

centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2003;51(6):577-88.

[6] Parizot I, Chauvin P, Paugam S. The moral career of poor patients in free clinics. *Soc Sci Med*. 2005;61(6):1369-80.

[7] Trinh-Duc A, de la Blanchardiere A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, *et al*. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Med Interne*. 2005;26(1):13-9.

[8] 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.

[9] Georges-Tarragano C, Astre H, Guetarni F. Les PASS. Outils de coordination médico-sociale des parcours complexes. *Revue Hospitalière de France*. 2016;(571):54-9.

[10] Syed Q, Mobayed T. Who is responsible for the health care of refugees? *Lancet*. 2017;389(10081):1793.

[11] DeLargy P, Humanitarian Practice Network. Refugees and vulnerable migrants in Europe. *Humanitarian Exchange Magazine* (London). 2016;(September):5-7.

[12] Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Journée internationale des migrants : veiller à ce que tous les réfugiés et les migrants de la Région européenne jouissent d'une bonne santé. Communiqué, 16 décembre 2016. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2016/12/international-migrants-day-working-to-achieve-equitable-quality-health-care-for-all-migrants-in-the-european-region>

[13] Grassineau D, Saint-Val T, Mechali D, Astre H, Georges-Tarragano C. Les PASS médico-sociales : véritables laboratoires d'une médecine plus intégrative. *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Paris: Presses de l'EHESP; 2015.

[14] Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*. 2011;8(5):e1001034.

Citer cet article

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. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):396-405. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html

ARTICLE // Article

VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS

// VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES

Arnaud Veisse (arnaud.veisse@comede.org), Laure Wolmark, Pascal Revault, Maud Giacomelli, Muriel Bamberger, Zornitza Zlatanova

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

Soumis le 28.02.2017 // Date of submission: 02.28.2017

Résumé // Abstract

Objectifs – Mesurer et caractériser trois phénomènes associés dans l'observation du Comité pour la santé des exilés (Comede) : les violences subies par les exilés, leurs conditions de vulnérabilité sociale et les troubles psychiques graves dont ils sont atteints, ainsi que les liens entre ces trois phénomènes.

Méthodes – Les taux de prévalence des troubles psychiques graves ont été calculés parmi les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2007 et 2016. Les résultats portant sur les autres indicateurs (violence, vulnérabilité sociale, symptômes et syndromes) sont issus d'une analyse des consultations médicales et psychologiques de 5 204 patients reçus entre 2012 et 2016.

Résultats – Entre 2012 et 2016, 62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Les violences extrêmes – plus fréquentes parmi les femmes et les demandeurs d'asile – sont très liées à la nationalité et au statut social dans le pays d'origine. Toutes les formes de violences sont liées à une probabilité significativement plus élevée d'être suivi en psychothérapie – trois fois plus souvent en cas de violences extrêmes – et fortement associées à des formes graves de troubles psychiques.

Par ailleurs, ces personnes exilées cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale : faibles ressources financières, absence de logement et d'hébergement, précarité du séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement et situation de détresse sociale (24% cumulent au moins 5 critères de vulnérabilité). Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont très liés aux antécédents de violence subie, en particulier pour les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont fortement associés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel.

La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6% dans cette population, plus importante chez les femmes (23,5% versus 13,8% chez les hommes). Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60%) et de traumatismes complexes (8%), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle, particulièrement pour certaines nationalités. Les tableaux dépressifs (22%) sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire que du risque suicidaire.

Conclusion – Ces résultats nous conduisent à recommander une meilleure prise en compte des questions de santé mentale des exilés et de leur accompagnement social dans les actions de prévention et de soins. Il est nécessaire d'intégrer les besoins spécifiques de ces personnes tout au long du parcours de soins, depuis le bilan de santé librement consenti jusqu'à la prise en charge pluridisciplinaire. Et ce, sur l'ensemble du territoire, en favorisant notamment le recours à l'interprétariat professionnel et les autres mesures facilitant l'accès aux soins.

Objectives – *The objective of this article is to measure and characterize three elements associated with the Committee for Exiles Health (COMEDE) observations: violence endured by exiles, their conditions of social vulnerability and mental disorders they are afflicted with, and also the link between this three elements.*

Methods – *Prevalence rates of mental disorders were calculated among 16,095 persons who underwent a health check between 2007 and 2016. Results from other indicators (violence, social vulnerability, symptoms and syndromes) come from the analysis of the medical and psychological consultations of 5,204 patients between 2012 and 2016.*

Results – *Between 2012 and 2016, 62% of the persons visited in our center reported a history of violence, 14% history of torture, and 13% history of gender-based and sexual orientation violence. Extreme violence – more frequent among women and asylum seekers – is mainly linked to nationality and social status in the country of origin. All forms of violence are linked to a higher significant probability to have a psychological follow-up – three times more in case of extreme violence – and strongly associated with severe mental disorder.*

Furthermore, exiles accumulate factors of social vulnerability: limited financial resources, lack of housing or accommodation, precarious residence status, lack of health protection, language barriers, lack of access to food, isolation and situation of social distress (24% accumulate at least 5 criteria of vulnerability). These indicators of social vulnerability are linked to their history of violence, especially for persons who are in a situation of social distress. The history of gender-based torture and violence are closely linked to the daily precariousness, social isolation, and more closely to relationship isolation.

