libye (45%) et le Nigéria (25%), *via* plusieurs moyens de transport (4 femmes sur 5 en déclarent trois ou plus), dont le bateau dans plus de la moitié des cas et une embarcation de fortune plus de 4 fois sur 10. Elles ont connu des trajets coûteux et étaient plus souvent accompagnées d'enfants.

Les trois types de trajets identifiés sont décrits différemment par les femmes qui les ont empruntés : celles qui sont venues directement déclarent à 68% que le voyage a été « *pas du tout* » ou « *pas trop* » compliqué. Les trajets « complexes » sont qualifiés à 65% de « *très* » ou « *assez compliqués* » par les enquêtées, et 80% des trajets « très complexes » sont qualifiés par elles de « *très compliqués* ». Si 70% des femmes venues directement déclarent ne s'être jamais senties en danger, au contraire, elles sont 90% à s'être souvent ou très souvent senties en danger durant les trajets très complexes.

Les principales régions d'origine des femmes de l'échantillon sont présentes dans les trois types de trajets, « directs », « complexes » et « très complexes ». Ce n'est donc pas tant le pays de départ qui importe dans cette classification, que les conditions de la migration et les pays traversés.

Globalement, la moitié des femmes rencontrées déclarent des violences dans leur pays d'origine (tableau 3). Celles qui ont effectué des trajets « directs/terrestres » (trajets les moins complexes), sont 39% à déclarer des violences dans leur pays d'origine alors que c'est le cas de 57% des femmes ayant connu un trajet « complexe » et de 73% des femmes dans la classe des trajets « très complexes ».

Parmi les femmes qui ont connu des trajets très complexes, 34% déclarent avoir subi des violences conjugales au pays et 32% déclarent avoir subi des violences de la part de membres de leur famille, contre respectivement 8% et 12% des femmes ayant effectué un trajet direct/terrestres. Les violences sexuelles vécues au pays, tous auteurs confondus, concernent 17% de l'ensemble des femmes, et sont rapportées par 34% des femmes ayant connu un trajet très complexe, par 22% de celles qui ont suivi un trajet complexe, et par 11% des femmes ayant eu un trajet direct.

Les motifs de départ les plus fréquemment évoqués sont « *pour ma sécurité et celle de ma famille* » (56% des répondantes), ce pourcentage atteint 90% pour les femmes ayant connu des trajets très complexes, 65% pour les femmes de la classe des trajets complexes et par 45% de celles ayant opéré un trajet direct/terrestre.

Aux violences vécues dans les pays d'origine, s'ajoutent celles vécues pendant le trajet (16% de

Tableau 2

État de santé perçu selon l'expérience des violences déclarées au cours de la vie chez les femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France et âgées d'au moins 18 ans (N=469). Enquête Dsafhir 2018

Violences vécues au cours de la vie	Ne déclare pas de violences	Déclare des violences	p
Mauvaise santé (générale) perçue	28	50	0,000
Mauvaise santé physique perçue	27	50	0,000
Mauvaise santé psychique perçue	42	68	0,000

28% des femmes ne déclarant pas de violence sont en mauvaise santé.

Tableau 3

Violences avant l'arrivée en France selon le lieu et le type de trajet (%) chez les femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France et âgées d'au moins 18 ans. Enquête Dsafhir 2018

Type de trajets	Direct/Terrestre	Complexe	Très complexe	Ensemble	p
Dans le pays d'origine					
Violences conjugales[1]	8	17	34	14	0,003
Violences familiales[1]	12	16	32	16	0,054
Violences sexuelles, tous auteurs	12	22	34	17	0,008
Violences tous types et auteurs	*39*	*57*	*73*	*50*	*0,001*
Pendant le trajet					
Violences conjugales[1]	1	4	2	2	ns
Violences familiales[1]	0	1	0	0	ns
Violences par passeurs[1]	4	18	62	15	0,000
Violences sexuelles, tous auteurs	0	6	18	4	0,000
Violences tous types et auteurs	*4*	*25*	*59*	*16*	*0,039*
Effectif de la classe (n)	*277*	*148*	*44*	*469*	

17% des femmes ayant eu un trajet complexe déclarent avoir vécu des violences conjugales dans leur pays d'origine.
Test statistique : test du Chi2.
[1] Hors violences sexuelles.

l'ensemble des femmes). Cependant, les violences vécues pendant la migration se concentrent quasi-exclusivement dans les classes de trajets « complexes » (25%) et « très complexes » (59%), alors qu'elles ne concernent que 5% des trajets « direct/terrestres ». Ces violences perpétrées pendant le trajet sont protéiformes, puisqu'elles renvoient à des insultes (respectivement 36% et 9% des trajets « très complexes » et « complexes »), des vols ou dégradations matérielles (39% et 4%), des menaces verbales ou physiques (27% et 7%), des agressions physiques (20% et 7%), des agressions sexuelles (18% et 6%) ou encore de la séquestration (23% et 5%). Les auteurs des violences ayant eu lieu pendant le trajet sont souvent des inconnus (notamment les passeurs ou les « inconnus dans la rue »).

Violences vécues depuis l'arrivée en France

Même si la population enquêtée est relativement homogène du point de vue de sa grande vulnérabilité socioéconomique et administrative, trois profils se distinguent et une typologie des « conditions de vie depuis l'arrivée » permet de mieux appréhender le contexte de survenue des violences vécues en France :

- les femmes en situation de « précarité résidentielle » (117), souvent récemment arrivées en France, ont souvent un titre de séjour (42%) ou une demande d'asile en cours (24%), mais la moitié n'a pas de couverture maladie (26% bénéficient de la Sécurité sociale et 16% de l'AME). Elles se sont trouvées au moins une fois sans solution d'hébergement (87%) ;
- les femmes en situation de « précarité administrative » (194) sont en France depuis trois ans en médiane. La grande majorité (76%) n'a pas de titre de séjour valide, 14% d'entre elles détenant un titre de séjour précaire (inférieur ou égal à un an). Elles ont plus souvent que les précédentes une couverture santé (79% ont l'AME).
- les femmes en situation de « précarité stabilisée » (158). Présentes depuis plus longtemps sur le territoire, elles sont dans une situation à la fois administrative et de protection sociale stable : 50% ont un titre de séjour stable, 41% un titre de séjour inférieur à un an et 83% déclarent être couvertes par la Sécurité sociale.

Dans leur ensemble, 46% des femmes ont vécu des violences depuis leur arrivée en France (tableau 4). Ces actes de violence sont le plus souvent perpétrés par des inconnus dans la rue (25%) et les atteintes les plus fréquentes sont les insultes ou les atteintes aux biens (vols, dégradations). Les violences perpétrées par un conjoint ou un ex-conjoint sont citées par 9% des femmes. L'hébergement à l'hôtel expose également à des violences : 4% des répondantes rapportent des violences perpétrées par des hôteliers ou des résidents. Les violences commises par des parents sont peu fréquentes (4% des femmes).

Les femmes les plus précaires administrativement semblent les plus exposées aux violences depuis leur arrivée en France, qu'il s'agisse des violences dans leur ensemble ou des violences conjugales, même si les écarts ne sont pas significatifs.

Ampleur des violences sexuelles

Alors que 107 femmes déclarent des agressions sexuelles au cours de leur vie dans le module final « violences », la prise en compte des rapports sexuels forcés déclarés plus tôt dans le questionnaire, dans le module « sexualité », permet de repérer 137 femmes. Les 30 femmes supplémentaires ont principalement déclaré des rapports forcés par le partenaire actuel

(n=17), mais aussi fait état d'un premier rapport sexuel forcé (n=9) ou fait part d'une IVG à la suite d'un viol (n=5). Ce rattrapage augmente la fréquence des violences sexuelles vécues, particulièrement pour les femmes de la classe « trajets complexes » et de la classe « précarité relative ». Enfin, si l'on tient compte d'une forme spécifique de violence sexuelle qui intervient dans l'enfance, les mutilations génitales féminines, 23% des femmes enquêtées sont concernées (tableau 5).

Discussion

Les trois quarts des femmes hébergées à l'hôtel et enquêtées dans Dsafhir déclarent avoir subi au moins une violence au cours de leur vie et sont souvent en mauvaise santé, alors même qu'elles sont relativement jeunes. Ces violences n'ont pas forcément lieu pendant le trajet de migration mais sont plus largement liées à l'ensemble du processus migratoire. Dans l'échantillon Dsafhir, le fait d'avoir vécu un trajet migratoire complexe est associé à l'expérience des violences dans le pays d'origine : les femmes qui ont eu des trajets migratoires longs et difficiles, quel que soit leur pays d'origine, avaient plus souvent subi des violences avant leur départ. Par ailleurs, celles qui subissent une forte précarité administrative en France sont aussi souvent celles qui ont subis des violences à un moment où un autre de leur vie.

Les violences sexuelles sont généralement sous-déclarées dans les enquêtes en face à face, notamment quand elles ont lieu dans la sphère conjugale[7]. Les données collectées dans l'enquête Dsafhir ne dérogent pas à ce constat, comme le montre la comparaison des informations enregistrées dans le module final consacré aux violences à celles collectées au fil du questionnaire.

Les données de l'enquête qualitative confirment ce cumul des violences et de leurs intrications avec le processus migratoire (voir encadré). Dans les deux cas exposés, le départ est motivé par des violences familiales ou conjugales, et la précarité sociale et

Tableau 4

Violences depuis l'arrivée en France selon le type de conditions de vie (%). Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France et âgées d'au moins 18 ans. Enquête Dsafhir 2018

Type de conditions de vie	Précarité résidentielle	Précarité administrative	Précarité « stabilisée »	Ensemble	p
Violences conjugales	3	10	13	9	0,025
Violences familiales	3	5	4	4	0,181
Violences par inconnu(e)(s) dans la rue	25	25	25	25	ns
Violences par hôtelier(e)(s) ou résident(e)(s)	2	5	6	4	0,255
Violences tous types et auteurs	36	49	48	46	0,049
Effectif de la classe (n)	*117*	*194*	*158*	*469*	

10% des femmes en « précarité administrative » ont déclaré des violences conjugales depuis leur arrivée.
NB : Fréquences ajustées sur la durée du séjour en France.

Tableau 5

Violences sexuelles au cours de la vie selon le type de trajet, le type de conditions de vie et le mode de recueil des violences (%). Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France et âgées d'au moins 18 ans. Enquête Dsafhir 2018

Violences sexuelles déclarées	Agressions sexuelles et rapports forcés dans le module dédié aux violences	Agressions sexuelles et rapport forcés dans l'ensemble du questionnaire (y compris module sexualité)	*A subi une MGF*	*Effectif de la classe*
	%	%	%	*n*
Type de trajets				
Direct/Terrestre	18	22	*24*	*277*
Complexe	26	37	*17*	*148*
Très complexe	46	52	*30*	*44*
Type de conditions de vie				
Précarité résidentielle	22	28	*15*	*117*
Précarité administrative	25	30	*22*	*194*
Précarité relative	20	29	*30*	*158*
Ensemble	23	29	*23*	*469*

18% des femmes venues directement ont déclaré des violences sexuelles dans le module dédié aux violences.
MGF : mutilation génitale féminine.

administrative rencontrée en France favorise l'exposition à des violences dans l'espace public ou dans la sphère conjugale. Elle donne aussi lieu à des formes de violences plus institutionnelles, dans la mesure où elles relèvent aussi du déni du droit à la protection par l'État contre les violences conjugales.

Encadré

Deux « trajectoires » recueillies par entretiens

K., 33 ans, a grandi en Tunisie. Mariée à un cousin contre son gré à 16 ans, victime de violences conjugales (physiques et sexuelles), divorcée, elle se remarie avec un camarade de classe. En froid avec sa famille, elle quitte la Tunisie avec son mari et leur nouveau-né en traversant la Méditerranée avec 180 autres personnes dans une barque jusqu'à Lampedusa où elle fait une fausse-couche. Elle a un deuxième enfant en Italie, la famille se retrouve sans domicile pendant un an en France et est finalement hébergée à l'hôtel. Elle est agressée par une usagère de l'accueil de jour qu'elle fréquente et porte plainte.

A., 38 ans, est née au Mali, où elle est excisée à l'âge d'un mois. Adolescente, elle est victime d'une tentative de viol par des passants. À la mort de son père, elle est confiée par sa mère à un oncle qui la frappe et l'exploite. Elle parvient à réunir assez d'argent pour quitter sa famille et prendre l'avion pour la France, à 23 ans, avec un visa de tourisme. Elle rencontre en France un homme dont elle a trois enfants. Il la prive d'argent, la menace de mort, la rabaisse, trouve qu'elle n'a pas été « bien excisée », au point qu'elle consulte un gynécologue pour lui demander de recouper (ce qu'il ne fera pas). Ses enfants ont été placés pendant six mois suite à un signalement de la crèche motivé par les violences conjugales. Elle a renoncé à porter plainte.

