

Impact des violences subies sur la santé de femmes migrantes consultant dans deux polycliniques parisiennes

The impact of violence on the health of migrant women consulting two free outpatient clinics in Paris

Bacha Kaoutar¹, Sigolène Roumieu¹, Laetitia Audiffred¹, Olivier Cha¹

➔ Résumé

Introduction : Les migrants représentent une population qui s'installe dans un pays étranger. En 2020, ils étaient estimés à 281 millions. Parmi les patients vus par le Comité pour la santé des exilés, 62 % déclarent avoir subi des violences. Les femmes migrantes sont particulièrement exposées aux violences de genre. Parmi les femmes migrant de la République démocratique du Congo vers le Cameroun, 39 % déclarent avoir subi des violences sexuelles, nettement plus que la population hôte, qui en déclare 3,9 %.

But de l'étude : Rechercher l'impact des violences sur la santé physique et mentale des femmes migrantes dans des centres de premier recours de soins parisiens.

Méthodes : Il s'agit d'une étude analytique transversale réalisée dans deux polycliniques d'hôpitaux parisiens. Les femmes migrantes ont été interrogées sur les violences subies avant leur arrivée en France. Leurs antécédents médicaux et leur état de santé actuel ont été analysés en fonction des violences vécues.

Résultats : 131 patientes migrantes ont été incluses sur une période de trois semaines. Originaires principalement d'Afrique subsaharienne (75 %), leur moyenne d'âge était de 43 ans et 59 % d'entre elles ont subi des violences. Un état de stress post-traumatique (ESPT) a été retrouvé chez 66 % des patientes ayant subi des violences et la moitié présentait un syndrome dépressif ou anxieux, tandis que ces syndromes n'étaient présents que chez respectivement 22 % et 20 % des migrantes du groupe sans violences. De plus, toujours chez les patientes ayant subi des violences, 48 % présentaient des symptômes cardiaques versus 26 %, 53 % des symptômes respiratoires versus 20 % et 58 % des symptômes gastro-intestinaux contre 23 % ($p < 0,05$).

Conclusions : Ces résultats incitent à une vigilance particulière quant aux antécédents de violences chez la population migrante, en raison d'un risque accru d'état de stress post-traumatique et d'une symptomatologie physique très souvent associée.

Mots-clés : violences ; migrantes ; femmes ; santé ; état de stress post-traumatique.

➔ Abstract

Introduction: Migrants are people who settle in a foreign country. In 2020, the global migrant population was estimated at about 281 million. Of the patients seen by the Comité pour la santé des exilés (a French non-profit that works to improve the health of refugees), 62% report having experienced violence. Migrant women are particularly exposed to gender-based violence. Among women who have migrated from the Democratic Republic of the Congo to Cameroon, 39% report having experienced sexual violence, significantly more than the rate among the host population (3.9%).

Purpose of the study: To analyze the impact of violence on the physical and mental health of migrant women consulting primary health care centers in Paris.

Methods: This was a cross-sectional analytical study carried out in two Parisian outpatient clinics. Migrant women were interviewed about whether they had experienced violence prior to their arrival in France. Their medical history and current state of health were also analyzed in light of the violence experienced.

Results: 131 migrant female patients were included over a period of three weeks. They were mainly from sub-Saharan Africa (75%), with an average age of 43 years, and 59% of them had experienced violence. Post-traumatic stress disorder (PTSD) was found in 66% of patients who had experienced violence, and half had symptoms of depression or anxiety, while these symptoms were only present in 22% and 20% respectively of migrant women in the group that had not experienced violence. Furthermore, among the patients who had experienced violence, 48% had cardiac symptoms versus 26%, 53% had respiratory symptoms versus 20%, and 58% had gastrointestinal symptoms versus 23% ($p < 0.05$).

Conclusions: These results indicate the need for particular vigilance regarding the history of violence in the migrant population, due to an increased risk of post-traumatic stress disorder frequently associated with physical symptoms.

Keywords: violence; migrants; women; health; post-traumatic stress disorder.

¹ PASS, Unité de médecine générale sans rendez-vous, Polyclinique Baudelaire, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, France.

Correspondance : B. Kaoutar
bacha.kaoutar@aphp.fr

Réception : 25/07/2023 – Acceptation : 04/06/2024

Introduction

En 2020, environ 281 millions de personnes avaient quitté leur pays. Ces personnes composent ce qu'on appelle classiquement la population migrante d'un pays d'accueil [1]. Il n'existe pas de définition juridiquement reconnue au terme « migrant ». Toutefois, on peut dire, avec les Nations unies, que ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » [2]. Parmi les migrants, ceux provenant de pays en conflit ou pays sièges de tensions sociales ont souvent fait l'objet de violences avant d'arriver dans le pays d'accueil [3]. Les migrants économiques en situation irrégulière ont deux fois plus souvent été victimes de violences (47 %) que les migrants économiques en situation régulière [4]. Le voyage migratoire est lui-même souvent l'occasion de nouvelles violences et/ou d'événements traumatisants involontaires (ETI) [5-6].

La notion de violence n'est pas facile à définir et s'appréhende différemment d'une région à l'autre. Dans notre étude, nous ferons référence à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est « l'usage délibéré ou la menace d'usage de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mauvais développement ou une carence » [7]. La catégorisation proposée par l'OMS distingue les violences selon le type (verbales, physiques, psychologiques ou sexuelles) et selon la nature (conjugale, collective, familiale ou au travail). Les violences collectives sont ici considérées comme l'usage de la violence par des personnes qui s'identifient en tant que membres d'un groupe contre un autre groupe, afin de parvenir à des objectifs politiques, économiques ou sociaux.

Nous distinguons dans notre étude les actes de violence infligés intentionnellement des ETI. Un ETI peut avoir les mêmes conséquences sur la santé que des violences. Les ETI responsables de traumatismes psychologiques ou physiques sont en général des événements qui donnent le sentiment d'être confronté à la mort ou que l'intégrité physique d'une personne proche est menacée. Ils provoquent un sentiment d'horreur et surtout d'impuissance.

Il est largement reconnu que la violence ou les ETI peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale et

physique. Les troubles psychologiques le plus souvent retrouvés parmi les patients victimes de violences sont un état de stress post-traumatique, une anxiété ou une dépression. Ces patients sont par ailleurs plus souvent diabétiques, hypertendus ou asthmatiques [8-9]. Les femmes payent un plus fort tribut aux violences que les hommes. Indépendamment des conflits, elles subissent plus souvent les violences conjugales ou familiales. En France, 87 % des violences conjugales (VC) concernent les femmes [10]. En milieu rural au Cameroun, 35 % des femmes interrogées déclarent avoir subi des violences sexuelles, 64 % étaient dues à leur conjoint [3]. Lors des conflits armés, le viol est souvent utilisé comme arme de guerre. En République démocratique du Congo (RDC), plus d'un tiers des femmes âgées de 11 à 23 ans déclarent avoir été victimes d'agressions sexuelles [11]. Parmi les migrantes de RDC vers le Cameroun, 39 % disent avoir subi des violences sexuelles tandis qu'elles sont 3,9% de la population féminine hôte. Les femmes dénoncent de nombreuses agressions physiques ou sexuelles durant le voyage migratoire [12].