The global prevalence of severe mental disorders is 16.6% in this population, higher among women (23.5% versus 13.8% among men). These disorders are composed of two-thirds of psychotrauma syndrome (60%) and complex trauma (8%) : these two diagnoses are more frequent among asylum seekers and victims of intended violence, especially for certain nationalities. Depression diagnoses (22%) are more frequent among asylum seekers who are in a situation of social distress and those who were denied the status of asylum seeker. The impact of these troubles is consequent in terms of concentration, attention, and memory disorders, as well as the risk of suicide.

Conclusion – *These results lead us to recommend a better management of the mental health issues of exiles patients, and social support for the prevention and care. The specific needs of this population need to be included all along the health care pathway: from the health check-up freely accepted to pluridisciplinary health-care management. It concerns all parts of the territory, by facilitating the use of professional interpreters, and applying further measures of access to healthcare.*

Mots-clés : Santé mentale, Migrants, Exilés, Violences, Vulnérabilité sociale, Psycho-traumatismes
// Keywords: Mental health, Migrants, Exiles, Violence, Social vulnerability, Psychotrauma

Introduction

La santé mentale des migrants/exilés constitue un enjeu important de santé publique, en raison de la fréquence des troubles psychiques dans ces populations mais aussi des interactions de cette population avec les acteurs du secteur médico-social, très sollicités sur ces questions et, au-delà, avec l'ensemble de la société. Un article précédent du Comede (Comité médical pour les exilés) sur la question des psychotraumatismes chez les migrants/exilés concluait à la nécessité de développer la recherche sur cette thématique en intégrant les données relatives au contexte politique et social et en faisant évoluer les catégories diagnostiques utilisées¹.

Les personnes en situation de migration contrainte ont été largement exposées à des phénomènes de violence et confrontées à des événements traumatisants. Chez les exilés récemment arrivés en France, les psychotraumatismes résultent en premier lieu des causes ayant provoqué leur départ (guerres, violences, tortures, emprisonnement, mutilations sexuelles, mariages forcés...), ainsi que des conséquences immédiates de l'exil (perte des proches, des repères, du statut social...)². Mais, dans l'expérience du Comede et des soignants impliqués, les troubles psychiques graves, incluant les psychotraumatismes, sont également très liés aux conditions sociales et administratives que ces personnes rencontrent lors des premiers mois ou années en terre d'exil³.

Dans son centre de santé, hébergé par l'hôpital de Bicêtre (AP-HP), le Comede accueille 3 000 personnes par an pour des actions de prévention et de dépistage, des soins médico-psychologiques et un accompagnement social et juridique. Depuis 1984, un bilan de santé initial est proposé par les médecins à l'ensemble des nouveaux patients reçus en consultation de médecine. Depuis 2012, ce bilan intègre des données relatives aux antécédents de violence et à la situation sociale ainsi qu'au repérage/dépistage des pathologies et des principaux risques médico-psychologiques. L'existence de troubles psychiques graves conduit le plus souvent à la mise en place d'un suivi conjoint par les médecins et les psychologues.

L'objectif de cette étude est de mesurer et de caractériser trois phénomènes associés dans l'observation du Comede : les violences subies par les exilés, leurs conditions de vulnérabilité sociale et les troubles psychiques graves dont ils sont atteints, ainsi que les liens entre ces trois phénomènes.

Matériel et méthodes

Les résultats suivants sont issus d'une analyse descriptive et rétrospective des indicateurs renseignés dans le dispositif d'observation du Centre de santé du Comede, au moyen d'une base de données informatisée. Ces indicateurs regroupent les caractéristiques sociodémographiques des consultants, la situation

de vulnérabilité sociale, les éléments d'anamnèse, les résultats du bilan de santé et les obstacles à l'accès aux soins et aux droits. Les degrés de significativité des associations observées sont calculés par test du Chi2 à l'aide du logiciel *Epi Info*.

Le bilan de santé est pratiqué dans 96% des cas (entre 2012 et 2016 : non proposé dans 3% des cas, principalement en raison d'obstacles linguistiques, et refus du patient dans moins de 1% des cas). Les taux de prévalence des troubles psychiques graves sont calculés sur la base du nombre de personnes ayant fait l'objet d'un tel diagnostic lors de la première consultation, par rapport au nombre de patients ayant consulté au moins une fois en médecine, soit 16 095 personnes pour la période 2007-2016.