Limites et apports

L'échantillon des femmes interrogées dans l'enquête Dsafhir présente un profil particulier lié à la structure de la population logée à l'hôtel : il surreprésente les femmes qui peinent à accéder à un statut légal sur le territoire français et il augmente potentiellement la proportion de femmes ayant subi des violences conjugales en France puisqu'il s'agit d'un motif de mise à l'abri.

Le questionnement sur les violences au cours de la vie est moins détaillé que dans les grandes enquêtes statistiques sur les violences (Enveff en 2000[8], EVS en 2006[9], enquêtes CVS depuis 2007, Virage en 2015[10]), et cela conduit sans doute à une sous-déclaration de certaines violences, notamment sexuelles. Les questions posées au fil du questionnaire ont néanmoins permis de repérer des rapports sexuels forcés que certaines femmes occultaient lorsqu'elles étaient par ailleurs spécifiquement questionnées sur les violences sexuelles.

Les enquêtes menées en population générale interrogeant des répondants vivant en ménage ordinaire sous-représentent la population de femmes migrantes exclues du logement, et en partie non-francophones. L'enquête Dsafhir présente l'atout crucial de contacter et donner la parole à des femmes difficiles à atteindre. Elles sont interrogées sur leur lieu de vie et l'enquête permet de décrire la situation de femmes généralement invisibilisées.

Perspectives en termes de santé publique

L'ampleur et le cumul des violences vécues par les femmes migrantes en situation de précarité administrative doit être reconnue et conduire à des prises en charge adaptées par les professionnels de santé et du travail social qui les reçoivent. Les séquelles liées aux violences vécues détériorent vraisemblablement la santé physique et psychique des femmes migrantes précarisées par l'instabilité de leur situation administrative. Des questions sur les violences vécues au cours de la migration mais aussi avant le départ et depuis l'arrivée en France doivent être intégrées à l'anamnèse de toute consultation médicale afin de les dépister[11], au même titre que les autres facteurs agissant négativement sur la santé. La mise à l'abri de ces femmes doit être accompagnée d'un suivi social permettant un réel accès aux droits à une couverture maladie, à des dispositifs de prise en charge et de protection contre les violences ouvrant la voie à une régularisation, et notamment l'ordonnance de protection. ■

Financement

L'enquête Dsafhir a reçu le soutien financier de l'ANR (agence française de financement de la recherche sur projets) et des fondations Sanofi-Espoir, HRA-Pharma et Macif.

Références

[1] Gonçalves M, Matos M. Prevalence of violence against immigrant women: a systematic review of the literature. J Fam Viol. 2016;(31):697.

[2] Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? Lancet. 2015;385 (9977):1555-66.

[3] Eberhard M, Guyavarch E, Le Méner E. Structure familiale et hébergement d'urgence au 115 de Paris. Revue des politiques sociales et familiales. 2016;(123):123-9.

[4] Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. Informations sociales. 2014;182(2):142-9.

[5] Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, Chauvin P. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. PLoS One. 2017;12(9):e0184138.

[6] Le Roux B. Analyse géométrique des données multidimentionnelles. Paris: Psycho Sup Dunod éd. 2014. 424 p.

[7] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, *et al*. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined, Document de travail. 2017;(229). 67 p. https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/

[8] Jaspard M, Brown E, Condon S. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: La Documentation Française, Droit des Femmes. 2003;(36). 374 p.

[9] Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France. État des lieux. Paris: Drees; 2010. 276 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux

[10] Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbovicz T, Mazuy M, *et al*. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Ined, Population et Sociétés. 2016;(538):1-4.

[11] Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques, études de repérage systématique. Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, Fondation Gabriel Péri. 2011;9-18.

Citer cet article

Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, et l'équipe Dsafhir. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. Bull Epidémiol Hebd. 2019(17-18):334-41. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_3.html

ARTICLE // Article

LES REFUS DE SOINS À CAUSE DE LA CMU OU DE L'AME RAPPORTÉS PAR LES FEMMES EN FAMILLE, SANS DOMICILE, HÉBERGÉES EN ÎLE-DE-FRANCE

// REFUSAL TO PROVIDE HEALTHCARE BECAUSE OF CMU AND AME REPORTED BY HOMELESS WOMEN LIVING WITH THEIR FAMILY HOUSED IN ÎLE-DE-FRANCE

Garance Perret[1] (p.garance@orange.fr), Stéphanie Vandentorren[1,2,3], Pierre Chauvin[1], Nicolas Vignier[1,4,5], Cécile Vuillermoz[1]

[1] Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris, France
[2] Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, France
[3] Santé Publique France, Saint-Maurice, France
[4] Groupe hospitalier Sud Île-de-France, Service des maladies infectieuses et tropicales, Melun, France
[5] Institut Convergences et Migration, Paris, France

Soumis le 26.12.2018 // *Date of submission: 12.26.2018*

Résumé // Abstract

Contexte – Depuis 2002 en France, des études dénoncent le refus de soins touchant des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'État (AME). Cependant, aucune n'a investigué cette problématique auprès des familles sans domicile.

Objectifs – L'objectif était d'estimer la prévalence des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France, et d'en identifier les facteurs associés.

Matériel et méthode – L'enquête ENFAMS, réalisée en 2013 par l'Observatoire du Samusocial de Paris, a été menée auprès d'un échantillon de 801 familles sans domicile hébergées en Île-de-France. Leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs conditions de logement, la mobilité résidentielle et leur état de santé ont été recueillis par des enquêteurs en 17 langues. Une régression log-binomiale a été utilisée pour étudier les facteurs associés aux refus de soins.

Résultats – La prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME parmi les 561 femmes de l'échantillon concernées par ces couvertures maladie était de 22,1% (IC95%: [18,0-26,3]). Les facteurs associés à une fréquence plus élevée du refus de soins étaient d'être née à l'étranger, avoir un mauvais état de santé perçu et déclarer avoir déjà été moins bien reçue par du personnel médical que les autres patients.

Conclusion – Cette première étude sur le refus de soins lié à la CMU et à l'AME chez les femmes sans domicile confirme des pratiques contraires à la loi, qui sont de véritables barrières à l'accès aux soins pour des personnes dont l'état de santé requiert prioritairement une prise en charge médicale.

Context – *Several studies have described the refusals to provide healthcare to beneficiaries of Couverture Maladie Universelle (CMU, universal health insurance) or Aide Médicale d'Etat (AME, insurance for undocumented people) since 2002 in France. However, none has investigated this issue with homeless families.*

Objectives – *The objective was to describe the prevalence of refusal of care because of CMU or AME reported by homeless women living with their family and hosted in Île-de-France, and to identify the factors associated with this refusal of care.*

Material and method – *The ENFAMS survey, carried out in 2013 by the Observatoire of the Samusocial of Paris, had recruited a sample of 801 homeless families living in Île-de-France. Data collected included sociodemographic characteristics, housing conditions, residential mobility, and health. A log-binomial regression was used to study the factors associated with denial of care.*

Results – *The prevalence of refusal of care among the 561 homeless women in our study was 22.1% (CI95%: [18.0-26.3]). Factors associated with frequent denial of care were: having a foreign origin, a poor general health status, a past experience of being less well received by the medical staff than other patients.*

Conclusion – *This first study on refusal to provide healthcare to beneficiaries of CMU or AME among homeless women reveal unlawful practices that are barriers to healthcare for those who need the most.*

Mots-clés : Familles sans domicile, Refus de soins, Couverture maladie, Précarité, Pauvreté
// Keywords: Homeless families, Refusal of care, Health insurance, Insecurity, Poverty

Introduction

La Couverture maladie universelle (CMU) de base a été créée en 1999 afin que les personnes disposant de faibles revenus et qui n'étaient pas couvertes par l'un des régimes d'Assurance maladie obligatoires puissent bénéficier de la Sécurité sociale. Pour être éligible, l'individu doit pouvoir justifier résider en France de manière régulière et stable depuis au moins trois mois et être en situation régulière pour les étrangers (hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse). La CMU est gratuite pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond fixé (9 534€/an pour un foyer en 2014). Sinon, les bénéficiaires doivent s'acquitter d'une cotisation annuelle à hauteur de 8% des revenus. En 2015, plus de 2,4 millions de personnes bénéficiaient de la CMU de base [1]. En janvier 2016, la CMU a été remplacée par la Protection universelle maladie (PUMa).

L'Aide médicale d'État (AME) permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, à condition de résider en France de manière stable depuis plus de trois mois et de disposer de ressources inférieures à un certain plafond (8 810€/an pour une personne seule en France métropolitaine en 2018). En 2016, plus de 300 000 personnes bénéficiaient de l'AME [2].

Depuis une quinzaine d'années, des études dénoncent l'existence du refus de soins de la part de professionnels et/ou de services de santé envers les bénéficiaires de la CMU/CMU complémentaire (CMU/CMUc) ou de l'AME. En 2006, Médecins du Monde révélait qu'un certain nombre de médecins généralistes refusaient les soins aux bénéficiaires de l'AME (37%) ou de la CMU (10%) [3]. Des études ont montré que le refus de soins était plus fréquent chez les spécialistes que chez les généralistes et chez les médecins libéraux de secteur 2 (conventionnés, honoraires libres) que parmi ceux qui relèvent du secteur 1 (conventionnés, honoraires conventionnels) [4,5]. Les personnes sans domicile pourraient ainsi constituer une population particulièrement à risque vis-à-vis des refus de soins. Les personnes sans domicile, fréquemment pauvres et/ou immigrées, sont majoritairement bénéficiaires de la CMU/CMUc ou de l'AME : en 2012, une personne sans domicile sur deux disposait de la CMU et une sur dix bénéficiait de l'AME [6,7]. Par ailleurs, ces personnes présentent plus souvent un moins bon état de santé que les personnes disposant d'un logement personnel [8] et rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux soins telles que la barrière de la langue, l'éloignement géographique des services sociaux et de santé, ou encore la présence d'autres besoins qui entrent en compétition avec la santé (se nourrir, se loger) [9,10].

En 2012, les acteurs de terrain et certaines études ont révélé une augmentation importante du nombre de familles parmi les personnes sans logement [11]. Pour remédier à l'absence de données sur la santé de cette population de taille grandissante, l'Observatoire du Samusocial de Paris a mené en 2013 l'enquête Enfants et familles sans logement (ENFAMS) auprès de familles sans logement hébergées en Île-de-France.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire la prévalence des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes sans domicile, en famille, et hébergées en Île-de-France, puis d'identifier les facteurs associés à la présence d'un refus de soins.

Matériel et méthode

L'enquête ENFAMS

La méthode de l'enquête ENFAMS a été détaillée dans un rapport publié par l'Observatoire du Samusocial de Paris [12]. Une famille était définie par la présence d'un adulte accompagné d'au moins un enfant âgé de moins de 13 ans, logés en Île-de-France dans les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les hôtels sociaux, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). L'échantillon a été constitué par un sondage aléatoire à trois degrés. Le premier degré correspondait au tirage au sort des structures d'hébergement franciliennes. Le second degré correspondait au tirage au sort des familles dans chaque établissement et le troisième au tirage au sort des enfants dans chaque famille sélectionnée. La collecte des données a été réalisée en trois étapes.

En premier lieu, un enquêteur effectuait une pré-visite au sein de l'établissement sélectionné afin d'établir la liste des familles éligibles. Puis un enquêteur et un psychologue bilingues (parlant français et une des 16 langues utilisées dans l'enquête) administraient un questionnaire à un parent de la famille, en priorité la mère, ainsi qu'à un des enfants de moins de 13 ans (données non exploitées ici). Le questionnaire portait sur 12 thèmes : les caractéristiques sociodémographiques, la trajectoire migratoire, le parcours résidentiel, la situation professionnelle et les ressources, les caractéristiques de la famille et des enfants vivant ou non au domicile, la santé et les addictions, l'accès et le recours aux soins, la santé mentale et les évènements de vie

difficiles, le réseau de sociabilité et les loisirs, le logement et quartier de résidence, la mobilité quotidienne, l'alimentation du ménage.

Au total, 801 familles ont été enquêtées dans 193 établissements franciliens. Le taux de participation des familles a été de 80%.

Population d'étude

La population étudiée était composée des femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS et bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Dans la mesure où le parent interrogé dans l'enquête était, autant que possible, la mère plutôt que le père, les hommes ne représentaient que 4,6% des répondants et n'ont donc pas été inclus dans cette étude (parmi tous les enquêtés, 37 étaient des hommes et 764 des femmes). L'information sur le refus de soins a été collectée grâce à la question suivante dans le questionnaire de l'enquête ENFAMS : « *Est-il arrivé qu'on vous refuse une consultation médicale parce que vous êtes à la CMU ou à l'AME ?* » (oui/non).

Hypothèses

Afin d'étudier les facteurs associés à un refus de soins plus élevé, nous avons émis l'hypothèse que les facteurs « classiquement » identifiés comme barrières à l'accès aux soins pouvaient également influencer le refus de soins. Les variables d'intérêt choisies étaient donc celles liées au statut socioéconomique et aux ressources de l'individu (niveau d'études, revenus, couverture maladie, aides sociales), au parcours d'hébergement et à la mobilité (déménagements, durée sans domicile, lieu et type de structure d'hébergement), à l'état de santé (problèmes de santé, santé physique et psychologique, insécurité alimentaire), aux opportunités de contacts sociaux (composition familiale, isolement social), aux évènements de vie difficiles vécus (violences conjugales et sexuelles, tentative de suicide) ou encore à l'offre de soins (lieu géographique, satisfaction). Nous avons aussi émis l'hypothèse que l'origine étrangère et le fait d'avoir vécu une discrimination dans le système de soins pouvaient jouer un rôle sur le refus de soins.