Il existe peu d'études en France sur le rapport entre les violences subies avant ou pendant la migration et les motifs de consultations, entre l'état de santé ressenti et la présence de pathologies chroniques chez les patientes migrantes. L'objectif de ce travail est d'évaluer la relation entre les antécédents de violences et la santé des patientes migrantes qui se présentent en consultation de médecine générale. Le terme « violences » est utilisé selon la définition de l'OMS décrite précédemment. L'hypothèse soutenue est que, parmi la population migrante féminine, celles qui ont subi des violences ont un état de santé moins bon que celles qui n'en ont pas subi. Pour mieux appréhender les répercussions des violences, nous avons aussi cherché à savoir si les patientes qui n'ont pas subi de violences avaient vécu un ETI. L'analyse principale se porte sur la comparaison entre le groupe des patientes qui ont subi des violences et celui qui n'en a pas subi. Deuxièmement, nous avons analysé les différences démographiques et médicales entre les patientes n'ayant vécu ni violences ni ETI et le groupe des patientes victimes ou de violences ou d'ETI. Et enfin, nous avons comparé le groupe des patientes qui ont vécu des violences à celui des patientes qui ont vécu un ETI.

Cette étude devrait nous permettre d'estimer la prévalence des antécédents de violences parmi les patientes migrantes consultant en centre de santé de soins primaires à Paris. D'autre part, elle peut nous apporter un nouvel éclairage sur les liens déjà connus entre la violence et la santé des patientes. L'objectif pragmatique étant de mieux cibler les explorations diagnostiques et interventions thérapeutiques.

Matériels et méthodes

L'étude réalisée est observationnelle et transversale sur deux sites, les policliniques des centres hospitalo-universitaires de Saint-Antoine et de Lariboisière. Ces sites sont dotés d'un dispositif de permanence d'accès aux soins de santé (PASS), qui permet de prendre en charge médico socialement des patients sans couverture sociale. Les équipes sont composées de médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignantes, assistantes sociales. Ce dispositif permet ainsi d'offrir une aide transversale aux patients les plus précaires. La population est en large majorité migrante (80 %), dont 35 % de femmes, et vient en majorité d'Afrique subsaharienne [13].

Toute femme migrante âgée de plus de 18 ans, francophone ou anglophone, consentant oralement à l'étude et consultant entre mars et avril 2017 a été incluse.

Le recueil de données s'est fait lors des consultations de médecine générale. Les médecins enquêteurs ont été formés individuellement par un des auteurs de l'étude. Ils pouvaient faire appel si besoin à un service de traduction. Les informations recueillies étaient constituées des données sociodémographiques (âge, pays d'origine, ancienneté en France, situation administrative, logement, couverture sociale, emploi), des antécédents de violences, de leur type et nature, des antécédents d'ETI et enfin des données médicales (motif de consultation, existence d'une pathologie chronique, traitement, trouble psychique, état de santé ressenti actuel).

Les motifs de consultation ont été regroupés en cinq items : douleur, suivi de pathologie chronique, pathologie urogynécologique, pathologie ORL ou pneumologique et autre.

Les troubles psychiques les plus fréquemment associés à un antécédent de violences, l'ESPT, l'anxiété et la dépression, ont été recherchés comme suit. Un ESPT probable a été défini selon l'échelle en soin de santé primaire [14] qui comprend quatre items développés selon les critères de la cinquième version du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-5) [15], et noté sur une échelle binaire. La présence d'un ESPT est dite probable si, avec un antécédent de violences ou d'ETI, la patiente répond par oui à au moins trois des questions des groupes suivants : symptômes d'évitement (tentative de ne pas y penser ou évitement situationnel), symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs et envahissants, rêves répétitifs, cauchemars), symptômes d'hypervigilance (sur ses gardes, difficulté de concentration, insomnies), altération des capacités cognitives et de l'humeur (troubles de la mémoire, émotions négatives persistantes, restriction des émotions positives,

tendance à se blâmer, perte d'intérêt). L'anxiété a été dépistée par trois items regroupant les critères diagnostiques du DSM-5 : sentiment de nervosité, d'inquiétude, de tension ; sentiment de panique ou de peur ; évitement de situations qui rendent anxieuse (DSM-5). Pour la dépression, nous avons utilisé l'échelle en deux items de Whooley : présence d'une humeur dépressive et diminution marquée du plaisir et de l'intérêt pour toutes ou presque toutes les activités. La patiente était dite dépressive si elle répondait par oui aux deux questions [16].

Les symptômes physiques décrits par la patiente le jour de la consultation ont été regroupés en six catégories : musculo-squelettiques (douleur du dos, faiblesse ou raideurs des membres), cardio-vasculaires (tachycardie, palpitation, oppression ou douleur thoracique), respiratoires (contraction dans la gorge ou difficultés respiratoires), gastro-intestinales (dysphagie, nausées ou douleur abdominale), uro-génitales (pollakiurie, urgencyurie, irrégularité du cycle, dyspareunies), céphalées.

Le critère de jugement principal est la mise en évidence d'une différence statistiquement significative des symptômes psychiques et physiques entre les patientes ayant subi des violences et celles n'en ayant pas subi.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Stata (version 8.0) pour l'analyse univariée et multivariée. Le test du khi-deux a été utilisé pour décrire les différences d'incidence des variables qualitatives, et le test t de comparaison de moyenne pour les variables quantitatives. Une différence était statistiquement significative entre deux populations quand il y avait moins de 5 % de chance que le résultat soit obtenu au hasard ($p < 0,05$).

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Paris a jugé que l'étude ne nécessitait pas un examen auprès du Comité de protection des personnes. Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été effectuée le 23 février 2017. Le consentement de chaque patiente a été recueilli oralement avant chaque entretien.

Résultats

Du 20 mars au 10 avril 2017, 131 patientes ont été incluses : 95 patientes à l'Hôpital Saint-Antoine et 36 à l'Hôpital Lariboisière. Au vu du nombre de passages durant cette période à l'Hôpital Saint-Antoine, 168 patientes auraient pu être incluses, alors que seulement 95 l'ont été. Le motif de non-inclusion qui revenait le plus souvent de la part des médecins était le manque de temps lors de la consultation.

Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

L'âge moyen des patientes est de 43 ans (+/-15), variant de 18 à 83 ans (tableau I). Elles proviennent en majorité d'Afrique subsaharienne (75 %), dont 21 % de Côte d'Ivoire et 12 % du Cameroun. Alors que plus de la

moitié (52 %) vit en France depuis plus de trois ans, 60 % n'ont pas de document de séjour. Parmi ces dernières, les patientes d'origine africaine sont plus souvent sans documentation de séjour ($p = 0,002$). Enfin 63 % de l'ensemble des patientes ont une couverture sociale (Sécurité sociale, CMU ou AME), 58 % ont un logement et seulement 35 % un travail (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques selon les antécédents de violences

	Total dans la population	Analyse univariée			Analyse multivariée modèle 1		Analyse multivariée modèle final	
		Pas de violences	Violences	Test du Chi2				
	N = 131 (%)	N = 54 (%)	N = 77 (%)	p	Or	p	Or	p
Âge								
Moyenne et écart type	43 (15)	46 (16)	40,6 (14)		0,986	0,332	0,987	0,375
18-39 ans	66 (50)	22 (41)	44 (57)					
40-59 ans	40 (31)	18 (33)	22 (29)	0,123				
60-83 ans	25 (19)	14 (26)	11 (14)					
Région d'origine								
Afrique du Nord	15 (12)	8 (15)	7 (9)					
Afrique subsaharienne	97 (75)	36 (67)	61 (79)					
Amérique	6 (5)	3 (6)	3 (4)	0,361	0,893	0,602		
Asie	8 (6)	5 (9)	3 (4)					
Europe	3 (2)	2 (4)	1 (1)					
Ancienneté								
< 3 ans	58 (46)	18 (35)	40 (55)					
3-9 ans	32 (26)	14 (27)	18 (25)	0,045	0,633	0,180	0,634	0,060
>9 ans	35 (28)	20 (38)	15 (20)					
Situation sociale								
Séjour régulier								
Oui	52 (40)	26 (49)	26 (34)	0,080	0,862	0,789		
Non	78 (60)	27(51)	51 (78)					
Couverture sociale								
Oui	82 (63)	37 (70)	45 (58)	0,187	1,015	0,973		
Non	48 (37)	16 (30)	32 (42)					
Logement								
Oui	76 (58)	33 (62)	43 (56)	0,465	1,494	0,396		
Non	54 (42)	20 (38)	34 (44)					
Travail rémunéré								
Oui	45 (35)	22 (43)	23 (30)	0,191	0,913	0,858		
Non	85 (65)	32 (57)	53 (70)					

Table I : Socio-demographic characteristics according to history of violence

Caractéristiques médicales de la population étudiée

Les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés sont des douleurs (34 %), le suivi d'une pathologie chronique (22 %), ou une pathologie uro-gynécologique (21 %) (tableau II).

Seulement 32 % des patientes n'ont aucun antécédent médical, 22 % ont une HTA, 16 % une pathologie gynécologique, 15 % un diabète et 8 % un antécédent de pathologie digestive (tableau II). Près de la moitié (48 %) ne prend aucun traitement, 40 % un traitement pour une pathologie chronique de type HTA ou diabète, 9 % un traitement antalgique.

Caractéristiques des violences

Cinquante-neuf pour cent des patientes ont déclaré avoir subi des violences avant la migration ou pendant le parcours migratoire. La répartition par type de violences est similaire entre les violences collectives (47 %), conjugales (44 %) et familiales (42 %). Les violences au travail sont moins fréquentes (6 %)

(tableau III). Parmi les patientes n'ayant pas subi de violences (41 %), 21 % ont dit avoir vécu un ETI avant leur arrivée en France, par conséquent 20 % n'ont vécu ni violences ni ETI.

Caractéristiques sociodémographiques selon les antécédents de violences

L'âge moyen est similaire entre les patientes qui ont subi des violences et les autres patientes. Il en est de même pour leur situation sociale, il n'y a pas de différence pour la couverture sociale, le logement ou le travail (tableau I). Par contre, les patientes arrivées il y a moins de trois ans ont été plus souvent victimes de violences que celles arrivées depuis plus de trois ans ($p = 0,045$) (tableau I). Nous avons recherché les associations avec les violences dans un modèle comprenant les déterminants sociodémographiques (âge, ancienneté, document de résidence, couverture sociale, logement et travail). En supprimant pas à pas les variables les moins associées, le modèle le plus pertinent en gardant l'âge montre une petite association des violences avec l'ancienneté d'arrivée en France mais non significative ($p = 0,060$) (tableau I).

Tableau II : Caractéristiques médicales selon les antécédents de violences

	Total dans la population	Analyse univariée			Analyse multivariée modèle 1		Analyse multivariée modèle final	
		Pas de violences	Violences	Test du Chi2	Or	p	Or	p
	N = 131 (%)	N = 54 (%)	N = 77 (%)	p.				
Motifs de consultation								
Douleurs	44 (34)	18 (33)	26 (34)	0,851				
Suivi pathologie chronique	28 (22)	12 (22)	16 (21)					
Pathologie uro-gynécologique	27 (21)	9 (17)	18 (23)					
Pathologie ORL ou pneumologique	12 (9)	5 (9)	7 (9)					
Autres	20 (15)	10 (19)	10 (13)					
Comorbidités								
Aucune	42 (32)	21 (39)	21 (27)	0,161				
HTA	29 (22)	16 (30)	13 (17)	0,084				
Pathologie uro-gynécologique	21 (16)	6 (11)	15 (19)	0,199				
Diabète	18 (15)	12 (22)	6 (8)	0,035				
Pathologie digestive	11 (8)	2 (5)	9 (12)	0,105				

	Total dans la population	Analyse univariée			Analyse multivariée modèle 1		Analyse multivariée modèle final	
		Pas de violences	Violences	Test du Chi2	Or	p	Or	p
	N = 131 (%)	N = 54 (%)	N = 77 (%)	p.				
Traitement								
Tous	64 (48)	26 (48)	38 (48)	1,00				
Antalgique	12 (9)	6 (11)	6 (8)	0,522				
Pathologie chronique	53 (41)	22 (42)	31 (41)	0,654				
Psychiatrique	2 (2)	0	2 (3)	Nc				
Pathologies psychiques								
Dépression	50 (38)	12 (22)	38 (49)	0,004	1,92	0,668		
Anxiété	49 (37)	11 (20)	38 (49)	0,002	1,63	0,589	2,41	0,050
ESPT	61 (47)	10 (19)	51 (66)	0,002	2,82	1,088		
Non répondu	5 (4)	4 (7)	1 (1)	Nc				
Symptômes physiques								
Musculo-squelettiques	93 (71)	34 (63)	59 (77)	0,181	0,78	0,629		
Cardiaques	65 (50)	16 (29)	49 (63)	0,001	1,80	0,221		
Respiratoires	52 (40)	11 (20)	41 (53)	0,001	2,33	0,090	2,71	0,026
Gastro-intestinaux	63 (48)	18 (33)	45 (58)	0,018	1,38	0,461		
Uro-génitaux	51 (39)	14 (26)	37 (48)	0,035	1,20	0,691		
Céphalées	88 (67)	25 (46)	63 (81)	0,000	3,23	0,012	3,49	0,005
Non répondu	4 (3)	4 (7)	0	Nc				

Table II : Medical characteristics according to history of violence

Nc : non calculé

Tableau III : Caractéristiques des violences par types et formes

Types		Collectives	Conjugales	Familiales	Travail
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Formes		36 (47)	34 (44)	32 (42)	5 (6)
	Physiques	22 (29)	27 (35)	12 (16)	2 (3)
	Psychiques	15 (19)	23 (30)	19 (25)	3 (4)
	Sexuelles	16 (21)	13 (17)	14 (18)	3 (4)

Table III : Forms and types of violences 3

Caractéristiques médicales selon les antécédents de violences

Les motifs de consultation sont similaires entre les deux groupes. On note peu de différences pour les comorbidités, seul le diabète est significativement plus fréquent

chez les patientes sans antécédent de violences. Il en est de même pour la prise de traitement, aussi fréquente dans un groupe que dans l'autre (tableau II).

