

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2024

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 07/06/2024

Par

Anouk CHOUAÏD

**Santé des personnes migrantes ayant subi des violences sexuelles : innover
pour accompagner vers l'autonomie**

Dirigée par Docteure Claire Tantet et Professeur Nicolas Vignier

JURY

M. le Professeur Yazdan Yazdanpanah	Président
Mme Docteure Claire Tantet	Directrice
M. le Professeur Nicolas Vignier	Directeur
Mme Docteure Séverine Carillon	Membre du jury
Mme Docteure Soline De Monteynard	Membre du jury
Mme Docteure Andrea Tortelli	Membre du jury

Remerciements

À M. le Professeur Yazdanpanah, merci d'avoir accepté de présider ce jury et d'accompagner mes premiers pas dans le monde de l'infectiologie, de Bichat à Abidjan.

À Mme la Docteure Claire Tantet, merci de m'avoir proposée cette thèse et de m'avoir accueilli au sein du Parcours. J'y ai découvert une médecine humaine et engagée. Ta vision du soin et de l'accueil m'a permis de donner du sens à la profession de médecin et je suis fière de participer à l'aventure du Parcours.

À M. le Docteur Nicolas Vignier, merci pour ton accompagnement bienveillant et rigoureux et tes conseils précieux qui ont guidé mon travail.

À Mme la Docteure Séverine Carillon, merci d'avoir accepté de participer à ce jury (rempli de médecins) et de me partager ton expérience sur les problématiques d'inégalités d'accès aux soins et de santé communautaire. Je suis ravie d'y ajouter ton regard anthropologue, féministe et amical.

À Mme la Docteure Soline de Monteynard, je suis très heureuse de ta présence. J'ai adoré travailler avec toi à Avicenne. Ta présence joyeuse et amicale a beaucoup participé au bon souvenir que je garde de ce service.

Mme la Docteure Andrea Tortelli, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et d'apporter l'indispensable point de vue d'une psychiatre. L'accompagnement des migrant.es que vous proposez avec le Capsys est un modèle et une source d'inspiration.

Enfin, à mes parents, à mes ami.es, les ancien.nes et les plus récent.es, les parisien.nes et les dakarois.es, à Guillaume, à Raphaël et à Léo, merci pour votre amour et votre patience.

Résumé et indexation en français

Santé des personnes migrantes ayant subi des violences sexuelles : innover pour accompagner vers l'autonomie

Résumé :

En France, les services de maladies infectieuses reçoivent au quotidien des personnes migrantes en situation de précarité, exposées à des violences physiques, psychiques, sexuelles, à une importante vulnérabilité sociale et à un risque accru d'infection sexuellement transmissible (IST). Ce cumul des vulnérabilités justifie la nécessité d'innover pour répondre aux besoins de santé des exilé.es. C'est dans ce contexte que fut créé le dispositif « Parcours » au sein de deux services universitaires d'inféctiologie du Nord de Paris. Inspiré de l'approche intersectionnelle des « One-stop centers », l'objectif est de proposer un accompagnement pluridisciplinaire aux personnes exilées ayant vécu des violences sexistes en lien avec leur parcours migratoire, en un lieu unique, et sur un temps long. Ce dispositif permet un suivi reposant sur plusieurs axes : médical (évaluation globale, dépistage des IST, vaccinations, consultations de gynécologie et prise en charge multidisciplinaire des mutilations génitales féminines), psychologique, social, juridique et communautaire. Il propose un accompagnement individuel en consultations, et collectif, au cours d'ateliers tels que la danse comme thérapie, la psychosocio-esthétique, et le théâtre. L'objectif de ce travail est de décrire la population accompagnée par le dispositif de 2018 à 2021 et l'évolution de leur situation sociale après 18 mois de suivi. Entre janvier 2018 et juillet 2021, le dispositif a accompagné 89 personnes, majoritairement des femmes (69/89, 78 %), originaires d'Afrique de l'Ouest (63/89, 71 %). Leur parcours migratoire a été long (18 mois en médiane). Arrivées en France, en médiane depuis 19 mois, seules 37 % des personnes (33/89) disposaient d'un hébergement stable à l'entrée dans le dispositif, 19 % (16/85) d'un emploi formel ou informel et une majorité était isolée socialement (62/87, 71 %) ; 32 % (27/84) étaient sans papiers, seules 11 % (9/84) disposaient d'un titre de séjour, les autres disposaient d'un récépissé de demande d'asile ou de titre de séjour. La prévalence des infections chroniques par le VIH et le VHB était de respectivement 26 % (23/87) et 6 % (5/87) ; 60% (39/65) des femmes rapportent des mutilations génitales féminines (MGF), 57% (49/86) des douleurs chroniques et 67 % des