Analyses statistiques

L'ensemble des moyennes et des prévalences ont été estimées en prenant en compte le plan de sondage de l'enquête ENFAMS. Pour étudier l'association entre le refus de soins et différents facteurs, nous avons utilisé des modèles de régression log-binomiale en pondérant les coefficients estimés. Ces modèles ont été estimés en cas complets. Certaines variables n'ont pas pu être étudiées dans le modèle de régression à cause de données manquantes trop importantes : il s'agit des violences conjugales, de la couverture maladie complémentaire et de la satisfaction de l'offre de soins dans le quartier. Toutes les variables associées au refus de soins en régression univariée avec $p<0,05$ ont été incluses dans un modèle de régression multivariée. Des interactions ont été testées. Les variables du modèle final ont été sélectionnées manuellement de façon pas-à-pas descendante. L'ensemble des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R 3.5.0. La pondération des estimations a été réalisée avec le package *survey*.

Résultats

Caractéristiques de la population

Dans l'enquête ENFAMS, 561 femmes (73,4%) étaient bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. En prenant en compte le plan de sondage et en effectuant la somme des poids de sondage, on peut estimer à 6 767 personnes la taille de la population des femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France et bénéficiaires de la CMU ou de l'AME en 2013.

Ces femmes avaient en moyenne 33 ans, le plus grand nombre était né en Afrique Centrale tandis que les continents asiatique, américain et océanien étaient peu représentés (tableau 1).

Plus d'un tiers de ces femmes étaient en situation irrégulière (33,8%, IC95%: [28,3-39,2]). En moyenne, les femmes nées à l'étranger étaient en France depuis 5 ans. Plus de 80% d'entre elles avaient un niveau inférieur ou égal au bac (83,5% [79,7-87,2]). Seules 21,7% [16,6-26,9] des femmes étaient des actives occupées. Le revenu médian par unité de consommation était de 221,5€. Près d'un tiers de ces femmes percevait leur état de santé général comme « moyen » et plus d'une femme sur 10 le décrivait comme « mauvais » ou « très mauvais » (respectivement 35,1% [30,8-39,4] et 10,8% [7,5-14,0]). Concernant leurs conditions d'hébergement, la majorité des femmes étaient logées en hôtel social (71,4% [67,1-75,7]), principalement à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Parmi ces femmes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, 60,1% [54,4-65,7], étaient bénéficiaires de la CMU et 39,9% [34,3-45,6] disposaient de l'AME.

Analyse univariée du refus de soins

Sur les 561 femmes sans domicile en famille bénéficiaires de la CMU ou de l'AME enquêtées, 554 avaient répondu à la question sur le refus de soins. Plus d'une femme sur cinq (22,1%) rapportait un refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME (IC95%: [18,0-26,3]).

Dans l'analyse univariée en cas complet (N=442), les facteurs associés significativement au refus de soins étaient : le fait d'être née à l'étranger, d'être en situation administrative irrégulière, de disposer de l'AME, d'avoir déjà été moins bien reçue par du personnel médical que les autres patients, de se percevoir en moyen ou mauvais état de santé général (tableau 2). Le fait d'avoir un conjoint était associé à davantage de refus de soins, ainsi que le fait de communiquer avec de la famille ou des amis. Ces deux derniers résultats tranchent avec ce qui est attendu, étant donné que ces caractéristiques (vie de couple, relations avec des proches), qui traduisent *a priori* positivement l'intégration sociale des personnes, sont corrélées, en population générale, à des caractéristiques de santé plutôt favorables.

Tableau 1

Descriptif des femmes sans domicile en famille bénéficiaires de la CMU ou de l'AME hébergées en Île-de-France en 2013 (n=561). Enquête ENFAMS

	Effectif	Proportion pondérée ou moyenne (écart-type)	IC95% ou étendu
Âge (années)	561	32,8 (0,4)	[18-57]
18-29	200	34,3	[29,1-39,6]
30-44	336	61,1	[56,2-66,0]
45 et +	25	4,6	[2,6-6,5]
Région d'origine			
Afrique centrale	218	38,7	[33,9-43,4]
Proche-Orient/Moyen-Orient/Maghreb	54	13,9	[9,8-17,9]
Autre Afrique	117	17,1	[13,8-20,5]
Union européenne	50	10,0	[7,0-13,0]
Autre Europe	95	14,9	[11,2-18,6]
Asie	20	3,3	[1,4-5,2]
Amérique et Océanie	7	2,2	[0,0-5,4]
Pays de naissance			
France	21	4,2	[2,4-6,0]
Étranger	540	95,8	[94,0-97,6]
Statut administratif			
Française	36	7,6	[4,7-10,5]
En situation régulière de séjour	366	58,6	[53,1-64,0]
Sans titre de séjour	159	33,8	[28,3-39,2]
Temps passé en France pour les étrangères			
Mois	541	60,2 (3,2)	[3-516]
Niveau d'étude			
Inférieur ou égal au bac	456	83,5	[79,7-87,2]
Supérieur au bac	93	16,5	[12,8-20,3]
Situation professionnelle			
Active occupée	98	21,7	[16,6-26,9]
Chômeuse	158	32,4	[27,6-37,3]
Inactive	305	45,9	[40,2-51,5]
Seuil de pauvreté[1]			
En-dessous	534	97,9	[96,5-99,3]
Au-dessus	15	2,1	[0,7-3,5]
Couverture malade			
CMU	357	60,1	[54,4-65,7]
AME	204	39,9	[34,3-45,6]
État de santé général perçu			
Très Bon/Bon	304	54,1	[49,1-59,2]
Moyen	204	35,1	[30,8-39,4]
Mauvais/Très Mauvais	51	10,8	[7,5-14,0]
Département de l'hébergement au moment de l'entretien			
Paris 75	123	23,9	[18,7-29,2]
Seine-et-Marne 77	71	7,8	[5,5-10,1]
Yvelines 78	37	3,7	[2,4-5,0]
Essonne 91	71	12,7	[8,3-17,2]
Hauts-de-Seine 92	18	3,8	[1,0-6,5]
Seine-Saint-Denis 93	119	23,5	[17,9-29,2]
Val-de-Marne 94	50	15,0	[9,3-20,7]
Val-d'Oise 95	72	9,6	[7,0-12,1]
Type de structure d'hébergement			
Hôtel	290	71,4	[67,1-75,7]
CHU	71	5,0	[3,5-6,6]
CADA	117	8,0	[6,9-9,2]
CHRS	83	15,6	[11,1-20,0]

[1] 964€ par unité de consommation en 2013.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État ; CHU : Centre d'hébergement d'urgence ; CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile ; CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Tableau 2

Résultats de l'analyse univariée. Refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME en fonction des caractéristiques des femmes sans domicile en famille hébergées en Île-de-France et disposant de la CMU ou de l'AME, en 2013 (N=554). Enquête ENFAMS

	Données manquantes	Prévalence pondérée de refus de soins	IC95%	RP	IC95%	p
Caractéristiques sociodémographiques						
Âge (années)	0			1,02	[0,99-1,05]	0,257
Est née en France	0					
Oui		4,9	[0,0-11,1]	Réf		
Non		22,9	[18,6-27,2]	4,38	[1,34-14,33]	**0,016**
Statut administratif	0					
Française ou titre de séjour		18,0	[13,6-22,4]	Réf		
Sans titre de séjour		30,1	[21,5-38,7]	1,65	[1,04-2,59]	**0,034**
A des difficultés en français (lire, écrire, comprendre ou parler)	1					
Oui		23,6	[18,4-28,7]	1,09	[0,69-1,72]	0,715
Non		20,4	[13,9-26,9]	Réf		
Temps passé en France pour les étrangères	20					
≤3 ans		17,4	[11,7-23,0]			
>3ans		27,5	[21,0-34,0]			#
Situation professionnelle et ressources						
Niveau d'études	11					
Inférieur ou égal au bac		21,9	[17,0-26,7]	0,76	[0,42-1,39]	0,375
Supérieur au bac		23,5	[12,4-34,7]	Réf		
Situation professionnelle	0					
Active		18,1	[8,9-27,2]	Réf		
Chômeuse ou inactive		23,2	[17,9-28,6]	1,28	[0,64-2,56]	0,492
Revenus par unité de consommation (euros)	0					
≤321,5		19,9	[14,1-25,7]			
>321,5		23,2	[17,4-29,1]	1,06	[0,65-1,73]	0,821
Lieu d'entretien, type de structure et parcours d'hébergement						
Territoire d'entretien	0					0,161
Paris		17,4	[10,4-24,5]	Réf		
Petite couronne		21,3	[13,6-28,9]	1,17	[0,62-2,22]	0,635
Grande couronne		26,5	[20,7-32,3]	1,63	[0,92-2,88]	0,099
Type de structure	0					0,246
Hôtel		20,5	[15,5-25,5]	Réf		
CHU		28,3	[17,8-38,8]	1,43	[0,89-2,30]	0,139
CADA		21,7	[13,6-29,8]	0,99	[0,58-1,70]	0,979
CHRS		27,7	[16,7-38,7]	1,50	[0,91-2,48]	0,113
Est sans domicile depuis plus de 3 ans	0					
Oui		28,9	[20,8-37,1]	1,31	[0,80-2,14]	0,290
Non		17,9	[13,1-22,7]	Réf		
Est restée plus de 2 ans dans l'hébergement actuel	0					
Oui		21,1	[11,5-30,6]	Réf		
Non		22,3	[17,5-27,1]	1,14	[0,62-2,09]	0,674
Nombre de déménagements moyens dans l'année	0			1,00	[0,99-1,02]	0,525
Composition familiale et opportunités de contacts sociaux						
A un conjoint	2					
Oui		26,5	[21,3-31,6]	Réf		
Non		14,9	[8,4-21,3]	0,53	[0,30-0,92]	0,025
Nombre d'enfants nés vivants	0			0,89	[0,77-1,03]	0,112
Nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée	0			0,97	[0,80-1,18]	0,760
Présence de membre de la famille en Île-de-France (hors membre du ménage)	2					
Oui		24,3	[18,2-30,4]	Réf		
Non		20,1	[14,7-25,5]	0,84	[0,53-1,33]	0,460
A communiqué avec sa famille ou des amis (1)	6					
Oui		22,8	[18,4-27,1]	Réf		
Non		8,2	[1,5-14,9]	0,36	[0,14-0,92]	**0,034**

☞

Tableau 2 (suite)

	Données manquantes	Prévalence pondérée de refus de soins	IC95%	RP	IC95%	p
S'est confiée à au moins 1 personne[1]	1					
Oui		18,7	[10,2-27,2]	Réf		
Non		23,6	[18,7-28,5]	0,62	[0,30-1,30]	0,207
A effectué une sortie avec des amis, a été invité ou a reçu des amis au cours des 15 derniers jours						
Oui		23,4	[18,9-28,0]	Réf		
Non		15,3	[6,3-24,2]	0,73	[0,35-1,54]	0,413
Mobilité						
Est motorisée	1					
Oui		33,0	[15,6-50,4]	Réf		
Non		21,0	[16,7-25,3]	0,58	[0,31-1,09]	0,092
A quitté la région parisienne plus d'une journée[2]	7					
Oui		22,7	[17,7-27,7]	Réf		
Non		20,4	[12,1-28,8]	1,06	[0,59-1,89]	0,842
Est satisfaite des transports dans le quartier	8					
Tout à fait/Plutôt d'accord		21,2	[16,1-26,3]	Réf		
Plutôt pas/Pas du tout d'accord		26,2	[18,5-33,8]	1,18	[0,69-2,02]	0,538
A éprouvé des difficultés à se déplacer en transport en commun	6					
Oui		19,1	[13,7-24,4]	0,75	[0,47-1,19]	0,227
Non		23,9	[17,9-30,0]	Réf		
Protection et aides sociales						
Couverture maladie	0					
CMU		17,0	[12,3-21,8]	Réf		
AME		29,7	[22,6-36,8]	1,59	[1,02-2,48]	**0,044**
A perçu au moins 1 aide sociale[2]	0					
Oui		14,2	[8,2-20,2]	Réf		
Non		27,8	[22,1-33,4]	1,55	[0,92-2,63]	0,105
Est suivie par un assistant/travailleur social	0					
Oui		22,9	[18,1-27,7]	Réf		
Non		18,6	[10,2-27,1]	0,81	[0,46-1,42]	0,470
Recours aux soins						
A consulté un médecin[2]	0					
Oui		22,7	[18,2-27,2]	Réf		
Non		18,0	[6,9-29,0]	0,86	[0,41-1,81]	0,698
A renoncé à voir un médecin[2]	0					
Oui		25,7	[17,2-34,2]	1,49	[0,88-2,51]	0,139
Non		21,1	[15,9-26,2]	Réf		
A déjà fait une mammographie de dépistage	2					
Oui		17,1	[8,9-25,4]	Réf		
Non		22,7	[17,7-27,8]	1,24	[0,64-2,42]	0,526
A déjà consulté pour des questions gynécologiques	3					
Oui		23,2	[18,5-27,9]	Réf		
Non		17,3	[9,0-25,6]	0,72	[0,37-1,41]	0,340
Est suivie régulièrement pour des questions gynécologiques	4					
Oui		26,9	[18,8-34,9]	Réf		
Non		20,0	[14,5-25,4]	0,75	[0,45-1,26]	0,277
A déjà eu un frottis du col de l'utérus	20					
Oui		18,0	[13,1-23,0]	Réf		
Non		23,2	[16,6-29,7]	1,33	[0,81-2,19]	0,260
A déjà été moins bien reçue que les autres patients	0					
Oui		40,3	[25,9-54,6]	2,40	[1,44-3,98]	<0,001
Non		18,9	[14,6-23,3]	Réf		