Soixante-six pour cent des patientes ayant subi des violences présentent des signes en faveur d'un ESPT, elles sont 19 % dans le groupe sans violences. Par ailleurs, elles

sont deux fois plus souvent dépressives (49 % versus 22 %) et anxieuses (49 % versus 20 %). Les violences engendrent 3 fois plus souvent un ESPT qu'un ETI, 2 fois plus de dépression et 3,5 fois plus d'anxiété (tableau IV). Par ailleurs, les patientes victimes de violences manifestent plus fréquemment une symptomatologie somatique : symptômes cardiaques (63 % versus 29 %), respiratoires (53 % versus 20 %), gastro intestinaux (58 % versus 33 %), uro-génitaux (48 % versus 26 %) et céphalées (81 % versus 46 %), tandis que la fréquence des plaintes musculo-squelettiques est similaire entre les deux groupes (tableau II).

L'état psychique (présence d'un ESPT, d'une dépression ou d'une anxiété) n'est pas influencé par les déterminants sociodémographiques. De même, selon les antécédents de violences, la situation sociale n'influence pas le risque d'avoir une maladie chronique. Et selon les antécédents de violences, la situation sociale n'augmente pas le risque de dépression ou d'anxiété. Cependant, chez les femmes victimes de violences, on constate dans un modèle regroupant les conséquences psychiques et somatiques qu'un état anxieux s'accompagne 2,7 fois plus souvent de plaintes gastriques et 3,5 fois plus souvent de céphalées (tableau II).

Nous avons analysé séparément les liens entre les plaintes somatiques et les troubles psychiques. Les femmes ayant un ESPT ont 5 fois plus souvent des symptômes cardiaques, 4 fois plus de symptômes respiratoires, 2,7 fois plus de symptômes gastro-intestinaux, 2,5 fois plus de symptômes uro-gynécologiques et 5 fois plus de céphalées que les femmes ayant vécu un ETI (tableau IV). Par ailleurs, les violences augmentent par 2 le risque d'avoir une dépression et par 3,5 d'être anxieuse. Ces troubles sont nettement associés à une augmentation des plaintes somatiques. Les femmes dépressives manifestent près de 3 fois plus souvent des douleurs musculo-squelettiques et des symptômes cardiaques et 4 fois plus souvent des symptômes respiratoires. Les femmes anxieuses ont 3 fois plus de symptômes respiratoires, 3,5 fois plus de symptômes cardiaques et de symptômes uro-génitaux (tableau IV).

Nous avons observé les conséquences psychologiques en fonction de la forme des violences. Il ressort que les patientes ayant vécu des violences sexuelles sont beaucoup plus à risque d'ESPT que les autres patientes (autres formes de violences ou ETI) ($p = 0,005$).

Caractéristiques sociodémographiques selon les antécédents de violences ou d'ETI

Nous avons comparé les patientes qui n'avaient vécu ni violences ni ETI au groupe de patientes ayant vécu l'un ou l'autre. Ni la moyenne d'âge, ni l'origine du pays, ni

l'ancienneté en France ne diffère entre les deux groupes. Les patientes ayant vécu des violences ou un ETI ont moins souvent un logement ($p = 0,019$) et sembleraient avoir moins souvent des papiers ($p = 0,053$) ; par contre les taux de couverture sociale et de l'emploi sont similaires entre les deux groupes (tableau V).

Caractéristiques médicales selon les antécédents de violences ou d'ETI

Les motifs de consultation sont similaires entre les deux groupes. Les patientes indemnes de violences ou d'ETI ont plus souvent une hypertension ou un diabète mais moins souvent une pathologie uro-gynécologique. Lors des entretiens, les patientes avec un antécédent de violences ou d'ETI présentent plus souvent une symptomatologie dépressive ou anxieuse et les symptômes somatiques sont plus fréquents chez elles, y compris les douleurs musculo-squelettiques ($p = 0,03$) (tableau VI).

Caractéristiques sociodémographiques des patientes avec des antécédents de violences versus celles avec ETI

De cette comparaison et la suivante ont été exclues les patientes qui n'ont été victimes ni de violences ni d'ETI. Les déterminants sociodémographiques sont similaires entre les deux groupes de patientes (tableau VII).

Caractéristiques médicales des patientes avec des antécédents de violences versus celles avec ETI

Comme lors de la comparaison entre le groupe avec violences et le groupe sans violences, les patientes consultent pour les mêmes motifs et la prévalence des comorbidités est similaire entre les deux groupes. Par contre, on note que les patientes avec un antécédent de violences sont deux fois plus souvent dépressives ($p = 0,022$), anxieuses ($p = 0,005$) et/ou en ESPT ($p = 0,005$). Elles présentent plus souvent une symptomatologie cardiaque ($p = 0,007$), respiratoire ($p = 0,006$) et des céphalées ($<0,001$) (tableau VIII).

Discussion

Les patientes migrantes de notre étude ont en majorité été victimes de violences (59 %), plus de la moitié (58 %)

Tableau IV : Association entre les symptômes physiques et psychiques

Total population N = 131		Population avec violences ou ETI = 105				Total population N = 131									
Violences		ESPT				Dépression			Anxiété						
						Or selon les violences			Or selon les violences						
		Analyse univariée				Analyse univariée		Analyse multivarée		Analyse univariée		Analyse multivarée			
Or*	P	Or	P	Or	P	Or	P	Or	P	Or	P	Or	P		
Violences		3,67**				0,005		2,4		0,046		3,53		0,002	
Symptômes physiques															
Musculo- squelettiques	1,73	0,183	1,72	0,253	2,7	0,023	2,70	0,041	1,58	0,288	1,39	0,469			
Cardiaques	4,00	0,000	5,13	0,000	4,07	0,000	3,26	0,004	4,48	0,000	3,52	0,003			
Respiratoires	4,40	0,000	4,04	0,001	5,17	0,000	4,22	0,000	3,80	0,001	2,90	0,009			
Gastro- intestinaux	2,7	0,007	1,8	0,148	2,00	0,062	1,62	0,214	2,67	0,010	2,15	0,053			
Uro-génitaux	2,57	0,016	4,8	0,000	2,26	0,030	1,88	0,105	4,06	0,000	3,46	0,002			
Céphalées	5,25	0,000	3,63	0,007	1,54	0,294	1	1,000	3,23	0,010	2,24	0,095			

Tabl IV : Association between physical and psychic symptoms

*Or : Odds ratio ; ** n'ont été incluses que les patientes avec un antécédent de violences ou un ETI

Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques selon l'absence de violences et d'évènement traumatique involontaire versus violences ou évènement traumatique involontaire