Le bilan de santé intègre la recherche systématique d'antécédents de violence (Cf. encadré 1), dont les caractéristiques sont précisées lors des consultations ultérieures ainsi qu'en psychothérapie pour les personnes concernées. Est également renseignée la situation de vulnérabilité sociale (pour 95% des consultants depuis 2012), au travers de huit critères : obstacle linguistique, précarité de l'hébergement, des ressources financières et du statut administratif, isolement relationnel, isolement social, absence de protection maladie et difficulté d'accès à l'alimentation. Les personnes qui remplissent au moins cinq

Encadré 1

Définitions des violences

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

- **Violence** (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002) – Le terme *violence* désigne l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.
- **Torture** (Organisation des nations unies (ONU), 1984) – Le terme *torture* désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.
- **Violences liées au genre et à l'orientation sexuelle** – Elles associent :
 - les violences à l'égard des femmes (ONU, 1993) : désignent les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ;
 - les violences sexuelles (OMS, 2002) : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ;
 - les violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuel.le.s, bisexuel.le.s, transsexuel.le.s, transgenre, du fait de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre.

de ces huit critères sont considérées en situation de détresse sociale et bénéficient d'un accueil prioritaire au Centre de santé du Comede. Les données recueillies entre 2012 et 2016 sur les antécédents de violence et les situations de vulnérabilité sociale portent sur les 5 204 patients ayant consulté en médecine.

En termes de catégorisation des principaux tableaux cliniques observés au Comede, les troubles psychiques graves sont caractérisés comme des syndromes/maladies ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne, correspondant notamment à la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10). Utilisée par les psychologues et les médecins, cette catégorisation regroupe (Cf. encadré 2) : *syndrome psychotraumatique, trauma complexe, troubles anxieux, dépression, autre et indéterminé*. L'utilisation de la catégorie *syndrome psychotraumatique* permet de tenir compte de la diversité des manifestations psychiques post-traumatiques. Cette catégorisation large des syndromes psychotraumatiques avait été adoptée, pour les mêmes raisons, dans une étude de 2008⁴, sous la dénomination d'état de stress post-traumatique (ESPT). En revanche, les critères pour établir un diagnostic d'ESPT selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*⁵ apparaissent trop restrictifs au regard de la variété des tableaux cliniques présentés par les patients reçus au Comede et n'ont pas été retenus ici.

La confrontation à un événement potentiellement traumatisant, ainsi qu'un ou plusieurs symptômes, doivent être retrouvés lors des consultations pour diagnostiquer un *syndrome psychotraumatique*. Le recours à la catégorie de *trauma complexe*⁶ permet de caractériser des formes de psychotraumatismes sévères liés à des violences extrêmes, marqués par des épisodes dissociatifs ainsi que par une modification durable de la personnalité et du rapport aux autres⁷. Depuis sa mise en place en 2013 au Comede et jusqu'à fin 2016, cette nouvelle catégorisation a été utilisée dans 64% des cas par les médecins et psychologues : 633 situations parmi les 988 troubles psychiques graves signalés, dont 53 diagnostics « indéterminés », non précisés par la suite. Les données présentées ci-après portent sur les 580 situations (633-53) caractérisées avec la nouvelle catégorisation.

Enfin, et outre cette catégorisation en syndromes/maladies, certains symptômes et risques psychiques

ont par ailleurs fait l'objet d'une étude complémentaire sur les dossiers « papier » médico-psychologiques en raison de leur retentissement sur la vie des personnes concernées. Il s'agit, d'une part, des troubles de l'attention, de la concentration et/ou de la mémoire et, d'autre part, des idées suicidaires au cours du suivi psychothérapeutique et des antécédents de tentative de suicide. Les situations d'urgence psychiatrique ont également été recensées. Les résultats suivants portent sur l'analyse des dossiers de 650 personnes ayant consulté au moins une fois en psychothérapie entre 2012 à 2015.

Résultats

Violence et vulnérabilité sociale

Entre 2012 et 2016, les 5 204 personnes reçues en consultation médicale au Comede étaient plus souvent des hommes (65%), jeunes (âge médian 32 ans, âge moyen 34 ans) et récemment arrivées en France (en moyenne depuis 2 ans et en médiane un an). De 98 nationalités, elles étaient principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (total 29%, Guinée Conakry 12%, Mali 6%, Côte d'Ivoire 4%), d'Asie du Sud (total 28%, Bangladesh 16%, Sri Lanka 9%), d'Afrique centrale (total 28%, République démocratique du Congo 21%), d'Europe de l'Est (3%) et d'Afrique de l'Est (3%).

Lors des premières consultations, 62% de ces personnes ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (tableau 1). Les demandeurs d'asile étaient 79% à déclarer des antécédents de violence, 20% de torture et 17% de violence liée au genre. Les antécédents de torture étaient plus fréquents parmi les hommes (17% *versus* 9% des femmes) et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (29% *versus* 4% des hommes).