Tableau 2 (suite)

	Données manquantes	Prévalence pondérée de refus de soins	IC95%	RP	IC95%	p
État de santé						
État de santé général perçu	2					
Très Bon/Bon		16,6	[11,8-21,5]	Réf		
Moyen/Mauvais/Très Mauvais		27,5	[21,0-34,0]	1,76	[1,10-2,81]	**0,020**
État de santé physique perçu	2					
Très Bon/Bon		23,2	[16,9-29,4]	Réf		
Moyen/Mauvais/Très Mauvais		20,2	[14,8-25,7]	0, 88	[0,56-1,40]	0,597
État de santé psychologique et émotionnelle perçu	3					
Très Bon/Bon		16,7	[10,4-23,1]	Réf		
Moyen/Mauvais/Très Mauvais		24,6	[19,1-30,2]	1,65	[0,91-2,98]	0,099
A déjà eu des problèmes de santé importants	2					
Oui		23,5	[16,4-30,6]	1,35	[0,86-2,12]	0,199
Non		21,7	[16,5-26,8]	Réf		
A déjà connu une période où elle consommait trop d'alcool	1					
Oui		17,6	[3,1-32,2]	Réf		
Non		22,4	[18,1-26,7]	0,89	[0,38-2,10]	0,793
Insécurité alimentaire	20					
Oui		22,6	[17,7-27,4]	1,42	[0,65-3,10]	0,379
Non		18,6	[8,0-29,2]	Réf		
A connu un épisode de dépression[1]	17					
Oui		15,4	[8,8-22,1]	0,68	[0,39-1,18]	0,170
Non		25,4	[20,1-30,7]	Réf		
Évènements de vie difficiles						
A déjà fait une tentative de suicide	15					
Oui		26,5	[4,0-49,0]	1,30	[0,51-3,30]	0,584
Non		22,0	[17,7-26,4]	Réf		
A vécu un évènement terrible/effrayant/horrible[1]	13					
Oui		22,3	[17,4-27,3]	1,14	[0,70-1,86]	0,606
Non		22,0	[14,7-29,3]	Réf		
A déjà été victime de violences sexuelles	14					
Oui		20,2	[7,1-33,3]	0,80	[0,33-1,92]	0,616
Non		22,6	[18,2-26,9]	Réf		
A déjà été victime de violences conjugales (viol, insulte, coup, menace…)	83					
Oui		35,1	[21,5-48,8]			§
Non		18,4	[13,9-22,9]			

[1] Au cours des 12 derniers mois ; [2] Toutes périodes de vie confondues.

Association non testée car disponible uniquement chez les femmes étrangères ; § Association non testée en raison du nombre important de données manquantes (N=83).

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; RP : rapport de prévalence.

CHU : Centre d'hébergement d'urgence ; CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile ; CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale ; CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

Face à une différence de statut de couple entre les femmes nées à l'étranger et les femmes françaises et à une association de ce statut au refus de soins inverse à nos hypothèses, une interaction entre le pays de naissance et le statut de couple des femmes a été testée. Cette interaction était significative (p=0,012) (tableau 3). Par rapport aux femmes nées en France et ayant un conjoint, les femmes nées en France et n'ayant pas de conjoint déclaraient plus souvent de refus de soins (rapport de prévalence RP=11,42 [1,27-102,76], p=0,03), de même que celles nées à l'étranger avec conjoint (RP=15,86 [1,84-136,41], p=0,01). Les femmes nées à l'étranger et n'ayant pas de conjoint déclaraient plus souvent un refus de soins que les femmes nées en France et ayant un conjoint, à la limite de la significativité (RP=8,74 [0,99-77,24], p=0,053). L'estimation était deux fois plus faible chez les femmes nées à l'étranger et sans conjoint que chez celles qui avaient un conjoint, sans que cela ne soit significatif.

Les femmes bénéficiaires de l'AME avaient plus de risque de refus de soins que les femmes couvertes par la CMU (RP=1,59 [1,02-2,48]).

Analyse multivariée

Dans le modèle final (tableau 4), persistent comme facteurs associés significativement à un refus de

soins plus élevé : avoir un moins bon état de santé perçu (RP=1,48 [1,02-2,13]), avoir le sentiment d'avoir déjà été moins bien reçue que les autres patients par du personnel de santé (RP=2 [1,30-3,07]) et l'interaction entre le pays de naissance et le fait de vivre avec ou sans conjoint (p=0,027).

Discussion

Dans cette étude, près de 22% des femmes sans domicile en famille hébergées en Île-de-France et disposant de la CMU ou de l'AME rapportaient avoir subi un refus de soins à cause de ces couvertures sociales. En population générale, en 2003, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) faisait état de 15% de refus de soins parmi des bénéficiaires de la CMU [13]. Une nouvelle enquête menée par la Drees en 2008, démontrait que plus d'un tiers des personnes disposant de l'AME avaient déjà subi un refus de soins [14].

Les résultats retrouvés dans notre étude pourraient avoir été sous-estimés. La perception du refus de soins peut être différente d'une femme à une autre : certaines femmes ont pu répondre ne jamais avoir subi un refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME dans des situations de « refus déguisé ». Ces refus de soins implicites peuvent prendre différentes formes comme de longs délais de rendez-vous ne s'appliquant pas aux autres patients, une orientation non justifiée vers un confrère ou encore par exemple le refus d'appliquer le tiers-payant [15]. Elles ont aussi pu attribuer leur refus de soins à un autre motif que leur couverture maladie, sous-estimant la prévalence du refus de soins dans notre population d'étude.

Le refus de soins peut s'expliquer par une logique économique : d'une part, les praticiens de secteur 2 ne sont pas en mesure d'appliquer de dépassement d'honoraires sur un patient bénéficiaire de la CMU ou de l'AME, d'autre part, le paiement *ex post* des actes du médecin par l'assurance maladie seraient plus tardifs [5]. Ces patients, plus complexes, demanderaient par ailleurs un investissement plus long de la part du médecin (contexte social difficile, problèmes de santé plus nombreux et pris en charge plus tard, difficultés de compréhension) [16].

Tableau 3

Refus de soins, pays de naissance et statut de couple des femmes sans domicile en famille hébergées en Île-de-France en 2013. Enquête ENFAMS

	RP	IC95%	p
Pays de naissance x conjoint			**0,012**
Française avec conjoint	Réf		
Française sans conjoint	11,42	[1,27-102,76]	0,031
Étrangère avec conjoint	15,86	[1,84-136,41]	0,013
Étrangère sans conjoint	8,74	[0,99-77,24]	0,053

RP : rapport de prévalence ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. En gras : valeurs significatives (p<0,05).

Cette étude a aussi révélé que la proportion de refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME variait selon les caractéristiques des femmes : le refus de soins était plus fréquent chez les femmes étrangères, chez celles qui avaient déjà eu le sentiment d'avoir été moins bien reçues par du personnel médical que les autres patients et chez les femmes qui se déclaraient en mauvaise santé.

L'origine étrangère constituait un facteur associé aux refus de soins. Ces résultats sont retrouvés dans la littérature : il existe des discriminations importantes dans l'accès au système de soins envers les femmes nées à l'étranger [17]. En 2016, le Défenseur des droits rapportait que les étrangers constituaient une population particulièrement à risque vis-à-vis du refus de soins, fondé d'une part sur leur nationalité et d'autre part sur leur type de protection sociale (en particulier l'AME pour les étrangers en situation irrégulière) [18]. Particulièrement, les bénéficiaires de l'AME se verraient davantage refuser les soins à cause des contraintes administratives (absence de carte vitale), de la moins bonne connaissance des droits des étrangers par les médecins ou du fait de leur situation irrégulière.

Un refus de soins plus élevé chez les personnes se percevant en mauvais état de santé peut s'expliquer de deux manières. Les femmes sans domicile en mauvaise santé peuvent avoir eu plus de contacts avec le système de soins, et être donc plus exposées à ces refus de soins, que celles en meilleure santé qui consultent moins (ou pas du tout). D'autre part, essuyer un refus de soins peut être une cause de renoncement aux soins suite à ce(s) refus et engendrer par la suite une détérioration de l'état de santé (au moins perçu).

Tableau 4

Résultats de l'analyse multivarié – Facteurs associés au refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME chez les femmes sans domicile en famille hébergées en Île-de-France en 2013. Enquête ENFAMS

	RPa	IC95%	p
A déjà été moins bien reçue que les autres patients			
Oui	2,00	[1,30-3,07]	**0,002**
Non	Réf		
État général de santé perçu			
Très Bon/Bon	Réf		
Moyen/mauvais/très mauvais	1,48	[1,02-2,13]	**0,039**
Pays de naissance x conjoint			**0,027**
Née en France avec conjoint	Réf		
Née en France sans conjoint	8,55	[0,85-86,15]	0,071
Née à l'étranger avec conjoint	11,83	[1,41-99,02]	0,024
Née à l'étranger sans conjoint	6,85	[0,80-58,96]	0,082

RPa : rapport de prévalence ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. En gras : valeurs significatives (p<0,05).
CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

Les femmes déclarant avoir déjà été moins bien reçues par du personnel médical que les autres patients avaient davantage subi un refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME que les autres. Cette association peut sembler tautologique et/ou circulaire. Nous l'avons néanmoins étudiée en tant que telle et conservée dans le modèle final parce qu'elle suggère l'expérience d'une accumulation d'accueils défavorables subis par ces femmes. Pour reprendre les termes d'I. Parizot et coll.[19], on peut faire l'hypothèse que leur « carrière morale » dans la fréquentation des services de soins pour elles-mêmes est largement entachée par ces expériences d'accueils discriminatoires et de refus de soins, sauf à connaître et revendiquer leurs droits. Inversement, ce sont les femmes qui connaissent le mieux leurs droits et qui sont le plus acculturées à la norme socio-médicale d'un accueil inconditionnel et équitable des patients assurés qui sont les plus susceptibles de percevoir et de rapporter des discriminations et des refus de soins à leur encontre. C'est dans ce sens-là que pourrait s'expliquer l'interaction mise en évidence entre pays de naissance et conjugalité. On peut faire en effet l'hypothèse que, parmi ces femmes d'origine étrangère sans domicile accompagnées d'enfants (extrêmement démunies, souvent non francophones, isolées et sans emploi), celles sans conjoint connaissent moins bien leurs droits et rapportent de ce fait moins souvent des refus de soins que celles dont les conjoints, peut-être mieux insérés, plus actifs et avec plus de contacts sociaux en dehors du ménage[20] ont été une source d'information et de soutien. Chez les Françaises en revanche, ces différences de connaissance et de perception joueraient moins et les femmes isolées, sans le soutien (ni l'accompagnement) de leur conjoint, seraient « simplement » plus vulnérables aux rapports sociaux de domination (en l'occurrence de classe) qui sous-tendent l'opposition discriminatoire d'un refus de soins[21]. Cela revient à faire, entre ces deux populations, selon leur origine nationale et leur statut conjugal, l'hypothèse d'une capacité différenciée à reconnaître et expliciter les discriminations dont elles font l'objet dans le recours aux soins.

En revanche, d'autres facteurs classiquement associés comme étant des barrières à l'accès aux soins n'ont pas été retrouvés comme le niveau de revenu, la maitrise du français ou le parcours d'hébergement. L'homogénéité de la situation financière de la population étudiée (près de 98% des femmes interrogées vivaient en dessous du seuil de pauvreté) pourrait expliquer que l'association entre le refus de soins et le revenu, habituellement retrouvée dans les études en population générale, n'ait pas été retrouvée dans notre étude.

Forces et limites

Des données inédites sur la santé et les conditions de vie des femmes sans domicile en famille ont été utilisées. Les pré-visites qui ont été réalisées ont permis d'être au plus près du terrain. Le recueil des nombreuses données nous a aussi permis d'explorer de multiples dimensions. Enfin, la passation du questionnaire en 17 langues a largement enrichi cette étude puisqu'elle a permis d'inclure les personnes non francophones, indispensables pour une étude portant sur le refus de soins à cause de l'AME.