	Total dans la population	Ni violences ni ETI*	Violences ou ETI	Test du Chi2
	N = 131 (%)	N = 26 (%)	N = 105 (%)	p.
Âge				
Moyenne et écart type	43 (15)	47 (16)	42 (15)	0,237
18-39 ans	66 (50)	11 (42)	55 (52)	
40-59 ans	40 (31)	7 (27)	33 (31)	
60-83 ans	25 (19)	8 (31)	17 (16)	
Région d'origine				
Afrique du Nord	15 (12)	5 (19)	10 (10)	0,368
Afrique subsaharienne	97 (75)	16 (61)	81 (79)	
Amérique	6 (5)	1 (4)	5 (5)	
Asie	8 (6)	3 (12)	5 (5)	
Europe	3 (2)	1 (4)	2 (2)	
Ancienneté				
< 3ans	58 (44)	8 (31)	50 (48)	0,372
3-9 ans	32 (24)	7 (27)	25 (24)	
> 9ans	35 (27)	10 (38)	25 (24)	
Situation sociale				
Séjour régulier				
Oui	52 (40)	13 (50)	39 (37)	0,053
Non	78 (60)	12 (46)	66 (63)	
Couverture sociale				
Oui	82 (63)	17 (65)	65 (62)	0,112
Non	48 (37)	8 (31)	40 (58)	
Logement				
Oui	76 (58)	19 (73)	57 (54)	0,019
Non	54 (42)	6 (23)	48 (46)	
Travail rémunéré				
Oui	45 (34)	11 (42)	34 (32)	0,073
Non	85 (65)	14 (54)	71 (68)	

Table V : Socio-demographic characteristics according to history of violence

*ETI : évènement traumatique involontaire

déclarent être suivies pour une pathologie chronique. Et près de la moitié présentent un ESPT (47 %), une anxiété ou une dépression.

Les femmes victimes de violences sont 41 % sur l'ensemble des consultations françaises, parmi les femmes de plus de 16 ans [17]. Cependant, dans les consultations de médecine générale de certaines villes d'Île-de-France, cette estimation (54 %) est comparable à celle de notre échantillon [18]. Elle est inférieure à celle retrouvée dans les centres d'accueil pour migrants, où 76 % des patients signalent avoir vécu des violences [19]. Néanmoins, elle est

similaire au taux retrouvé parmi les patients consultant au Comité pour la santé des exilés (Comede), 65 % [20]. Les patientes de notre étude anciennement arrivées en France déclarent moins souvent des violences que celles arrivées récemment. Depuis plusieurs années les études confirment la dangerosité de certains parcours migratoires, que ce soit sur la mer ou sur terre. Depuis les années 2000, de nouvelles routes migratoires se sont ouvertes et on note lors de ces parcours une nette augmentation des violences et des viols perpétrés aussi bien sur les femmes que sur les hommes [21-22].

Tableau VI : Caractéristiques médicales selon l'absence de violences et d'évènement traumatique involontaire (ETI) versus violences ou ETI

	Total dans la population	Ni violences ni ETI*	Violences /ETI	Test du Chi2
	N = 131 (%)	N = 26 (%)	N = 105 (%)	p.
Motifs de consultation				0,835
Douleurs	44 (34)	7 (27)	37 (35)	
Suivi pathologie chronique	28 (22)	7 (27)	21 (20)	
Pathologie uro-gynécologique	27 (21)	5 (19)	22 (21)	
Pathologie ORL ou pneumologique	12 (9)	2 (8)	10 (10)	
Autres	20 (15)	5 (19)	15 (14)	
Comorbidités				
Aucune	42 (32)	8 (30)	34 (32)	0,875
HTA	29 (21)	11 (42)	18 (17)	0,006
Pathologie uro-gynécologique	21 (16)	3 (12)	18 (17)	0,004
Diabète	18 (15)	8 (30)	10 (10)	0,005
Pathologie digestive	11 (8)	2 (8)	9 (9)	0,885
Traitement				
Tous	64 (48)	13 (52)	51 (50)	0,824
Antalgique	12 (9)	1 (4)	11 (11)	0,304
Pathologie chronique	53 (41)	13 (52)	40 (39)	0,231
Psychiatrique	2 (2)	0	2 (2)	
Pathologies psychiques				
Dépression	50 (38)	5 (23)	45 (43)	0,074
Anxiété	49 (37)	3 (12)	46 (44)	0,000
Symptômes physiques				
Musculo-squelettiques	93 (71)	13 (50)	80 (76)	0,003
Cardiaques	65 (50)	6 (23)	59 (56)	0,001
Respiratoires	52 (40)	4 (15)	48 (45)	0,002
Gastro-intestinaux	63 (48)	7 (27)	56 (53)	0,007
Uro-génitaux	51 (39)	3 (12)	48 (46)	0,001
Céphalées	88 (67)	11 (50)	77 (75)	0,021
Non répondu	4 (1)	3 (12)	1 (1)	Nc**

Table VI : Medical characteristics according to history of violence or involuntary traumatic event

ETI* : évènement traumatique involontaire

**Nc : non calculé

Les patients reçus en centre d'accueil pour migrants sont plus souvent des primo-arrivants par rapport à notre patientèle en général plus ancienne sur le territoire français. Cet état de faits pourrait expliquer la différence entre notre patientèle et celle des centres pour migrants. Les patientes anciennement arrivées préfèrent peut-être taire des évènements anciens dont elles auraient fait le deuil. Lors de la consultation dédiée aux violences, proposée à la Polyclinique Baudelaire, les patientes disent qu'elles préfèrent taire leur passé douloureux. D'autres

études signalent ce point : « *En parler ne change rien* », disent-elles [23].

La similitude entre les taux de violences retrouvés en France et parmi notre population migrante nous interroge sur le concept de violence, qui évolue avec le temps. Quand peut-on parler de violences ? Dans quelle mesure certaines traditions sociétales dénoncées comme violentes sont-elles acceptées ou rejetées par les personnes qui en sont sujettes ? On peut supposer comme d'autres auteurs que certaines formes de relations conjugales, familiales ou sociétales sont

Tableau VII : Caractéristiques sociodémographiques : évènement traumatique involontaire versus violences

	Total dans la population	ETI*	Violences	Test du Chi2
	N = 105 (%)	N = 28 (%)	N = 77 (%)	p.
Âge				
Moyenne et écart type	43 (15)	46 (16)	40,6 (14)	0,266
18-39 ans	55 (52)	11 (39)	44 (57)	
40-59 ans	33 (31)	11 (39)	22 (29)	
60-83 ans	17 (16)	6 (21)	11 (14)	
Région d'origine				
Afrique du Nord	10 (10)	3 (11)	7 (9)	0,860
Afrique subsaharienne	81 (79)	20 (71)	61 (81)	
Amérique	5 (5)	2 (7)	3 (4)	
Asie	5 (5)	2 (7)	3 (4)	
Europe	2 (2)	1 (2)	1 (1)	
Ancienneté				
< 3ans	50 (50)	10 (31)	40 (54)	0,181
3-9 ans	25 (25)	7 (26)	18 (25)	
> 9ans	25 (25)	10 (37)	15 (2)	
Situation sociale				
Séjour régulier				
Oui	39 (31)	15 (54)	51 (66)	0,235
Non	66 (63)	13 (46)	26 (34)	
Couverture sociale				
Oui	66 (62)	20 (71)	45 (58)	0,226
Non	40 (38)	8 (29)	32 (42)	
Logement				
Oui	57 (54)	14 (50)	43 (56)	
Non	48 (46)	14 (50)	34 (44)	0,595
Travail rémunéré				
Oui	34 (32)	11 (39)	23 (30)	0,362
Non	71 (68)	17 (61)	54 (70)	