La présence de troubles psychiques graves nécessitant également une psychothérapie a concerné 686 patients. Pour ces derniers, également suivis en psychothérapie au Comede sur la période (en moyenne pendant 16 mois), les taux d'antécédents de violence, de torture et de violences liées au genre et à l'orientation sexuelle s'élevaient respectivement à 94%, 42% et 39% (tableau 1). La présence de troubles psychiques graves nécessitant une psychothérapie apparaît ainsi liée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. La probabilité d'être suivi en psychothérapie était

Encadré 2

Correspondances des catégories diagnostiques utilisées au Comede avec la Classification internationale des maladies (CIM-10)

• Traumatismes psychiques :

- Syndrome psychotraumatique : CIM F43-1 État de stress post-traumatique (ESPT). Névrose traumatique en psychanalyse. Troubles co-morbides fréquents : CIM F41, F32, F33, F45.
- Trauma complexe ou DESNOS (*Disorder of stress not otherwise specified*). Pas de correspondance CIM, proche de F62-0 Modification durable de la personnalité.

• Troubles anxieux : CIM F41-1, F41-0.

• Dépression : CIM F32, F33.

Tableau 1

Antécédents de violences, de torture et de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2012-2016

1a : Par groupe vulnérable

File active	N	Antécédents de violences	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Médecine	5 204	62%	14%	13%
Femmes	1 834	60%	9%	29%
Hommes	3 370	64%	17%	4%
Demandeurs d'asile	3 303	79%	20%	17%
Psychothérapie	686	94%	42%	39%
Femmes	271	95%	28%	74%
Hommes	415	93%	52%	16%
Sans psychothérapie	4 518	57%	10%	9%
Femmes	1 563	54%	6%	21%
Hommes	2 955	60%	12%	2%

1b : Selon le statut social dans le pays d'origine

File active médecine	N	Antécédents de violences	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Ensemble	5 204	62%	14%	13%
Formation				
Aucune	387	60%	13%	12%
Primaire	1 204	63%	13%	11%
Secondaire	1 780	66%	15%	14%
Professionnelle	271	70%	18%	20%
Universitaire	893	74%	20%	14%
Profession				
Commerçant	867	81%	16%	13%
Employé	670	75%	20%	14%
Ouvrier	247	64%	18%	7%
Profession intermédiaire	323	66%	16%	16%
Profession intellectuelle	246	67%	20%	12%
Sans	1 473	57%	11%	17%

1c : Selon la situation de vulnérabilité sociale

File active médecine	N	Antécédents de violence	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Situations	5 204	62%	14%	13%
Détresse sociale	1 248	69%	16%	18%
Isolement relationnel	994	76%	22%	23%
Isolement social	858	69%	18%	19%
Difficultés d'accès à l'alimentation	1 203	74%	19%	19%
Hébergement précaire	1 911	70%	16%	18%

1,5 fois plus élevée en cas d'antécédent de violence, et s'élevait à 3 fois plus en cas d'antécédent de torture et également à 3 fois plus en cas d'antécédent de violence liée au genre, cette association étant très significative, compte tenu des effectifs observés (tableau 1, $p < 0,001$). Ces probabilités sont respectivement de 1,6 – 3,1 – 2,6 pour les femmes et de 1,5 – 3 – 4 pour les hommes.

Outre le sexe de la victime, la survenue des différentes formes de violence était également très liée à sa nationalité et son statut social dans le pays d'origine. Les antécédents de torture étaient plus fréquents pour certaines nationalités (32% des Sri-Lankais, 28% des Soudanais, 27% des Guinéens), de même pour les violences liées au genre (23% des Guinéens, 22% des Congolais RD, 20% des Ivoiriens). Pour

l'ensemble des nationalités, les violences et les tortures étaient d'autant plus fréquentes que le niveau de formation initiale était élevé : les antécédents de torture étaient plus nombreux chez les personnes exerçant une profession intellectuelle (20%) et chez les employés (20%), alors que les violences liées au genre culminaient parmi les personnes ayant exercé une profession intermédiaire (16%).

Ces exilés cumulaient les facteurs de vulnérabilité sociale (caractérisée lors de la première consultation). Par ordre de fréquence, 99% d'entre eux avaient des ressources inférieures au plafond d'obtention de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), 98% n'avaient pas de logement personnel (20% étant dépourvus d'hébergement), 89% se trouvaient en situation précaire de séjour (dont 63% étaient demandeurs d'asile et 25% sans droit au séjour), 81% étaient dépourvus de protection maladie, 38% ne pouvaient pas communiquer en français, 23% ne pouvaient pas manger à leur faim et 19% étaient très isolés (pas de « proche »). Une personne sur quatre (24%) se trouvait en situation de détresse sociale (cumulant au moins 5 critères de vulnérabilité).

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale étaient très liés aux différentes formes de violence subies par les exilés. Les antécédents de violence étaient plus fréquents parmi les personnes en situation de détresse sociale (tableau 1, $p < 0,001$). Les antécédents de torture et de violence liée au genre étaient fortement associés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées étaient 76% à avoir subi des violences, 22% des tortures et 23% des violences liées au genre.