Les limites de notre étude portent principalement sur l'absence de données sur la fréquence des refus de soins et leurs circonstances détaillées. Dans quels types d'établissements interviennent ces refus ? Dans quelles spécialités médicales ? Quels secteurs conventionnés en médecine libérale (en secteur 1 ? en secteur 2 ?) ? À quel moment le refus de soins est-il intervenu (prise de rendez-vous ? consultation ?) ? Une analyse par type de couverture (CMU ou AME) aurait été intéressante, mais les effectifs étaient trop faibles pour l'envisager. De plus, ni l'ancienneté de la couverture au moment de l'enquête, ni la date du dernier refus de soins, ni la fréquence de recours aux soins de la femme interrogée n'étaient renseignées. Enfin, l'enquête a été réalisée dans une région aux caractéristiques particulières, l'Île-de-France, ne permettant pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la France. Cependant, l'agglomération parisienne regroupe à elle seule plus de la moitié des personnes sans domicile françaises[22]. De plus, alors qu'un quart des médecins pratiquent en secteur 2 en France métropolitaine, cela concerne plus de la moitié des médecins installés à Paris[15].

Conclusion

Cette étude est la première en France à étudier le refus de soins chez les femmes sans domicile en famille, bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Ces résultats révèlent des pratiques délétères et contraires à la loi qui sont autant de barrières à l'accès aux soins de ce public pourtant parmi les plus vulnérables et les plus démunis. En 2018, deux outils informatifs ont été élaborés par le Défenseur des droits afin de prévenir les refus de soins. Un premier dépliant rappelle le caractère illégal des refus de soins et informe les patients sur leurs droits et la possibilité de signaler tout refus de soins à leur caisse locale d'Assurance maladie, au conseil de l'Ordre du professionnel concerné ou directement au Défenseur des droits. La seconde note est, elle, destinée aux professionnels : elle donne le cadre légal et propose des recommandations sur les bonnes pratiques à adopter afin de prévenir tout refus de soins. Ces initiatives intéressantes doivent être soutenues à travers une mobilisation large, notamment des ordres professionnels. L'évolution de la prévalence des refus de soins dans différentes populations exposées doit être suivie en routine afin de mieux en comprendre les mécanismes sous-jacents et d'apporter des réponses adaptées. ■

Remerciements

L'enquête ENFAMS a reçu le soutien financier de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), du Cancéropôle Île-de-France, de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), de la Fondation de France, de la Fondation Macif, de la Fondation Sanofi Espoir, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), de l'Institut de recherche

en santé publique (IReSP), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), du Ministère de l'Intérieur, de l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), de Procter et Gamble et de State Street, ainsi que le matériel de la société HemoCue®. Les auteurs remercient les personnes qui ont participé au bon déroulement de l'enquête, ainsi que toutes les familles participantes.

Références

[1] Fonds CMU. Bénéficiaires de la CMU de base. Mis à jour le 22.08.2016. [Internet]. http://www.cmu.fr/effectifs_cmub.php

[2] Sénat. Projet de loi de finances pour 2018 : Santé. [Internet]. http://www.senat.fr/rap/a17-111-6/a17-111-65.html

[3] Velissaropoulos A, Drouot N, Simonnot N. Je ne m'occupe pas de ces patients : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État dans 10 villes de France. Paris: Médecins du Monde; 2006. 42 p.

[4] Boisguerin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2013). Principaux résultats. Série statistiques. 2004;(63). 93 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf

[5] Despres C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. 88 p. https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000521/index.shtml

[6] Moisy M. Le recours aux soins des sans domicile: neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. Études et Résultats (Drees). 2015;(933):1-6. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-recours_aux_soins_sd-v4-0409.pdf

[7] Guyavarch E, Le Méner E. Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir. Revue des politiques sociales et familiales. 2014;115(1):80-6.

[8] Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40.

[9] Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. JAMA. 2001;285(2):200-6.

[10] Laporte A, Le Méner E, Détrez MA, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, *et al*. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(36-37):693-7. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12739

[11] Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Première. 2013;(1455):1-4. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324

[12] Observatoire du Samusocial. ENFAMS – Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris: Observatoire du Samusocial; 2014. 362 p. https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf

[13] Boisguerin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU. Principaux résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; Série statistiques. 2004;(63). 93 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat63.pdf

[14] Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Études et résultats (Drees). 2008;(645):1-8. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-beneficiaires-de-l-ame-en-contact-avec-le-systeme-de-soins

[15] Desprès C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2009. 99 p. https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000303/index.shtml

[16] Schoenenberger S, Moulin P, Brangier E. La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral. In: Barth I, Falcoz C. Nouvelles perspectives en management de la diversité: égalité, discrimination et diversité de l'emploi. ELS ed.; 2010. 159–75.

[17] Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.

[18] Le Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France. Paris: Le Défenseur des droits; 2016. 305 p. https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france

[19] Parizot I. Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits. Paris: Presses universitaires de France (coll. Le lien social); 2003. 308 p.

[20] Monrose M. Les contacts familiaux et amicaux des personnes sans domicile. Études et résultats (Drees). 2004;(311):1-8. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-contacts-familiaux-et-amicaux-des-personnes-sans-domicile

[21] Després C. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Rapport de recherche. Université Paris 13, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé; 2017. 248 p. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/2017_03_27_rapport_final_medecins_et_patients_precaires.pdf

[22] Yaouancq F, Duée M. Les sans domiciles en 2012 : une grande diversité de situations. Insee Références. 2014;(1494):123-38. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529

Citer cet article

Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18):341-50. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html

PRATIQUES DE RATTRAPAGE VACCINAL DES MÉDECINS EXERÇANT EN FRANCE POUR LES PERSONNES MIGRANTES ARRIVANT SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

// CATCH-UP VACCINATION PRACTICES OF FRENCH PHYSICIANS FOR MIGRANTS ARRIVING IN FRANCE

Nicolas Vignier[1,2,3] (dr.vignier@gmail.com), Sohela Moussaoui[1], Anne Marie Aurousseau[4], Sylvain Nappez[5], Julian Cornaglia[6], Gaylord Delobre[7], Sophie Blanchi[8], Louise Luan[2], Stéphanie Vandentorren[1], Olivier Bouchaud[9,10], Odile Launay[11], Matthieu Mechain[4] ; et le groupe Vaccination & prévention de la Spilf*

[1] Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Équipe de recherche en épidémiologie sociale, Paris, France
[2] Groupe hospitalier Sud Île-de-France, Service des maladies infectieuses et tropicales, Melun, France
[3] Institut Convergences et migration, Paris, France
[4] CHU de Bordeaux, Université de Bordeaux, Bordeaux, France
[5] CHU Amiens, Amiens, France
[6] CH de Perpignan, Perpignan, France
[7] Réseau Louis Guilloux, Rennes, France
[8] CH Le Mans, Le Mans, France
[9] CHU Avicenne, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Bobigny, France
[10] Société de Médecine des voyages, Paris, France
[11] CHU Cochin, Paris, France

* Société de Pathologie infectieuse de langue française (association loi 1901 regroupant les professionnels de santé intéressés par les maladies infectieuses et tropicales).

Soumis le 26.12.2018 // *Date of submission: 12.26.2018*

Résumé // Abstract

Introduction – Au regard des recommandations françaises, les personnes migrantes sont souvent incomplètement vaccinées. L'objectif de l'étude est d'évaluer les pratiques des médecins exerçant en France en termes de rattrapage vaccinal des personnes migrantes.

Méthodes – Par l'intermédiaire de plusieurs sociétés savantes, une enquête sur les pratiques de prévention des maladies infectieuses a été réalisée par auto-questionnaire en 2016-2018 auprès de médecins, exerçant en France, impliqués dans la prise en charge de migrants primo-arrivants, quelle que soit leur spécialité.

Résultats – Au total, 372 médecins ont répondu à l'enquête. Les répondants étaient âgés de 42 ans en médiane, 64,5% étaient des femmes et 43,8% exerçaient en Île-de-France. En l'absence d'informations sur le statut vaccinal d'une personne migrante, les pratiques des médecins en terme de rattrapage vaccinal apparaissent très diverses : renouvellement de la primo-vaccination complète (33,1%), utilisation des sérologies pré- (32,8%) ou post-vaccinales (16,9%), reprise du calendrier vaccinal en fonction de l'âge en faisant l'hypothèse que la personne a été correctement primo-vaccinée (26,6%), ou collecte d'informations sur les pratiques vaccinales dans les pays d'origine des patients (23,4%). Les femmes et les hommes médecins développent des pratiques vaccinales différenciées, les premières s'aidant plus volontiers de sites spécialisés ou de sérologies post-vaccinales, les seconds refaisant plus souvent une primo-vaccination complète. La majorité (55,4%) des répondants ne font pas plus de 2 injections vaccinales le même jour.

Conclusion – Les pratiques des médecins exerçant en France concernant le rattrapage vaccinal chez les personnes migrantes sont hétérogènes. L'élaboration qui est en cours de recommandations portées par la HAS et la SPILF devrait contribuer à uniformiser les pratiques.

Background – *Migrants often undergo an incomplete vaccination scheme in view of the French recommendations. The aim of this study is to evaluate the practices of French doctors in terms of catch-up vaccination in migrant people.*

Methods – *A study of French physicians' practices about infectious diseases prevention among migrants was conducted in 2016-2018 using an auto-administered questionnaire. Physicians were asked to participate via a widely broadcasted email, in partnership with several learning societies.*

Results – *A total of 372 practitioners answered the survey. The respondents were 42 years old in the median, 64.5% were female, 43.8% worked in the greater Paris area.*

They were questioned on the modalities of the catch-up vaccination in case of management of a migrant with an unknown vaccination status: 33.1% of them perform a complete immunisation catch up, 26.6% consider that the childhood primo-immunisations have been administered, and continue the immunisation schedule, 23.4% use a specialised website to learn more about the homeland country vaccination schedule, 32.8% use pre-vaccination serologies and 16.9% use post-vaccination serologies.

Women and men doctors developed differentiated vaccine practices, the former more relying on specialized sites or post-vaccination serologies and the latter more often re-doing a complete vaccination scheme. The majority of respondents (55.4%) do not administer more than 2 injections on the same day, most often among general practitioners.

Conclusions – *Practices among French doctors regarding the catch-up immunisation are heterogeneous. The drafting of practical recommendations on the basis of available data is being developed by the French high authority in health and the French Infectious Disease Society.*

Mots-clés : Migrants, Vaccins, Rattrapage vaccinal, Pratiques, Sérologies
// *Keywords: Migrants, Catch up vaccination, Serologies and immunization*

Introduction

La France est un pays d'immigration ancienne. En complément de l'immigration familiale, économique et étudiante, qui est relativement stable dans le temps, elle fait également face à une augmentation du nombre de demandeurs d'asile (122 743 personnes en 2018)[1,2]. Les principales zones géographiques d'origine pour l'immigration régulière sont l'Europe et l'Afrique et, pour les demandeurs d'asile, l'Europe, l'Afrique, le Moyen Orient et l'Asie centrale. Les migrants primo-arrivants (entendus comme les personnes nées étrangères à l'étranger et arrivées depuis peu en France pour s'y installer indépendamment du motif de leur migration) peuvent être exposés à un ensemble de vulnérabilités sociales, juridiques et sanitaires. Parmi elles, il existe un risque d'exposition à certaines maladies infectieuses dont certaines pourraient être prévenues par la vaccination. Ce risque semble plus lié à la précarité des conditions d'accueil en France qu'à la prévalence des maladies infectieuses dans les pays d'origine, telles que les récentes épidémies observées dans les campements de Calais ont pu le mettre en exergue[3]. Par ailleurs, les couvertures vaccinales des enfants et adultes issus de l'immigration sont basses, en particulier parmi ceux en situation de précarité, ce qui pourrait accroître ces risques[4-6]. Plusieurs organisations dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappellent pourtant l'importance de la vaccination et de son accès pour les personnes migrantes[7].

Ainsi, le rattrapage vaccinal des personnes migrantes arrivant de pays où les calendriers vaccinaux diffèrent de celui qui est en vigueur en France figure parmi les enjeux de santé publique liés aux migrations. Les couvertures vaccinales attendues par le programme élargi de vaccination créé par l'OMS en 1974 à destination des pays à faible niveau de ressources sont plus restreintes que celles ambitionnées par le programme vaccinal français. Mis à part ces différences et les obstacles dans l'accès aux soins, les migrants (enfants ou adultes) disposent rarement d'un carnet de vaccination, si bien que se pose également la question, en cas de statut vaccinal inconnu, de savoir comment mettre en œuvre un rattrapage vaccinal.

