

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-Bey¹ (evansenglizbey@gmail.com), Catherine Cavalin^{1,2}, Manon Brocvielle³, 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-européennes¹. 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 campements⁴, sur leur prise en charge sanitaire⁵. Des institutions de statuts divers, missionnées par des organismes publics, produisent également des états des lieux⁶⁻¹¹ 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 statistiques¹².

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 18^e) 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).

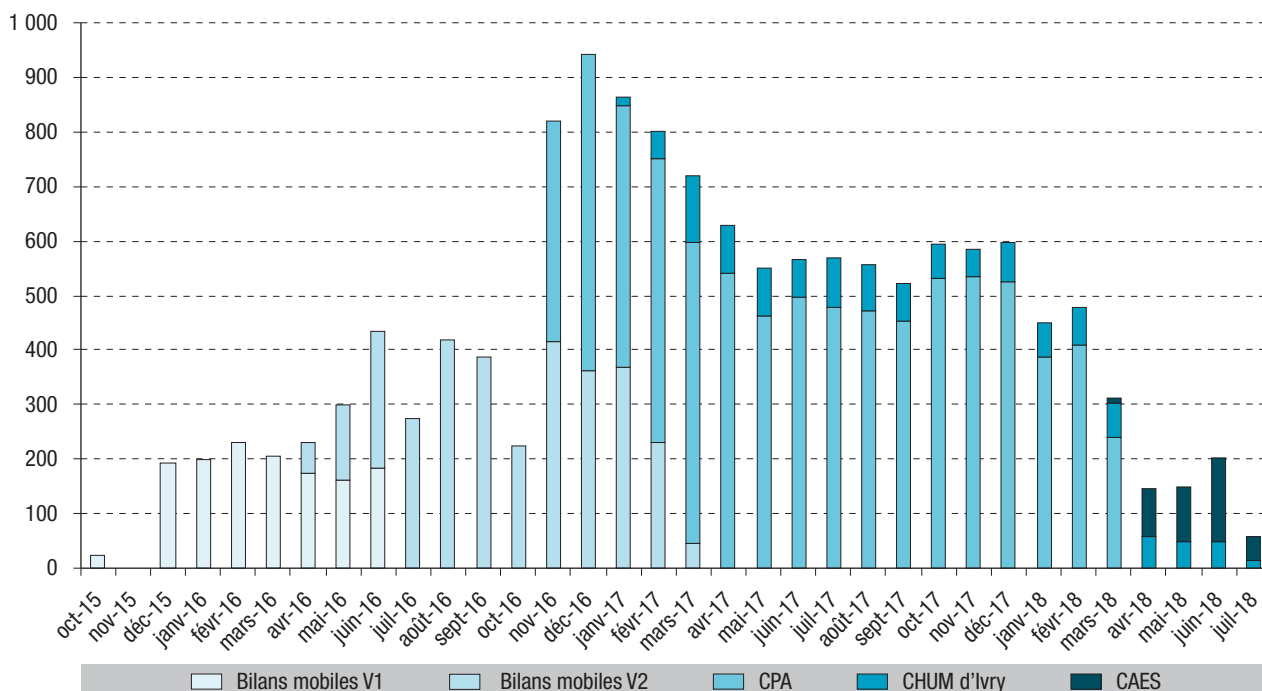
Cette population est âgée de 27 ans en moyenne (76% ont moins de 30 ans), et présente un faible niveau scolaire, avec 28% des personnes jamais scolarisées et 33% n'ayant pas dépassé le niveau primaire.

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 inexploitable (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.

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

Tableau 2

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

| | Témoin de violences | | |
|----------------------|---------------------|-----|---------------|
| Victime 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 inexploitable

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 / Sévices 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)

| Déclare... | 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 | |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après de qui la question a été abordée (n) | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après de qui la question a été abordée (n) | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après de qui la question a été abordée (n) | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après de qui la question a été abordée (n) | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après de qui la question a été abordée (n) | % sur l'ensemble des pers. (n) | % sur l'ensemble des pers. après 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 avons 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 victimation¹³ 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 établi¹⁴, 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 mortalité¹⁷, 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;-0,2] | 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=0,735 | | 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 $\leq 0,0001$ ($p=0,000$).

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 générale²⁰. ■

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 pertinente¹¹, dans des conditions normales d'exercice qui sont tout sauf standards²¹.

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: Bousquet 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, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Épidémiol 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, Maillachon 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 XX^e 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

Englitz-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 Epidemiol Hebd*. 2019;(17-18):312-26. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_1.html