Syndromes/maladies, principaux symptômes et risques psychiques

Parmi les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2007 et 2016, 2 668 présentaient des troubles psychiques graves. Le taux de prévalence global était de 16,6%, plus élevé parmi les femmes (23,5% *versus* 13,8% chez les hommes, tableau 2). Ces troubles étaient plus fréquents parmi les personnes originaires d'Europe de l'Est (ensemble 23,1% ; femmes 31,5%, hommes 19,8%), d'Afrique centrale (ensemble 22,4% ; femmes 22,4%, hommes 22,3%), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 20,2% ; femmes 27,5%, hommes 17,5%), ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Est (24,7%) et les hommes d'Asie de l'Est (21,6%). Les taux, plus élevés entre 20 et 45 ans, culminaient entre 20 et 25 ans.

Entre 2013 et 2016, 580 diagnostics de troubles psychiques graves ont été précisés par les psychologues et les médecins (tableau 3), correspondant à 484 patients. Les comorbidités étaient en moyenne de 1,2 troubles psychiques graves par personne. On observait principalement des syndromes psychotraumatiques (60% des patients), des dépressions (22%), des traumatismes complexes (8%), des troubles anxieux

(8%) et des troubles divers, incluant des psychoses (2%). La prépondérance des syndromes psychotraumatiques était plus importante chez les demandeurs d'asile (64%), les victimes de torture (64%) et/ou de violence liée au genre (65%), chez les Guinéens (68%) et plus encore les Sri-Lankais (83%). La dépression était plus fréquente parmi les patients en situation de détresse sociale (24%), les Bangladais (26%) et l'ensemble des déboutés de l'asile (34%). Enfin, les traumatismes complexes étaient plus souvent retrouvés parmi les victimes de torture (12%) et les personnes en situation de détresse sociale (12%).

Parmi les 383 personnes présentant un syndrome psychotraumatique ou un traumatisme complexe, 18% souffraient également d'une dépression, 2% de troubles anxieux et 1% de troubles psychotiques. S'agissant des autres comorbidités, on retrouvait les principales maladies graves présentes chez les personnes exilées³, en premier lieu les maladies cardiovasculaires (6%), les infections chroniques par le VHB (6%), le diabète (4%) et l'infection par le VIH (1%).

Concernant les symptômes et les risques psychiques (tableau 4), la moitié des 650 personnes suivies en psychothérapie au Comede entre 2012 et 2015 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50% de l'ensemble et 54% des demandeurs d'asile). Plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures (55%) et/ou des violences liées au genre (55%) et particulièrement répandus parmi les Sri-Lankais (68%) et les Bangladais (59%), ces troubles peuvent avoir un impact sur l'apprentissage d'une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile.

L'importance des idées suicidaires et des épisodes d'urgence psychiatrique illustre la gravité des troubles psychiques (tableau 4). Plus d'un quart des patients (27%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie (et 4% avaient fait par le passé une tentative de suicide), ce taux étant encore plus élevé parmi les victimes de torture et de violence liée au genre (31%) et parmi les Congolais RD et les Sri-Lankais (33%), ainsi que parmi les personnes en situation de détresse sociale (33%). Enfin, 7% des patients s'étaient trouvés au moins une fois en situation d'urgence psychiatrique (indication d'hospitalisation, principalement en raison d'un risque suicidaire).

On retrouvait enfin, parmi ces 650 personnes suivies en psychothérapie, des indicateurs de vulnérabilité sociale significativement plus élevés en comparaison de ceux relevés chez les autres patients du Comede pour ce qui concerne la précarité du séjour (total 98%, demandeurs d'asile 79%), l'absence d'hébergement (total 26%, Samusocial 12%, à la rue 9%, dans un squat 5%), l'isolement relationnel (30%), et des obstacles à l'alimentation (29%), alors que 27% se trouvaient en situation de détresse sociale.

Tableau 2

Taux de prévalence des troubles psychiques graves (pour 1 000) par sexe, par région et pays d'origine parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2007-2016

Région & Pays	Taux pour 1000	
<i>Effectifs femmes – hommes</i>	Femmes	Hommes
Ensemble <i>4 626-11 469</i>	235	138
Afrique australe <i>69-36</i>	174	28
Madagascar <i>32-16</i>	281	–
Afrique centrale <i>1 959-1 639</i>	224	223
Angola/Cabinda <i>108-128</i>	130	188
Cameroun <i>160-129</i>	125	163
Congo <i>231-243</i>	277	185
République démocratique du Congo <i>1 380-1 066</i>	235	248
Rwanda <i>26-23</i>	7 cas	8 cas
Afrique de l'Est <i>97-252</i>	247	135
Érythrée <i>23-46</i>	2 cas	109
Éthiopie <i>27-16</i>	7 cas	1 cas
Soudan <i>12-147</i>	3 cas	129
Afrique du Nord <i>137-266</i>	124	86
Algérie <i>106-164</i>	132	98
Maroc <i>20-43</i>	2 cas	47
Tunisie <i>10-57</i>	–	70
Afrique de l'Ouest <i>1 146-3 002</i>	275	175
Côte d'Ivoire <i>234-364</i>	244	146
Guinée Conakry <i>467-931</i>	366	366
Mali <i>124-633</i>	113	39
Mauritanie <i>69-539</i>	261	80
Nigeria <i>75-158</i>	280	158
Sénégal <i>73-153</i>	164	26
Sierra Leone <i>22-51</i>	8 cas	137
Togo <i>33-58</i>	273	190