Table VII : Socio-demographic characteristics according to history of violence versus involuntary traumatic event

*ETI : évènement traumatique involontaire

vécues différemment entre membres d'une même communauté, et de plus appréhendées comme violentes par les membres d'une autre communauté. Par exemple, comme le dit Hough, le concept de « *consentement n'a pas de transférabilité claire entre les cultures* » [24]. De plus, chez des femmes provenant de pays où la domination masculine est souvent perçue comme un acquis naturel ou nécessaire à la vie en communauté, il peut exister une peur d'être stigmatisée ou un sentiment de culpabilité par manque de loyauté vis-à-vis de sa communauté. Cette hypothèse de sous-déclaration n'exclut cependant pas que la violence acceptée culturellement ait des répercussions sur la santé.

Contrairement à d'autres études [25], nous n'avons pas retrouvé de lien entre les indicateurs sociaux et les antécédents de violences. Étonnamment, les antécédents de violences ne semblent pas être un frein aux acquis sociaux que sont la couverture de santé, le logement ou le travail.

Pour l'ensemble de l'échantillon, le taux de l'HTA est similaire à celui de la population générale féminine française de 18-74 ans, 23 % [26-27], et au-dessous de celui d'études menées en Afrique, qui varie de 30 % à 46 % [28-30]. Il est similaire à celui d'une précédente étude menée dans un des deux centres [31]. Deux explications plausibles à cette différence : un taux plus bas en

Tableau VIII : Caractéristiques médicales : évènement traumatique involontaire versus violences

	Total dans la population	ETI	Violences	Test du Chi2
	N = 105 (%)	N = 28 (%)	N = 77 (%)	p.
Motifs de consultation				
Douleurs	37 (35)	11 (39)	26 (34)	0,831
Suivi pathologie chronique	21 (20)	5 (18)	16 (21)	
Pathologie uro-gynécologique	22 (21)	4 (14)	18 (23)	
Pathologie ORL ou pneumologique	10 (10)	3 (11)	7 (9)	
Autres	15 (14)	5 (18)	10 (13)	
Comorbidités				
Aucune	34 (32)	13 (46)	21 (27)	0,06
HTA	18 (17)	5 (18)	13 (17)	0,090
Pathologie uro-gynécologique	18 (17)	3 (11)	15 (19)	0,292
Diabète de type 2	10 (9,6)	4 (14)	6 (8)	0,316
Pathologie digestive	8 (8)	0 (0)	8 (10)	0,076
Traitement				
Tous	51 (50)	13 (50)	38 (48)	0,869
Antalgique	11 (11)	5 (19)	6 (8)	0,125
Pathologie chronique	40 (39)	9 (33)	29 (38)	0,495
Psychiatrique				
Pathologies psychiques				
Dépression	45 (43)	7 (25)	38 (50)	0,022
Anxiété	46 (44)	8 (29)	38 (49)	0,005
ESPT	61 (47)	10 (36)	51 (67)	0,004
Symptômes physiques				
Musculo-squelettiques	80 (78)	21 (75)	59 (77)	0,691
Cardiaques	59 (57)	10 (36)	49 (63)	0,007
Respiratoires	48 (49)	7 (25)	41 (53)	0,006
Gastro-intestinaux	56 (55)	11 (39)	45 (58)	0,51
Uro-génitaux	48 (47)	11 (39)	37 (48)	0,333
Céphalées	77 (75)	14 (50)	63 (81)	0,00
Non répondu	1 (1)	1 (0)	0 (0)	Nc**

Table VIII : Medical characteristics according to history of violence versus involuntary traumatic event

*ETI : évènement traumatique involontaire

**Nc : non calculé

rapport avec le classique « healthy migrant effect », les patients en bonne santé migrent plus facilement que les patients en mauvaise santé [32]. La prévalence du diabète est nettement supérieure à celle de la population française (4,6 %). Elle souligne un surrisque de cette maladie chez cette population, comme l'ont montré d'autres études [33]. Il est à noter que le diabète est plus fréquent parmi les patientes sans vécu de violences. La littérature décrit pourtant un lien entre les troubles métaboliques et l'existence de violences passées. Nous n'avons pas

d'explication raisonnable à ce résultat. On note cependant que les patientes victimes de violences, bien qu'elles ne soient pas plus souvent porteuses de maladies chroniques, manifestent plus fréquemment un mauvais état de santé. On peut s'interroger sur le laps de temps nécessaire entre le début des violences et le déclenchement d'une HTA ou d'un diabète.

La prévalence des ESPT est de 66 % parmi les patientes victimes de violences et de 35 % pour les autres patientes, soit 47 % pour l'ensemble de l'effectif.

Ces taux sont similaires aux données d'autres études, dont les taux varient entre 32 % et 47 % dans la population migrante [34-35]. Les patientes déclarant avoir été victimes de violences souffrent deux fois plus souvent de dépression et d'anxiété et décrivent lors de la consultation une symptomatologie organique plus bruyante : 48 % présentent des symptômes cardio-vasculaires contre 26 % chez les autres patientes ($p = 0,005$), taux comparable à d'autres études [36]. Cette symptomatologie cardiaque peut être en rapport avec une hyperactivité neuro-végétative produite par les reviviscences des événements responsables de l'ESPT. Celles-ci, vécues avec angoisse et détresse, activent la sécrétion d'ACTH et de cortisol, catalyseurs d'un florilège de symptômes allant de la tachycardie, en passant par la gêne respiratoire, jusqu'à la douleur thoracique simulant un angor. On sait que la prise en charge de l'ESPT améliore l'adhésion au traitement pneumologique. Il a été montré que l'absence de prise en charge des troubles psychiatriques est responsable d'un plus mauvais vécu par la patiente de sa pathologie respiratoire. Il s'ensuit une moins bonne réponse au traitement pulmonaire [37].

Notre étude confirme ce lien étroit entre violence, trouble psychologique et symptômes somatiques. Entre 45 % et 87 % des patientes souffrant d'un ESPT se plaignent de douleurs chroniques, et en retour l'ESPT aggrave et pérennise ces douleurs. Parmi elles, les douleurs gastro-intestinales ont souvent une cause organique telle que l'ulcère gastroduodénal, nécessitant alors un traitement adapté [38-39]. *A contrario*, la symptomatologie génito-urinaire, aussi très fréquente chez ces patientes, est souvent la conséquence d'une hyperactivité vésicale actionnée par les phénomènes de stress et dont les méthodes diagnostiques invasives peuvent être ressenties comme une nouvelle agression [40].