Peu de travaux se sont intéressés à cette question et il n'existe pas à ce jour de recommandations nationales proposant une conduite à tenir. Le calendrier vaccinal français dispose seulement d'un tableau pour le rattrapage vaccinal des personnes n'ayant jamais été vaccinées. Plusieurs recommandations internationales se sont penchées sur ce sujet et proposent le plus souvent la reprise d'une primo-vaccination complète[8-13]. En France, le groupe d'experts indépendants Infovac® a, quant à lui, préconisé l'utilisation des anticorps antitétaniques et des anticorps antiHBs en post-vaccinal[14]. Ces divergences reposent notamment sur la crainte de réactions hyperimmunes principalement liées aux vaccins contenant l'anatoxine diphtérique et coquelucheuse fortement dosés. Dans ce contexte normatif discordant, les pratiques des médecins exerçant en France semblent très variables et les médecins engagés dans l'accueil sanitaire des migrants primo-arrivants expriment souvent des besoins de recommandations claires et de moyens dédiés à leur application.

En vue d'élaborer des recommandations pratiques nationales avec toutes les parties concernées, sous la responsabilité de la Haute autorité en santé (HAS) et de la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf), il est important de mieux connaître les pratiques des médecins exerçant en France amenés à accompagner les personnes migrantes primo-arrivantes en terme de rattrapage vaccinal. Plus largement, ce travail vise aussi à explorer la différenciation éventuelle des pratiques en fonction du sexe, de l'âge, de la spécialité et du mode d'exercice des médecins.

Méthodes

Une enquête sur les pratiques des médecins français (tous modes d'exercice et spécialités confondus) a été mise en place par le groupe Vaccination prévention de la Spilf en partenariat avec plusieurs sociétés savantes, réseaux et groupes de médecins. L'enquête s'est déroulée d'avril 2017 à mai 2018. Elle repose sur un auto-questionnaire en ligne réalisé sur le site www.wepi.org. Le remplissage du questionnaire durait 20 minutes et comportait 15 questions sur le rattrapage vaccinal, dont 14 questions à choix multiples. L'invitation à participer à l'enquête a été diffusée par plusieurs mailings utilisant les canaux des partenaires de l'enquête comme notamment le groupe de travail Migration et prévention, la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG Recherche), le réseau Sentinelles, le collectif national des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), Médecins du monde et les mailing-listes de la Spilf, de la Société de médecine des voyages et de la Société française de lutte contre le sida.

Les résultats présentés sont issus de l'analyse des trois questions sur les pratiques de rattrapage vaccinal, et des trois mises en situation concrètes, qui sont représentatives de situations fréquemment rencontrées et posent des questions pratiques, différentes en raison des indications vaccinales variables selon l'âge, le sexe et la région géographique d'origine. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata 15.1. La description des variables qualitatives a été effectuée à l'aide de pourcentages et celle des variables quantitatives sous forme de médiane. Les données ont été comparées en fonction du sexe des médecins participants et de leur mode d'exercice. Un regroupement des modes d'exercice a été effectué à cette fin en deux sous-ensembles : un groupe de médecins dits de « soins primaires » rassemblant les médecins généralistes libéraux, les médecins salariés en centres de santé, les médecins exerçant en Pass et les médecins exerçant dans des structures associatives ; un groupe de médecins dits « hospitaliers/santé publique » regroupant les médecins exerçant en Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des IST (Cegidd), en centre de vaccination polyvalent ou international, en Centre de lutte anti-tuberculose (Clat), en pédiatrie, dans un service hospitalier de santé publique, dans un Réseau ville-hôpital, dans un Service de maladies infectieuses et tropicales (Smit), en médecine interne ou ayant un autre mode d'exercice. Pour les médecins ayant des modes d'exercice multiples et appartenant aux deux groupes, ils ont été classés dans le groupe hospitalier/santé publique.

Pour la comparaison des variables catégorielles et quantitatives, le test du chi2 et un test non paramétrique de comparaison des médianes ont été utilisés. Les analyses univariées et multivariées ont été réalisées à l'aide de modèles de régression logistique. Les variables incluses dans les analyses multivariées étaient celles pour lesquelles le degré de significativité était inférieur à 20% en analyse univariée ($p<0,20$) ainsi que le sexe et l'âge qui ont été considérées comme des variables d'ajustement nécessaires. Les données manquantes ont été exclues des modèles d'analyse et n'ont pas été imputées. Le détail du nombre de données manquantes et des effectifs pris en compte est présenté pour chaque analyse dans la partie résultats. Pour limiter le nombre de tableaux, seule une partie des analyses sont présentées.

Résultats

Au total, 372 médecins ont répondu à l'enquête. Le nombre de médecins invités à participer à l'enquête a été estimé à 3 014 sur la base du nombre de médecins inscrits sur les différentes listes de diffusion, sans qu'il soit possible de différencier les doublons et les médecins impliqués dans la prise en charge des migrants. Le taux de réponse estimé sur cette base est donc de 12,3%.

L'âge médian des répondants est de 42 ans ; 64,5% sont des femmes, 43,8% exercent en Île-de-France et 16,0% en Auvergne-Rhône-Alpes. Les participants exercent principalement en médecine générale libérale (30,7%), en centre de santé (13,4%) ou en Pass (20,4%), en Cegidd (21,0%), dans un centre de vaccination polyvalent (16,9%) ou international (14,3%), en pédiatrie ou dans une PMI (protection maternelle et infantile, 4,8%), ou dans un Smit (23,4%). Ainsi 61,0% des médecins exercent à l'hôpital ou dans une structure de santé publique et 62,1% en soins primaires (39,0% en exercice exclusif). La majorité (85,7%) des participants déclarent que la prise en charge des migrants fait partie de leur pratique quotidienne. Ils sont également nombreux à se dire expérimentés (31,3%) ou « dans la moyenne » (54,2%) sur cette thématique.

Les pratiques de rattrapage vaccinal mis en œuvre lors de la prise en charge d'une personne migrante âgée de 2 ans et plus, en l'absence d'informations sur ses vaccinations antérieures, sont présentées en fonction du sexe et du mode d'exercice des répondants (figure). Elles sont hétérogènes, avec un tiers des médecins (33,1%) qui déclarent refaire une primo-vaccination complète indépendamment de l'interrogatoire, plus souvent les hommes que les femmes ($p<0,01$). Cette différence entre les sexes est confirmée en analyse multivariée (tableau 1). Aucune différence n'est observée en fonction de l'âge, du département, du mode d'exercice, de l'expérience, ni de la pratique quotidienne.

À l'inverse, 26,6% des médecins interrogés reprennent le calendrier vaccinal français en fonction de l'âge, en considérant que la primo-vaccination a bien eu lieu. Cette pratique semble un peu plus fréquente parmi les médecins exerçant en soins primaires, sans que cette différence ne soit significative (figure).

Une partie des répondants (23,4%) consulte un site spécialisé informant sur le calendrier vaccinal du pays d'origine et adaptent leurs prescriptions à ce calendrier. Ces pratiques sont significativement plus fréquentes parmi les femmes que parmi les hommes mais aussi parmi les médecins exerçant en structures hospitalières ou de santé publique que parmi ceux exerçant en soins primaires (figure).

Une autre stratégie à laquelle près d'un tiers des médecins (32,8%) ont recours est l'utilisation de sérologies pré-vaccinales afin de connaître le statut immunitaire vis-à-vis de la maladie et d'adapter les prescriptions aux résultats. Cette pratique est plus fréquente parmi les praticiens les plus jeunes (39,9% pour les moins de 55 ans *vs* 15,0% pour les 55 ans et plus, $p<0,001$). Cette différence reste significative en analyse multivariée (tableau 2).

Enfin, une proportion plus faible de participants (16,9%) déclarent pratiquer des sérologies un mois après une dose de rappel (anticorps antitétaniques) et adaptent leur prescription au résultat. Cette pratique est significativement beaucoup moins fréquente parmi les médecins exerçant en soins primaires (figure).

Quand les médecins sont interrogés sur le crédit qu'ils accordent au statut vaccinal déclaré par l'individu, seuls 53,4% d'entre eux considèrent

l'information délivrée comme recevable quand le consultant déclare avoir déjà été vacciné, là où 81,3% sont plus disposés à croire un patient qui déclare n'avoir jamais été vacciné. Ces attitudes ne diffèrent pas en fonction du sexe et du mode d'exercice des médecins, à l'exception de ceux qui se déclarent débutants en santé des migrants. Ces derniers accordent plus de crédit aux consultants disant ne jamais avoir été vaccinés.

Parmi les répondants (n=318), 55,4% déclarent effectuer un maximum de deux injections à l'occasion d'une même consultation pour un même patient. Les femmes sont 58,3% à déclarer en administrer un maximum de 2 (50,0% chez les hommes, p=0,16). Cette limitation à deux injections semble être la norme parmi les médecins ayant un mode d'exercice en soins primaires exclusifs (73,0%), là où les médecins exerçant dans des structures hospitalières ou de santé publique réalisent plus souvent trois injections ou plus à la même consultation (56,3% *vs* 27,0% en soins primaires, p<0,001).

Parmi les 314 médecins répondants, 29,3% estiment qu'il existe un risque de sur-vaccination/hyperimmunisation des migrants en France, sans différence significative selon les caractéristiques des médecins.

Enfin, à la question « Pensez-vous qu'il existe une place pour la vaccination contre l'hépatite A chez les migrants vivant en France (en dehors du contexte d'un retour au pays) ? » (n=330), seuls 14,2% des médecins répondent positivement. C'est moins souvent le cas chez les médecins dont la pratique est orientée vers les soins primaires que chez ceux qui exercent dans des structures hospitalières ou de santé publique (7,9% *vs* 18,1%, p<0,001).

Le tableau 3 synthétise les prescriptions de sérologies pré- et post-vaccinales faites par les participants soumis à trois mises en situation de rattrapage vaccinal. Les trois situations étaient présentées de la manière suivante :

« Vous devez effectuer le rattrapage vaccinal :

- chez un enfant de 4 ans érythréen en l'absence de carnet de vaccination. Sa mère dit avoir fait des vaccins après la naissance mais ne se rappelle plus lesquels. Il ne présente pas de cicatrice vaccinale.
- chez une jeune Rom âgée de 14 ans en l'absence de carnet de vaccination. Sa mère dit qu'elle est à jour de ses vaccinations en Roumanie. Elle n'aurait pas eu de vaccin depuis l'âge de 2 ans. Elle ne présente pas de cicatrice vaccinale.
- chez un homme syrien âgé de 35 ans en l'absence de carnet de vaccination. Il dit ne pas avoir fait de vaccination depuis l'enfance. Il ne présente pas de cicatrice vaccinale. »

Le dépistage de l'hépatite B par les trois marqueurs est très largement pratiqué conformément aux recommandations de dépistage des personnes originaires des pays de forte endémie. Le recours aux sérologies tétanos pré- et post-vaccinales pour le tétanos concerne moins d'un quart des répondants (tableau 3).

Figure

Pratiques de rattrapage vaccinal appliqué par les médecins interrogés pour les patients de 2 ans et plus en l'absence d'information sur le statut vaccinal antérieur en fonction du sexe et du mode d'exercice (%), N=372

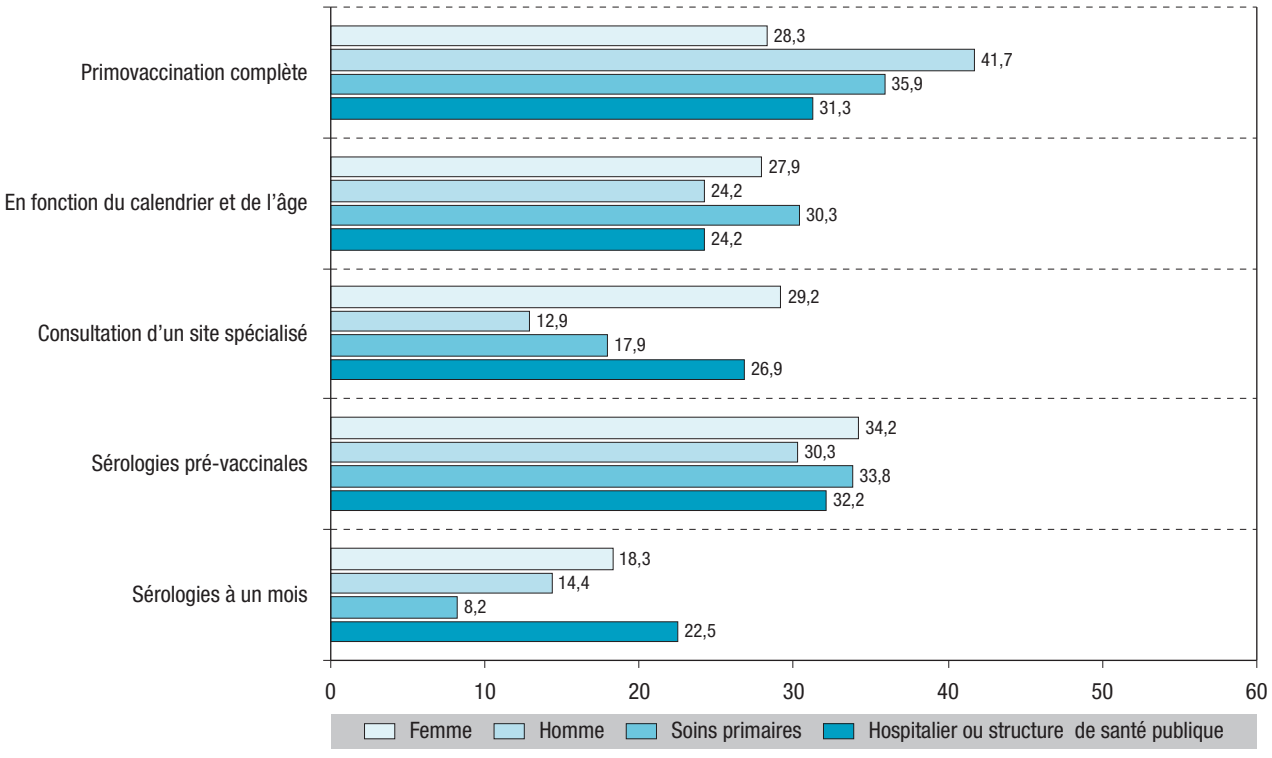


Tableau 1

Pratiques de rattrapage vaccinal appliqué par les médecins interrogés. Primo-vaccination complète chez un migrant primo-arrivant, analyse univariée et multivariée par régression logistique