Région & Pays	Taux pour 1000	
<i>Effectifs femmes – hommes</i>	Femmes	Hommes
Ensemble <i>4 626-11 469</i>	235	138
Asie centrale <i>34-150</i>	147	120
Afghanistan <i>5-116</i>	3 cas	147
Asie de l'Est <i>45-74</i>	133	216
Birmanie <i>8-54</i>	4 cas	296
Asie du Sud <i>636-4 930</i>	220	83
Bangladesh <i>139-2 452</i>	201	39
Inde <i>8-125</i>	–	32
Pakistan <i>14-275</i>	1 cas	120
Sri Lanka <i>472-2 068</i>	235	88
Caraïbes <i>100-85</i>	150	118
Haïti <i>99-79</i>	152	127
Europe de l'Est <i>327-837</i>	315	198
Arménie <i>44-44</i>	273	114
Géorgie <i>30-70</i>	400	343
Russie / Tchétchénie <i>123-250</i>	366	212
Turquie <i>65-389</i>	385	188
Europe de l'Ouest <i>26-38</i>	3 cas	26
Moyen-Orient <i>31-134</i>	226	80
Egypte <i>3-64</i>	1 cas	47

Tableau 3

Principaux syndromes et maladies parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2013-2016

File active psychothérapie et médecine	N	Syndrome psychotraumatique	Dépression	Trauma complexe	Trouble anxieux
Total	580	60%	22%	8%	8%
Groupes vulnérables					
Femmes	214	62%	21%	8%	7%
Hommes	366	58%	22%	9%	8%
Demandeurs d'asile	487	64%	18%	8%	7%
Déboutés de l'asile	53	40%	34%	11%	11%
Détresse sociale	167	58%	24%	12%	4%
Antécédents de violence subie					
Violence	548	61%	21%	8%	7%
Torture	273	64%	19%	12%	3%
Violence de genre	239	65%	21%	8%	5%

Tableau 4

Principaux symptômes et risques parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2012-2015

File active psychothérapie	N	Troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire	Idées suicidaires	Urgences psychiatriques
Total	650	50%	27%	7%
Groupes vulnérables				
Femmes	250	48%	26%	6%
Hommes	399	52%	28%	8%
Demandeurs d'asile	475	54%	28%	8%
Détresse sociale	194	51%	33%	11%
Antécédents de violence				
Violence	615	51%	28%	8%
Torture	324	55%	31%	8%
Violences de genre	255	55%	31%	7%

Discussion**Représentativité et limites de l'étude**

Les personnes accompagnées par le Comede sont essentiellement des ressortissants des pays tiers à l'UE (97% des 6 357 bénéficiaires des consultations et des permanences téléphoniques en 2016). En 2012, l'Insee recensait en France 2,6 millions de ressortissants de pays tiers à l'UE. La moitié d'entre eux se trouvaient en situation de séjour précaire : le ministère de l'Intérieur comptait 700 000 étrangers disposant de documents temporaires ou provisoires, incluant les documents remis aux demandeurs d'asile, alors que le nombre de personnes sans-papiers était estimé à plus de 500 000. La région Île-de-France, où vivent les personnes suivies au Centre de santé du Comede, concentre environ la moitié des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État. Y résident également davantage de migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud que dans d'autres régions, et relativement moins de personnes d'Europe de l'Est ou d'Afrique du Nord.

Les limites de cette étude sont liées au dispositif d'observation, c'est-à-dire aux conditions et à la qualité du recueil et de la mise à jour des données par les consultants du Comede. Si la pratique du bilan de santé est quasi-systématique, il peut arriver que certains des troubles et des maladies dépistés ne soient pas signalés par les médecins et les psychologues. De même, les indicateurs relatifs aux violences subies, aux symptômes psychiques et à la situation de vulnérabilité sociale pâtissent en partie d'une sous-déclaration par la personne concernée et/ou le soignant. En raison du caractère particulièrement douloureux des expériences vécues, il est fréquent dans la clinique auprès de personnes exilées d'avoir à attendre le moment propice, parfois après plusieurs consultations, avant de pouvoir aborder ces questions. À l'inverse, les motifs d'orientation vers le Comede, pour un bilan et un soutien dans le domaine de la santé, conduisent en partie à une sur-représentation des personnes malades et/ou en situation de grande vulnérabilité.