Les céphalées sont quant à elles plus particulièrement associées à l'anxiété. Autre indicateur qui nous permet d'envisager une prise en charge plus ciblée si la présence d'antécédents de violences est recherchée. La fréquence des douleurs musculo-squelettiques est similaire quand on compare les femmes ayant subi des violences aux autres femmes, par contre elle est nettement supérieure quand on regroupe les femmes victimes de violences ou d'ETI versus les femmes n'ayant vécu ni violences ni ETI. D'après de nombreuses études, la migration est en soi une violence psychologique. Il semblerait cependant d'après notre étude que l'absence d'antécédent de violences ou d'ETI réduise le risque d'avoir des douleurs musculo-squelettiques.

Malgré la prévalence élevée des syndromes psychologiques, peu de patientes bénéficient d'un traitement

psychotrope (2 %). Ce faible taux de traitements par psychotropes peut nous faire suspecter un défaut de diagnostic. Les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de santé) ne sont pas en faveur d'une trop grande prescription de psychotropes. Cependant, parmi les antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et de la noradrénaline (IRSNA) ont montré un effet bénéfique sur les troubles de l'humeur ainsi que les symptômes d'intrusion, d'hypervigilance et d'évitement [41]. Les études ont souligné le bénéfice clinique de rechercher un vécu de violences : cette recherche peut éclairer sur les symptômes exprimés et permettre ainsi une prise en charge plus optimale. De plus, elle est en général bien perçue. Poser des mots crée un lien, une complicité, qui est un premier pas vers le soin, disent certains auteurs [42-43]. Il faut malheureusement reconnaître que la durée moyenne des consultations de médecine générale n'aide pas à parler de ce sujet douloureux [18]. C'est une des raisons pour lesquelles a été ouverte dans l'une des deux policliniques une consultation dédiée aux patientes ayant subi des violences. Les médecins sont vigilants sur un éventuel passé de violences et redirigent les patientes selon leur symptomatologie vers cette consultation. Il est du reste envisagé d'évaluer cette consultation par un auto-questionnaire auprès des patientes afin de recommander l'ouverture de consultations similaires dans d'autres centres.

Les limites de notre étude sont nombreuses. Il existe un biais de sélection. On peut supposer qu'une minorité de patientes n'a pas été incluse du fait de la langue, 20 % de la population qui fréquente ces deux centres ne maîtrisant pas le français [31]. Un nombre non négligeable de patientes n'ont pas été incluses par manque de temps de la part des médecins. Ainsi, on ne peut pas éliminer le fait que les patientes les plus difficiles à prendre en charge et par conséquent les plus malades aient été manquées. Ce qui peut être une autre hypothèse sur le taux relativement moyen d'antécédents de violences par rapport à ce qui est décrit par d'autres centres, comme le Comede. L'étude n'est pas représentative de la population migrante féminine, elle concerne des patientes francophones ou anglophones en majorité d'origine subsaharienne (75 %). Elle diffère de celle décrite dans une étude regroupant les données de cinq PASS parisiennes, où la population globale, hommes et femmes inclus, était à 47 % originaire d'Afrique subsaharienne, 22 % d'Afrique du Nord et 15 % d'Europe [44]. Distribution qui se rapproche de celle de l'Insee, où les migrants africains représentaient 48 % des personnes entrant en France en 2022 [45]. Une des hypothèses

pour expliquer cette différence est d'une part l'implantation des deux polycliniques à proximité de quartiers à forte densité de population africaine. D'autre part, nos résultats montrent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont surreprésentées parmi les personnes migrantes en situation irrégulière. Leur accès aux soins est probablement plus compliqué que pour le reste de la population migrante. Les deux hypothèses conjuguées expliquent une plus grande fréquentation des deux polycliniques.

Comme pour tout questionnaire portant sur des événements anciens, il y a probablement un biais d'information dû à la mémorisation de faits anciens. Les violences sont-elles toutes décrites ? Les femmes arrivées récemment décrivent plus de violences. Est-ce dû à une meilleure mémorisation de faits plus récents ou à une aggravation de la situation dans les pays d'origine, comme le dénonce le Mixed Migration Centre [6] ?

Enfin, le recueil sur les symptômes présents a pu susciter des réponses positives avec pour gain une meilleure prise en charge, biais inhérent à tout questionnaire.

Conclusion

Notre étude confirme une prévalence importante de femmes migrantes victimes de violences. Elle apporte un éclairage sur la prise en charge à leur apporter. Ces patientes présentent souvent une symptomatologie complexe associant troubles psychologiques et somatiques. Nous pensons que les migrantes présentant des symptomatologies diverses, confuses et déroutantes, ou qui présentent une maladie chronique, tels un diabète ou une HTA, difficiles à équilibrer, doivent être orientées vers une exploration psychologique avec une recherche active d'antécédents de violences. Une mise en perspective plus détaillée de l'équilibre ou non de leur pathologie (HTA, diabète) en fonction du ressenti pourrait améliorer la prise en charge.

Cependant, il serait intéressant lors d'une prochaine étude de reformuler et définir avec les patientes le concept de violence, dont la définition a été ici imposée. Nous n'avons pas recueilli l'ancienneté des violences, cette donnée manquante aurait peut-être permis de mieux nuancer les répercussions sur la santé actuelle. La symptomatologie différerait-elle en fonction de l'ancienneté des violences ? Est-ce que le fait d'avoir parlé par le passé des violences subies influencerait sur le ressenti de leur état de santé ?

In fine, nous savons que le traitement médicamenteux des pathologies psychologiques, bien que discuté, peut réellement soulager certains symptômes de l'ESPT. Peut-être serait-il intéressant d'en examiner les bénéfices chez ces patientes.

Références

1. Organisation internationale pour les migrations (OIM). État de la migration dans le monde 2020 [En ligne]. OIM; 2019. 536 p. Disponible sur: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/?lang=FR#:~:text=En%202020%2C%20plus%20de%2040,le%20Pakistan%20et%20l%20Afghanistan>
2. Organisation internationale pour les migrations (OIM). Termes clés de la migration [En ligne]. 2024 [consulté le 2 avril 2024]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
3. Parmar P, Agrawal P, Greenough PG, Goyal R, Kayden S. Sexual Violence Among Host and Refugee Population in Djohong District, Eastern Cameroon. *Glob Public Health*. 2012;7(9):974-94.
4. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R. A Systematic Review of Resilience and Mental Health Outcomes of Conflict-driven Adult Forced Migrants. *Confl Health*. 2014;8:13.
5. Jolly A. Événements traumatiques et état de stress post-traumatique : Une revue de la littérature épidémiologique. *Ann Méd-Psychol*. 2000;158(5):370-8.
6. Mixed Migration Centre. A Sharper Lens on Vulnerability (North Africa) - A Statistical Analysis of the Determinants of Vulnerability to Protection Incidents Among Refugees and Migrants on the Move in North Africa [En ligne]. MMC; 2020. 43 p. Disponible sur: <http://www.mixedmigration.org/resource/a-sharper-lens-on-vulnerability-north-africa/>
7. Krug GE, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé [En ligne]. OMS; 2002. 376 p. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241545615>
8. Lin CE, Chung CH, Chen LF, You CH, Chien WC, Chou PH. Risk of Incident Hypertension, Diabetes, and Dyslipidemia After First Posttraumatic Stress Disorder Diagnosis: A Nationwide Cohort Study in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;58:59-66.
9. Spitzer C, Koch B, Grabe HJ, Ewert R, Barnow S, Felix SB, et al. Association of Airflow Limitation With Trauma Exposure and Post-traumatic Stress Disorder. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1068-75.
10. Benaddou L. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2020. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. 2021;1-28.
11. Peterman A, Palermo T, Bredenkamp C. Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health*. 2011;101(6):1060-7.
12. Tan SE, Kuschminder K. Migrant Experiences of Sexual and Gender Based Violence: A Critical Interpretative Synthesis. *Global Health*. 2022;18(1):68.
13. Kaoutar B, Gatin B, De Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, De Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. *Rev Med Interne*. 2014;35(11):709-14.

14. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206-11.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5^e ed. Washington, United States: American Psychiatric Pub; 2013. 1120 p.
16. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding Instruments for Depression. Two Questions Are as Good as Many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-45.
17. Insee. État de santé de la population. In: France, portrait social [En ligne]. Insee; 2019. p. 208-209. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4238405/FPORSOC19-F22.pdf>
18. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Étude réalisée par 51 médecins et 2 sages femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité [Mémoire]. Paris, France: Sorbonne Université; 2007.
19. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chaplain JM. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr*. 2015;91(3):243-54.
20. Comede. La santé des exilés, rapport d'observation et d'activité 2012 [En ligne]. Comede; 2013. 92 p. Disponible sur: <https://www.comede.org/download/rapport-dactivite-et-dobservation-2012>
21. Reques L, Aranda-Fernandez E, Rolland C, Grippon A, Fallet N, Reboul C, et al. Episodes of Violence Suffered by Migrants Transiting Through Libya: A Cross-sectional Study in "Médecins du Monde's" Reception and Healthcare Centre in Seine-Saint-Denis, France. *Confl Health*. 2020;14:12.
22. The Regional Mixed Migration Secretariat (RMMS). Going West: Contemporary Mixed Migration Trends From the Horn of Africa to Libya & Europe [En ligne]. RMMS; 2014. 113 p. Disponible sur: https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2018/05/008_going-west.pdf
23. Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. How Health Care Providers Help Battered Women: The Survivor's Perspective. *Women Health*. 1999;29(3):115-35.
24. Hough C. Understanding Refugees' Concepts of Sexual and Gender-based Violence. *Forced Migr Rev*. 2013;81-3.
25. Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2017;(19-20):405-14.
26. Neufcourt L, Deguen S, Bayat S, Paillard F, Zins M, Grimaud O. Geographical Variations in the Prevalence of Hypertension in France: Cross-sectional Analysis of the CONSTANCES Cohort. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(12):1242-51.
27. Organisation mondiale de la santé. Panorama mondial de l'hypertension : un tueur silencieux responsable d'une crise de santé publique mondiale. Journée mondiale de la santé 2013 [En ligne]. OMS; 2013. 39 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85334>
28. Awad M, Ruzza A, Mirocha J, Setareh-Shenas S, Pixton JR, Soliman C, et al. Prevalence of Hypertension in the Gambia and Sierra Leone, Western Africa: A Cross-sectional Study. *Cardiovasc J Afr*. 2014;25(6):269-78.
29. Camara A, Baldé NM, Diakité M, Sylla D, Baldé EH, Kengne AP, et al. High Prevalence, Low Awareness, Treatment and Control Rates of Hypertension in Guinea: Results From a Population-based STEPS Survey. *J Hum Hypertens*. 2016;30(4):237-44.
30. Desormais I, Amidou SA, Houehanou YC, Houinato SD, Gbagoudi GN, Preux PM, et al. The Prevalence, Awareness, Management and Control of Hypertension in Men and Women in Benin, West Africa: the TAHES Study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2019;19:303.
31. Kaoutar B, Mathieu-Zahzam L, Lebas J, Chauvin P. La santé des migrants consultant la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France. *Bull Société Pathol Exot*. 2012;105(2):86-94.
32. Moullan Y, Jusot F. Why is the "Healthy Immigrant Effect" Different Between European Countries? *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl_1):80-6.
33. Agyemang C, Meeks K, Beune E, Owusu-Dabo E, Mockenhaupt FP, Addo J, et al. Obesity and Type 2 Diabetes in Sub-Saharan Africans - Is the Burden in Today's Africa Similar to African Migrants in Europe? The RODAM Study. *BMC Med*. 2016;14(1):166.
34. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Migrants: A Comprehensive Review. *Braz J Psychiatry*. 2017;40(2):220-5.
35. Keller A, Joscelyne A, Granski M, Rosenfeld B. Pre-Migration Trauma Exposure and Mental Health Functioning among Central American Migrants Arriving at the US Border. *PloS One*. 2017;12(1):e0168692.
36. Dedert EA, Calhoun PS, Watkins LL, Sherwood A, Beckham JC. Posttraumatic Stress Disorder, Cardiovascular, and Metabolic Disease: A Review of the Evidence. *Ann Behav Med*. 2010;39(1):61-78.
37. Waszczuk MA, Li X, Bromet EJ, Gonzalez A, Zvolensky MJ, Ruggero C, et al. Pathway from PTSD to Respiratory Health: Longitudinal Evidence From a Psychosocial Intervention. *Health Psychol*. 2017;36(5):429-37.
38. Lindert J, Von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and Anxiety in Labor Migrants and Refugees--A Systematic Review and Meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):246-57.
39. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders. *Ann Intern Med*. 1990;113(11):828-33.
40. Berberich HJ, Neubauer H. [Urological Dysfunction After Sexual Abuse and Violence.] *Urologe A*. 2004;43(3):273-7.
41. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic Stress Disorder: Theory and Treatment Update. *Int J Psychiatry Med*. 2014;47(4):337-46.
42. Duguet AM, Lazimi G, Jehel L, Senon JL, De Beco I. Violences sexuelles et autres violences faites aux femmes. *Médecine*. 2014;10:262-8.
43. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's Responses to Screening for Domestic Violence in a Health-care Setting. *Midwifery*. 2001;17(4):289-94.
44. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2017;(19-20):396-405.
45. Insee. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [En ligne]. 2023 [consulté le 6 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

Annexe 1 : Association entre déterminants socio-économiques et les antécédents de violences

	Total population N = 131									
	Odd ratio selon la présence de violences									
	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5	
	Or*	P	Or	p	Or	P	Or	p	Or	P
Âge	0,986	0,332	0,986	0,330	0,986	0,347	0,986	0,334	0,987	0,375
Document	0,862	0,789	0,864	0,791	.	.	.	.	.	.
Couverture	1,015	0,973	.	.	.	.	.	.	.	.
Région	0,893	0,602	0,892	0,600	0,889	0,583	.	.	.	.
Logement	1,494	0,396	1,496	0,393	1,430	0,602	1,39	0,447	.	.
Arrivée en F	0,633	0,180	0,635	0,170	0,605	0,069	0,583	0,044	0,634	0,060
Travail	0,913	0,858								

Or : Odd ratio

Annex 1 : Multivariate analysis: socio-economic determinants according to history of violence