				Analyse univariée			Analyse multivariée		
Médecins interrogés	**n**	**%**	**p**	**OR**	**IC95%**	**p**	**ORa**	**IC95%**	**p**
Tous	**372**	33,1					n=368		
Sexe	**372**								
Femme	240	**28,3**	**<0,01**	ref.			ref.		
Homme	132	**41,7**		**1,8**	**[1,2-2,8]**	**<0,01**	**1,8**	**[1,1-2,8]**	**0,02**
Âge	**368**								
Moins de 55 ans	261	32,2	0,43	ref.			ref.		
55 ans et plus	107	36,5		1,2	[0,8-1,9]	0,43	1,1	[0,7-1,8]	0,61
Département	**363**						/		
Île-de-France	159	35,9	0,43	1,2	[0,8-1,9]	0,43	**/**		
Hors Île-de-France	204	31,9		ref.			/		
Mode d'exercice	**372**						/		
Soins primaires	145	35,9	0,36	1,2	[0,8-1,9]	0,36	**/**		
Hospitalier ou structure de santé publique	227	31,3		ref.			/		
Expérience	**360**						/		
Débutant	52	34,6	0,53	1,3	[0,8-2,2]	0,27	/		
Dans la moyenne	195	35,4		1,3	[0,8-2,2]	0,49	/		
Expérimenté	113	29,2		ref.			/		
Pratique quotidienne	**370**								
En fait partie	317	31,9	0,17	0,7	[0,4-1,2]	0,17	0,7	[0,4-1,3]	0,26
En est éloignée	53	41,5		ref.			ref.		

ref. : catégorie de référence, OR : Odds ratio, ORa : Odds ratio ajusté, IC95% : Intervalle de confiance à 95%, p : degré de significativité.

Tableau 2

Réalisation de sérologie(s) préalable(s) en contexte de rattrapage vaccinal, par les médecins interrogés. Analyse univariée et multivariée par régression logistique

				Analyse univariée			Analyse multivariée		
Médecins interrogés	**n**	**%**	**p**	**OR**	**IC95%**	**p**	**ORa**	**IC95%**	**p**
Tous	**372**	32,8					n=368		
Sexe	**372**								
Femme	240	34,2	0,45	1,0	[0,8-1,9]	0,45	1,1	[0,7-1,7]	0,85
Homme	132	30,3		ref.			ref.		
Âge	**363**								
Moins de 55 ans	261	**39,9**	**<0,001**	**3,8**	**[2,1-6,8]**	**<0,001**	**3,7**	**[2,1-6,8]**	**<0,001**
55 ans et plus	107	**15,0**		ref.			ref.		
Département							/		
Île-de-France	159	30,2	0,46	ref.					
Hors Île-de-France	204	33,8		1,2	[0,8-1,9]	0,46			
Mode d'exercice	**372**						/		
Soins primaires	145	33,8	0,74	1,1	[0,7-1,7]	0,74			
Hospitalier ou structure de santé publique	227	32,2		ref.					
Expérience	**360**						/		
Débutant	52	34,6	0,93	1,1	[0,6-2,3]	0,73			
Dans la moyenne	195	33,3		1,1	[0,7-1,8]	0,79			
Expérimenté	113	31,9		ref.					
Pratique quotidienne	**370**						**/**		
En fait partie	317	32,2	0,43	ref.					
En est éloignée	53	37,7		1,3	[0,7-2,3]	0,43			

ref. : Catégorie de référence, OR : Odds ratio, ORa : Odds ratio ajusté, IC95% : Intervalle de confiance à 95%, p : degré de significativité, IC : Intervalle de confiance à 95%.

Selon la situation, entre 7% et 13% des médecins répondent ne pas faire de sérologies. Les médecins âgés de plus de 55 ans étaient significativement plus nombreux à ne réaliser aucun examen biologique autour du rattrapage vaccinal en comparaison avec les plus jeunes (22,0% *vs* 9,5% pour l'enfant érythréen, 20,4% *vs* 8,94% pour la fille rom et 17,8% *vs* 2,8% pour l'homme syrien). De même pour les médecins exerçant en soins primaires comparés à ceux exerçant à l'hôpital ou dans une structure de santé publique (20,4% *vs* 7,7% pour l'enfant érythréen, 21,2% *vs* 5,9%, pour la fille rom et 11,3% *vs* 3,9%, pour l'homme syrien).

La sérologie rougeole et le dépistage d'un contact avec le bacille de la tuberculose sont fréquemment proposés (>40%) chez l'enfant érythréen et la fille rom (tableau 3). La sérologie rougeole est plus souvent proposée par les médecins âgés de moins de 55 ans chez la fille rom et l'homme syrien (48,0% *vs* 18,4%, p=0,001 et 31,6% *vs* 13,3%, p=0,001 respectivement).

Un dépistage préalable du VIH est largement proposé pour l'adulte originaire de Syrie (76,8%) et par un médecin sur deux pour le garçon érythréen et la jeune fille rom (tableau 3). La sérologie VIH est également plus souvent prescrite par les médecins de moins de 55 ans dans les trois situations cliniques (60,5% *vs* 47,3%, p=0,029, 61,0% *vs* 37,5%, p<0,001, 82,1% *vs* 61,11%, p<0,001 respectivement).

Dans la situation concernant la fille rom de 14 ans, les hommes déclarent plus souvent que les femmes effectuer une sérologie tétanos tout de suite (tableau 4). Les médecins qui prennent quotidiennement en charge des migrants, à l'inverse, ont tendance à moins souvent effectuer une sérologie tétanos tout de suite. Ces différences ne sont plus significatives en analyse multivariée (tableau 4).

Concernant le dosage des anticorps antitétaniques un mois après une dose de vaccin dans la situation de l'enfant érythréen âgé de 4 ans, il est plus souvent réalisé en dehors de l'Île-de-France et par les médecins exerçant à l'hôpital ou dans les structures de santé publique (tableau 5). En analyse multivariée, seul le mode d'exercice reste associé à l'utilisation de ce dosage, les médecins ayant un mode d'exercice exclusif en soins primaires étant moins à même de recourir à cette sérologie (p<0,01). Des résultats identiques sont retrouvés dans la situation de la jeune fille rom (résultats non présentés).

Tableau 3

Sérologies pré- ou post-vaccinales proposées par les médecins participants dans trois situations cliniques

	Enfant érythréen 4 ans	Fille rom de 14 ans	Homme syrien de 35 ans
	n=344	n=337	n=340
	%	%	%
Aucun prélèvement	12,7	11,9	6,8
Ac antiHBs seul	4,3	3,6	3,2
AgHBs, AcantiHBs, Ac antiHBc	72,1	78,9	86,5
Ac antitétanique ou test rapide tétanos prévaccinal	21,3	20,5	17,1
Ac antitétanique à un mois	22,2	21,1	17,9
Sérologie rougeole	40,6	42,7	26,8
IDR ou IGRA	58,2	55,2	35,3
Sérologie VIH	56,8	54,9	76,8
Ne sait pas ou non concerné	6,9	3,3	2,1
Autres :	7,5	10,1	7,7
Sérologie varicelle	0,6	1,8	0,6
Sérologie rubéole	1,2	4,7	0,6
Sérologie oreillon	0,6	0,0	0,0
Sérologie hépatite A	1,7	1,2	0,3

Discussion

Les pratiques de rattrapage vaccinal des médecins exerçant en France auprès des personnes migrantes dont le statut vaccinal n'est pas connu sont hétérogènes. Près d'un tiers des médecins reprennent une primo-vaccination complète, là où un sur quatre se contente de reprendre le calendrier vaccinal français en considérant qu'une primo-vaccination a bien eu lieu. L'utilisation du dosage des anticorps antitétaniques en pré- ou post-vaccinal concerne un répondant sur cinq, en cohérence, pour la stratégie post vaccinale avec les recommandations existantes du groupe d'expert Infovac® [14,19]. Le dépistage de l'hépatite B avec les trois marqueurs, qui fait partie des bonnes pratiques recommandées par la HAS, est effectué par la majorité des répondants lors des mise en situation même si une faible proportion ne le réalise toujours pas, en particulier chez l'enfant de 4 ans originaire d'Érythrée. La consultation de sites spécialisés pour tenir compte des calendriers des pays d'origine est également utilisée par un médecin sur cinq. Les pratiques observées semblent liées au sexe, au mode d'exercice et à l'âge des répondants. En effet, les hommes reprennent plus volontiers une primo-vaccination complète ou utilisent une sérologie pré-vaccinale, là où les femmes ont plus souvent recours à une approche plus analytique du rattrapage vaccinal telle que la consultation de sites des calendriers vaccinaux des pays d'origine. La réalisation de sérologies pré-vaccinales est plus fréquente chez les plus jeunes médecins. Plusieurs travaux sur les pratiques de prévention ont décrit des différences de genre, les femmes étant plus disposées à prendre le temps d'aborder les questions de prévention en consultation [15,16]. Cette disposition à prendre le temps pourrait expliquer certaines différences observées entre les hommes et femmes médecins.

Tableau 4

Dosage des anticorps antitétaniques en pré-vaccinal lors du rattrapage vaccinal par les médecins participants, d'une fille rom âgée de 14 ans dont le statut est inconnu. Analyse univariée et multivariée par régression logistique

				Analyse univariée			Analyse multivariée		
Médecins interrogés	**n**	**%**	**p**	**OR**	**IC95%**	**p**	**ORa**	**IC95%**	**p**
Tous	**337**	20,5					n=334		
Genre	**337**								
Femme	216	17,1	**0,04**	ref.			ref.		
Homme	121	26,5		**1,7**	**[1,0-3,0]**	**0,04**	1,7	[1,0-2,9]	0,07
Âge	**334**								
Moins de 55 ans	246	21,1	0,55	1,2	[0,7-2,3]	0,56	0,8	[0,4-1,4]	0,39
55 ans et plus	88	18,2		ref.			ref.		
Département	**329**						/		
Île-de-France	146	19,9	0,75	ref.					
Hors Île-de-France	183	21,3		1,1	[0,6-1,9]	0,75			
Mode d'exercice	**337**						/		
Soins primaires	132	21,2	0,79	1,1	[0,6-1,9]	0,79			
Hospitalier ou structure de santé publique	205	20,0		ref.					
Expérience	**328**						/		
Débutant	51	23,2	0,57	0,9	[0,5-1,6]	0,66			
Dans la moyenne	182	20,9		0,6	[0,3-1,5]	0,29			
Expérimenté	95	15,7		ref.					
Pratique quotidienne	**337**								
En fait partie	284	18,7	0,06	ref.			ref.		
En est éloignée	53	30,2		1,9	[1,0-3,6]	0,06	1,8	[0,9-3,5]	0,08

ref. : Catégorie de référence, OR : Odds ratio, ORa : Odds ratio ajusté, IC95% : Intervalle de confiance à 95%, p : degré de significativité, IC : Intervalle de confiance à 95%.

Le fait de reprendre une primo-vaccination complète pourrait exposer à un risque d'hyper-immunisation et à ses formes cliniques telles que l'œdème étendu du bras et le phénomène d'Arthus (vascularite rare et dont la physiopathologie est discutée)[17,18]. Ces réactions hyperimmunes sont rarement rapportées et justifient l'administration de doses réduites d'anatoxine diphtérique et anticoquelucheuse chez l'adulte. La majorité des recommandations internationales considère que ces réactions ne remettent pas en question le bénéfice-risque du rattrapage vaccinal et proposent la reprise d'une primo-vaccination complète en l'absence de preuve vaccinales[10,12]. C'est en particulier le cas des dernières recommandations de l'ECDC rendues publiques fin 2018[12]. Quand les médecins sont interrogés sur ce risque, moins d'un tiers déclarent craindre ses réactions.