Si le taux de réponse à la plupart des indicateurs d'observation est proche de 100%, il chute à moins des deux tiers (64%) dès lors qu'on utilise la nouvelle

catégorisation des troubles psychiques mise en place en 2013, principalement en raison du manque de maîtrise de ces questions par une partie de l'équipe de soignants. Les résultats relatifs à la répartition des tableaux cliniques peuvent ainsi être en partie biaisés, notamment en ce qui concerne l'évaluation des traumatismes complexes, probablement sous-estimée.

Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques sont fortement liés

La plupart des exilés ont été victimes de violence (62% dans notre étude, résultat probablement sous-estimé en raison de la sous-déclaration des patients et/ou des consultants). Un nombre important de ces personnes a subi des formes de violence extrême, notamment la torture parmi les demandeurs d'asile (20%) ou des violences liées au genre chez les femmes (29%). Les violences recensées apparaissent très liées au contexte sociopolitique et au statut social des personnes durant leur parcours d'exil. Elles sont associées à une probabilité significativement plus élevée pour les personnes d'être suivies en psychothérapie, trois fois plus souvent en cas de violences extrêmes. On observe des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences liées à des systèmes de domination, que ce soit la torture ou les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle.

On retrouve également une fréquence plus élevée d'antécédents de violence subie chez les personnes présentant des facteurs de vulnérabilité liés à la précarité du quotidien, l'hébergement, l'isolement social et relationnel. Le poids de la détresse sociale sur la gravité des troubles psychiques chez les personnes exilées est à noter. En effet, les traumatismes complexes, les idées suicidaires, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que les troubles dépressifs sont plus nombreux chez les personnes en situation de détresse sociale. Les personnes suivies en psychothérapie sont plus souvent en situation de détresse sociale, notamment sur le plan de l'isolement relationnel et de la précarité du statut administratif. Les psychothérapeutes travaillant dans le champ de la clinique de l'exil témoignent fréquemment de décompensations de syndromes psychotraumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative des patients⁸. On peut mettre en parallèle ces constats avec la plus grande proportion de chômeurs souffrant d'ESPT (15% *versus* 7%) dans l'enquête « Santé mentale en population générale »⁴. Il apparaît en effet que la qualité du support social constitue un facteur de risque ou de protection dans la survenue des troubles psychotraumatiques⁹.

Si la vulnérabilité sociale conduit à aggraver l'état psychique des personnes exilées, il faut souligner que les violences intentionnelles (torture, violences de genre) ont pour objectif d'isoler ceux qui les subissent de leur groupe social et de l'ensemble des êtres humains. Les victimes de telles violences peuvent éprouver de très grandes difficultés à créer ou recréer des liens avec d'autres personnes¹⁰, ce qui renforce l'importance de l'intervention des acteurs du soin. Les associations spécialisées rapportent qu'un

nombre significatif de personnes victimes de torture ne bénéficie pas d'une protection juridique. Elles soulignent également que les thérapies des personnes déboutées de l'asile sont plus longues¹¹. Le rejet de la demande d'asile, qui représente pour certains exilés un déni de reconnaissance des violences subies¹², provoque la peur d'être reconduit dans le pays d'origine et entraîne le plus souvent une précarisation des conditions de vie (perte d'hébergement, absence de ressources, impossibilité d'exercer un emploi).

La méta-analyse *Mental Health in Immigrants Versus Native Population* montre que la migration a un effet significatif sur le développement de troubles psychiques, mais que cela est dépendant des conditions de migration et des conditions de vie dans le pays d'accueil. Le risque de développer des troubles psychiques est déterminé en grande partie par l'exposition à des événements traumatisants ainsi qu'à la vulnérabilité de cette population¹³. Une étude réalisée en 2009 au Royaume-Uni a montré l'aggravation de la symptomatologie du syndrome post-traumatique en cas de difficultés dans le pays d'arrivée de la migration¹⁴. En 2013, une étude effectuée en Italie rapportait que les facteurs les plus associés au psychotraumatisme étaient l'isolement, le faible accès à un service médical d'urgence et/ou de *counseling*, en particulier auprès des personnes sans droit au séjour¹⁵. Fortement associé aux violences subies dans notre observation, l'isolement des migrants/exilés a également été retrouvé dans le champ des inégalités sociales liées à l'immigration en France¹⁶. Cet isolement reflète ici non seulement les conséquences de l'état de santé altéré et des violences subies, mais également les conditions de vie et d'accueil dégradées de ces personnes qui n'ont le plus souvent pas obtenu la reconnaissance de leur histoire d'exil.

En terme de prévalence, les résultats de nos observations montrent la part importante des troubles psychiques graves au sein de cette population (16,6%), dont les deux tiers se présentent sous la forme de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes (68%). La prévalence du psychotraumatisme au sens large dans la population générale est plus faible (5%, et 11% dans le groupe des migrants dans l'étude *Santé mentale en population générale*⁵), alors qu'une étude de Médecins Sans Frontières, réalisée chez des demandeurs d'asile en Sicile en 2015¹⁷, corrobore nos résultats en ce qui concerne les prévalences de troubles psychiques graves et, parmi ceux-ci, la prépondérance des syndromes de stress post-traumatique.