L'utilisation de sérologies 4 à 6 semaines après un rattrapage vaccinal contre le tétanos et l'hépatite B sont, quant à elles, recommandées par Infovac® et, en deuxième intention, par les *Centers for diseases control* américains dans le cadre du rattrapage vaccinal à statut inconnu[10,14,19]. Deux études ont démontré leur intérêt pour identifier une réponse anamnestique[20,21]. L'exercice hospitalier ou dans des structures de santé publique (et en particulier dans les centres de vaccination) semble favoriser le recours aux sérologies post-vaccinales, bien que leur prescription reste minoritaire dans notre échantillon. Cette différence pourrait être liée à un accès facilité à la biologie à l'hôpital en comparaison avec la ville. D'autres freins à l'utilisation de sérologies post-vaccinales peuvent exister en ville : notamment la complexification des parcours que leur usage implique en multipliant les consultations, le coût des sérologies chez des patients ayant une couverture maladie insuffisante et les difficultés de coordination, mais aussi le temps que les médecins ont à consacrer à ces stratégies.

Une majorité des répondants se limitent à 2 injections lors d'une même consultation, là où la plupart des experts considèrent qu'il n'y a pas de risque à injecter plus de 2 vaccins lors d'une même consultation[14,22]. Malgré l'existence de ces recommandations, les médecins exerçant en France continuent à majoritairement se limiter à 2 injections à l'occasion d'une même consultation, en particulier en soins primaires (médecine générale libérale, en centre de santé ou en Pass).

Peu de médecins font une place à la vaccination contre l'hépatite A, bien que cette dernière soit maintenant recommandée pour les enfants nés de familles dont au moins l'un des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner[23]. Cependant, la communication sur ce vaccin est limitée, il n'est toujours pas remboursé dans cette indication et il implique des injections supplémentaires, le tout dans une stratégie vaccinale déjà chargée et complexe. Son intérêt est plus discutable pour les adultes qui ont souvent acquis une immunité naturelle.

Tableau 5

Dosage des anticorps antitétaniques un mois après un rappel, lors du rattrapage vaccinal, par les médecins interrogés, d'un garçon érythréen âgé de 4 ans dont le statut est inconnu. Analyse univariée et multivariée par régression logistique

				Analyse univariée			Analyse multivariée		
Médecins interrogés	**n**	**%**	**p**	**OR**	**IC95%**	**p**	**ORa**	**IC95%**	**p**
Tous	**347**	22,2					n=336		
Genre	**347**								
Femme	225	24,9	0,10	ref.			ref.		
Homme	122	17,2		0,6	[0,4-1,1]	0,10	0,7	[0,4-1,3]	0,28
Âge	**344**								
Moins de 55 ans	253	24,1	0,13	1,6	[0,9-3,0]	0,14	1,5	[0,8-3,0]	0,21
55 ans et plus	91	16,5		ref.			ref.		
Département	**338**								
Île-de-France	148	16,2	**0,04**	ref.			ref.		
Hors Île-de-France	190	25,3		**1,8**	**[1,0-3,0]**	**0,05**	1,6	[0,9-2,8]	0,11
Mode d'exercice	**347**								
Soins primaires	**138**	**13,8**	**0,00**	**0,4**	**[0,2-0,7]**	**<0,01**	**0,4**	**[0,2-0,8]**	**<0,01**
Hospitalier ou structure de santé publique	209	27,8		ref.			ref.		
Expérience	**338**						/		
Débutant	102	27,5	0,32	0,6	[0,2-1,3]	0,17			
Dans la moyenne	184	21,7		0,7	[0,4-1,3]	0,28			
Expérimenté	52	17,3		ref.					
Pratique quotidienne	**347**						**/**		
En fait partie	294	23,1	0,32	ref.					
En est éloignée	53	17,0		0,7	[0,3-1,5]	0,32			

ref. : Catégorie de référence, OR : Odds ratio, ORa : Odds ratio ajusté, IC95% : Intervalle de confiance à 95%, p : degré de significativité, IC : Intervalle de confiance à 95%.

La discordance entre le nombre de médecins déclarant être engagés au quotidien dans la prise en charge des personnes migrantes et leur niveau expérience déclarée souvent moyenne ou de niveau débutant traduit les besoins d'accompagnement et de formation dans ce domaine.

Le mode de recrutement des médecins ayant participé à l'enquête était ciblé sur plusieurs organisations et sociétés savantes susceptibles de pouvoir toucher des médecins impliqués dans l'accueil des migrants primo-arrivants. Le taux de participation n'a pu qu'être estimé et il n'est pas possible d'évaluer la représentativité de l'échantillon des participants. On note cependant une faible représentation des pédiatres, spécialité pourtant très concernée, et un déséquilibre de participation des régions avec une surreprésentation de l'Île-de-France. Il est donc important de tenir compte de ces probables effets de sélection dans l'extrapolation qui peut être faite des données. L'enquête permet néanmoins d'éclairer les pratiques actuellement mal documentées des médecins les plus concernés par la thématique. La diversité des répondants en termes de spécialité, de mode d'exercice, de sexe et d'expérience déclarée, ainsi que le nombre important de participants permettent de mettre au jour la variabilité des pratiques. Les autres limites de cette enquête sont la longueur du questionnaire, qui a pu jouer sur l'effet de sélection des participants.

La variabilité des pratiques observées ici doit être mise en perspective en rappelant la variabilité des pratiques et des dispositifs à l'échelle européenne, où les migrants n'ont pas toujours accès aux dispositifs de rattrapage vaccinal, en particulier quand ils sont adultes. L'accès gratuit aux vaccins est limité, et la mise en place de programmes facilitateurs impliquant les communautés et allant vers les personnes les plus éloignées des soins encore trop rares[6,24-26].

En conclusion, les pratiques des médecins exerçant en France, en termes de rattrapage vaccinal auprès des personnes migrantes à statut vaccinal inconnu, sont très hétérogènes : elles sont partagées entre une approche simple de rappel unique ou reprise d'une primo-vaccination complète et une approche plus complexe, avec recours à des sérologies ou aux calendriers vaccinaux des pays d'origine pour estimer les vaccinations antérieurement reçues. Les différences observées en fonction du sexe et âge des médecins invitent à approfondir plus avant les rapports entre le genre et la génération d'une part, et les pratiques médicales d'autre part, à l'aide de futurs travaux qui utiliseraient notamment des méthodes qualitatives. L'élaboration de recommandations pratiques fondées sur la science et tenant compte des contraintes et des habitus des médecins exerçant en France est souhaitable et a été entreprise par la HAS en partenariat avec la Spilf et devraient être disponibles en 2019. Les principaux points qui

devront être tranchés, sont la place des sérologies pré- et post-vaccinales en particulier pour le tétanos et la rougeole, le crédit à apporter à l'interrogatoire et le nombre d'injections qui peuvent être réalisées à l'occasion d'une seule consultation. ■

Remerciements

Les auteurs remercient tous les médecins qui ont accepté et qui ont pris de leur temps pour participer à cette enquête. Nous remercions également les sociétés savantes et associations qui ont apporté leur soutien à l'étude en facilitant la diffusion du questionnaire : la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG/SFTGrecherche), le réseau Sentinelles, la Fédération nationale des centres de santé, l'Union syndicale des médecins de centre de santé, la Fédération française des maisons et des pôles de santé, le Collectif national des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), le réseau des missions France de Médecins du Monde, la Société de médecine des voyages, les Corevih, la Société française de lutte contre le sida, le Gervih et le réseau des Clat.

Ce travail a bénéficié de la bourse recherche du groupe Vaccination prévention de la Spilf*.

*Groupe Vaccination Prévention de la Spilf : Odile Launay (coord.), Olivier Epaulard (coord.), Nicolas Vignier (coord.), Sophie Abgrall, Sophie Blanchi, Julian Cornaglia, Elisabeth Botelho-Nevers, Julie Bottero, Valérie Delbos, Emmanuel Faure, Cécile Janssen, Sylvie Quelet, Caroline Lascoux-Combe, Daniel Levy-Bruhl, Maeva Lefebvre, François Lhériteau, Zoha Maakaroun Vermesse, Elisabeth Rouveix, Dominique Salmon, Benjamin Wyplosz.

Références

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. Immigrés, étrangers. 2018. [Internet]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

[2] Office français de protection des réfugiés et apatrides. Données de l'asile 2018. Paris: Ofpra; 2019. [Internet]. https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en

[3] Chaud P, Haeghebaert S, Leduc S, Merlin B, Janssens M, Denoual A, *et al*. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015-octobre 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):374-81. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13470

[4] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France. Rapport 2017. Paris: MDM; 2018. [Internet]. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/reports-observatory

[5] Observatoire du Samusocial. ENFAMS – Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris: Observatoire du Samusocial; 2014. 362 p. https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf

[6] Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. Pathog Glob Health. 2017;111(2):59-68.

[7] WHO-UNHCR-UNICEF joint technical guidance: general principles of vaccination of refugees, asylum-seekers and migrants in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization; 2015. [Internet]. http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region

[8] Organisation mondiale de la santé. Recommandations techniques communes sur les principes généraux de la vaccination des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants dans la Région européenne de l'OMS. Genève: OMS; 2015. [Internet]. http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region

[9] General best practice guidelines for immunization. Best practices guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Special situations. Persons vaccinated outside the United States. Atlanta: Adivsory Comittee on Immunization Practices; 2017. [Internet]. https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html

[10] Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating and updating immunizations during the domestic medical examination for newly arrived refugees. Atlanta: CDC, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Division of Global Migration and Quarantine, 2015. 6 p.

[11] European Centre for Disease Prevention and Control. Infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2015. 6 p.

[12] Robert Koch Institute. Recommendations of the Standing ommittee on Vaccination (STIKO) at the Robert Koch Institute – 2017/2018. Berlin: Epidemiol Bull. 2017;(34):333-76.

[13] European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC Scientific Advice; 2018. 85 p.

[14] Infovac-France. Rattrapage des vaccinations chez l'enfant et l'adulte Paris: Infovac-France; 2015.

[15] Ramirez AG, Wildes KA, Napoles-Springer A, Perez-Stable E, Talavera G, Rios E. Physician gender differences in general and cancer-specific prevention attitudes and practices. J Cancer Educ. 2009;24(2):85-93. PubMed PMID: 19431022. Pubmed Central PMCID: PMC4039198. Epub 2009/05/12.

[16] Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. J Womens Health (Larchmt). 2003;12(1):73-80.

[17] Woo EJ, Burwen DR, Gatumu SN, Ball R; Vaccine Adverse Event Reporting System working group. Extensive limb swelling after immunization: Reports to the Vaccine Adverse Event Reporting System. Clin Infect Dis. 2003;37(3):351-8.

[18] Barbaud A, Deschildre A, Waton J, Raison-Peyron N, Tréchot P. Hypersensitivity and vaccines: an update. Eur J dermatol. 2013;23(2):135-41.

[19] Infovac-France. Rattrapage des vaccinations chez l'enfant et l'adulte Paris: Infovac-France; 2019. 6 p. https://www.infovac.fr/docman-marc/public/fiches/1569-2-rattrapage-des-vaccinations-chez-l-enfant-et-l-adulte-2019/file.

[20] de la Fuente IG, Wagner N, Siegrist CA, Posfay-Barbe KM. Tetanus immunity as a surrogate for past diphtheria-tetanus-pertussis immunization in migrant children. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(3):274-7.

[21] Fougere Y, El Houss S, Suris JC, Rouvenaz-Defago S, Miletto D, Von der Weid L, *et al*. High coverage of hepatitis B vaccination and low prevalence of chronic hepatitis B in migrant children dictate a new catch-up vaccination strategy. Vaccine. 2018;36(30):4501-6.

[22] Haute Autorité de Santé. Co-administration de vaccins dans le cadre de la campagne de rattrapage vaccinal à Mayotte chez les enfants de 0 à 6 ans. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. 22 p. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2848170/fr/co-administration-de-vaccins-dans-le-cadre-de-la-campagne-de-rattrapage-vaccinal-a-mayotte-chez-les-enfants-de-0-a-6-ans

[23] Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. Paris: Direction générale de la Santé; 2018. 72 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf

[24] De Vito E, Parente P, de Waure C, Poscia A, Ricciardi W. A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network Synthesis Report); 2017. (53). [Internet] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK475647/

[25] Ravensbergen SJ, Nellums LB, Hargreaves S, Stienstra Y, Friedland JS; ESGITM Working Group on vaccination in migrants. National approaches to the vaccination of recently arrived migrants in Europe: A comparative policy analysis across 32 European countries. Travel Med Infect Dis. 2019;(27):33-8.

[26] Hargreaves S, Nellums LB, Ravensbergen SJ, Friedland JS, Stienstra Y, on behalf of the Esgitm working group on vaccination in migrants. Divergent approaches in the vaccination of recently arrived migrants to Europe: A survey of national experts from 32 countries, 2017. Euro Surveill. 2018;23(41).

Citer cet article

Vignier N, Moussaoui S, Aurousseau A, Nappez S, Cornaglia J, Delobre G, Blanchi S, Luan L, Vandentorren S, Bouchaud O, Launay O, Mechain M ; et le groupe Vaccination & prévention de la Spilf. Pratiques de rattrapage vaccinal des médecins exerçant en France pour les personnes migrantes arrivant sur le territoire français. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18): 351-60. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_5.html