Enfin, le retentissement fonctionnel de certains symptômes est très important. Plus de la moitié des exilés concernés, et particulièrement des demandeurs d'asile, sont handicapés dans leur vie quotidienne et leurs démarches administratives par des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire. La fréquence des idées suicidaires (27% des personnes) et du recours à une hospitalisation d'urgence pour le risque suicidaire (7% au cours du suivi), alors que les situations d'hospitalisation sous contrainte en raison d'un risque pour autrui sont exceptionnelles

dans cette population, renvoient à la campagne de sensibilisation du Haut Commissariat aux réfugiés, qui affirmait dans les années 1990 : « *Les réfugiés ne sont pas un danger, ils sont en danger* ».

Conclusion

Les troubles psychiques graves sont fréquents chez les exilés récemment arrivés en France et en situation de migration contrainte, particulièrement chez les femmes et les demandeurs d'asile. Constitués pour les deux tiers d'entre eux de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes, ils ont un retentissement important sur la vie des personnes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, incluant souvent psychothérapie et recours à l'interprétariat professionnel. Ces troubles sont très liés aux différentes formes de violence ayant motivé ou accompagné l'exil, ainsi qu'aux conditions de vulnérabilité sociale que les exilés expérimentent durant les premières années de leur vie en France, les personnes qui ont subi des violences extrêmes étant particulièrement touchées.

Les troubles psychiques sont largement déterminés par les conditions sociales et politiques depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'asile, mais dépendent également des formes de soin et de protection qui peuvent être mises en place dans la société d'accueil. Si leur prévention repose ainsi en premier lieu sur des actions politiques en faveur des droits humains, les actions de santé publique doivent favoriser l'ensemble du parcours de soins, du repérage de ces troubles dans le cadre de bilans de santé proposés au sein des dispositifs de soins et de prévention, jusqu'à la facilitation des recours aux soins de santé mentale dans le réseau des centres médico-psychologiques et sur l'ensemble du territoire, avec une protection maladie effective.

Compte tenu de l'impact des formes de violence sur la fréquence et la gravité des troubles psychiques, il serait utile de développer des recherches sur d'autres risques potentiels d'altération de l'état psychique des exilés, comme les situations d'enfermement qui se multiplient sur les chemins de l'exil ou encore le traitement social proposé aux mineurs non accompagnés. Des études sur ces questions pourraient utilement intégrer d'autres indicateurs, comme les troubles du sommeil quasiment toujours présents ou encore le repérage des conduites addictives. Il serait intéressant de pouvoir approfondir les données présentées dans cette étude par la mise en place d'une observation prospective, mais la réalisation pratique de ce type de recherche est rendue difficile par les conditions de vie des personnes concernées. ■

Remerciements

Nous remercions les collègues du Centre de santé du Comede pour la saisie en routine des données présentées dans cet article.

Références

- [1] Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(2-3-4):36-40. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7835
- [2] Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>
- [3] Comede. Rapports annuels d'activité et d'observation. <http://www.comede.org/rapport-dactivite>
- [4] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encephale.* 2008;34(6):577-83.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- [6] Lewis Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Traumatic Stress.* 1992;5(3):377-91.
- [7] Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile, des outils insuffisants. *Maux d'exil.* 2008;(25):1-3. <http://www.comede.org/maux-dexil/>
- [8] Pestre E. Clinique de l'exil, clinique de l'asile. *Maux d'exil.* 2008;(23):5-6. <http://www.comede.org/maux-dexil/>
- [9] Prieto N, Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychotraumatiques. *Confrontations Psychiatriques.* 2012;(51):43-59.
- [10] Olcese M. Torture et isolement. *Migrations Santé.* 1986;(52):3.
- [11] Agrali S, Malhou A, Morel E, Vuillard J. Persécutés au pays, déboutés en France. Rapport sur les failles de notre procédure d'asile. Paris: Centre Primo Levi; 2016. 48 p. <http://www.primolevi.org/actualites/persecutes-au-pays-deboutes-en-france.html>
- [12] Nguyen A. L'agonie administrative des exilés, une clinique de l'asile. *L'Autre.* 2014;15(2):197-206.
- [13] Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles Psicólogo.* 2008;(29):307-15.
- [14] Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57(2):107-19.
- [15] Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants, a primary care study. *Ann Ist Super Sanita.* 2013;49(2):169-75.
- [16] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social en décomposition. *Économie Publique.* 2009;24-25(1-2):73-100.
- [17] Crepet A, Rita F, Reid A, Van den Boogaard W, Deiana P, Quaranta G, *et al.* Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health.* 2017;11:1.

Citer cet article

Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):405-14. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_5.html