symptômes évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique. En plus du suivi médical, les 18 premiers mois de suivi ont permis un accompagnement psychologique, social et gynécologique dans respectivement 86%, 78% et 60% des cas ; la moitié des personnes ont participé aux ateliers collectifs (43/68, 52%). Le dispositif a permis une intégration dans le système de soins général, avec une orientation vers un médecin de ville et des associations locales dans respectivement 51% et 85% des cas. Les femmes qui avaient vécu des violences pendant le trajet migratoire étaient significativement ($p < 0.05$) plus à risque d'en subir à nouveau après leur arrivée en France. Une situation d'hébergement précaire (ou l'absence d'hébergement), l'absence d'accès à l'emploi étaient associés à risque accru de violence en France. Bien que la différence ne soit pas significative, une tendance à une fréquence plus importante des violences après l'arrivée en France était observée chez les personnes sans droit au séjour. Enfin, le fait d'avoir recours à des rapports sexuels transactionnels était fortement associé au risque de violences en France. L'accompagnement dans les pays d'accueil de personnes migrantes, présentant des trajectoires violentes et traumatiques, et en situation d'extrême précarité et d'insécurité nécessite des dispositifs spécifiques centrés sur la santé globale de cette population. L'impact sur le bien-être physique, mental et social de ce dispositif est actuellement à l'étude dans le cadre d'une étude prospective.

Spécialité : [Maladies infectieuses et tropicales](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#) : population de passage et migrants, vulnérabilité sociale, santé des femmes, violence sexiste, santé holistique, santé sexuelle

Forme ou Genre :

[fMeSH](#) : Dissertation universitaire

[Rameau](#) : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

Healthcare for Migrants Who Have Suffered Sexual Violence: Innovative Approaches to Facilitating Autonomy

Abstract:

In France, infectious diseases departments routinely work with migrants exposed to significant social, physical, psychological and sexual vulnerabilities. The “Parcours” initiative, inspired by the intersectional approach of ‘one-stop centers’, offers them multidisciplinary support (medical, psychological, social, legal and community-based) in one place and over an extended period. This study was undertaken to describe the individuals enrolled in this program 2018–2021, and their social and legal situation changes. The retrospective analysis focused on the individuals’ characteristics and the evolution of social determinants over time, concentrating on the frequency and factors associated with violence suffered in France. Eighty-nine people were included (January 2018–July 2021), mostly women (78%), from West Africa (10%), with the median migration pathway lasting 12 months, associated with violence for 68%. After a median of 19 months in France, only 37% had stable housing, 6% a legal employment (6%), residency permit (11%); 71% were socially isolated; with HIV (26%) and HBV (6%) infections, female genital mutilation (60%), post-traumatic stress disorder symptoms (67%), experienced violence in France (23%). After 18 months of follow-up with medical care, 86%, 78% and 78% benefited from psychological, social and gynecological support, respectively; 51% and 85% were referred to general practitioners or local associations; 53% had stable housing, 11% a legal employment, 30% authorized residency. Violence during migration pathway, lack of stable housing and employment, and transactional sex were significantly associated with an increased risk of violence in France. This study established the characteristics of immigrants, the complexity of their situations and will contribute to future forward-looking evaluation.

English keywords:

[MeSH](#): transients and migrants, Social Vulnerability, women's health, Gender-Based Violence, holistic health, sexual health

Publication type: [MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- AME : Aide Médicale d'État
- ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites
- Comede : Comité pour la santé des exilés
- CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique
- CNDA : Commission Nationale des Demandes d'Asile
- Dsafhir : Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France
- EN-HERA : Humanities in the European Research Area
- HCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés.es
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- MGF/E : Mutilations Génitales Féminines/Excision
- MIT : Maladies Infectieuses et Tropicales
- OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
- OIM : Organisation Internationale des Migrations
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- OSC : One-Stop Centre
- PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- PUMa : Protection Universelle Maladie de base
- RAP : Recherche-Action Participative
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des éléments sous droits

Liste de **tous les éléments retirés** de la version complète de la thèse faute d'en détenir les droits.

Illustrations, figures, images...

Légende de l'image	N° de l'image	Page(s) dans la thèse

Articles, chapitres, entretiens cliniques...

Titre du document	N° (si numéroté)	Page(s) dans la thèse

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	2
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES ELEMENTS SOUS DROITS	6
1 : INTRODUCTION	9
1.1 LES MIGRATIONS DANS LE MONDE ET EN FRANCE	9
1.1.1 Définitions.....	9
1.1.2 Les migrations dans le monde	9
1.1.3 Les migrations en France	10
1.1.4 Vers une couverture maladie universelle.....	11
1.2 LA MIGRATION, UN CUMUL DE VULNERABILITES	12
1.2.1 Vulnérabilités liées aux situations dans le pays d'origine.....	12
1.2.2 Trajets migratoires longs et complexes	12
1.2.3 Précarité socio-économique à l'arrivée	13
1.3 LA SANTE DES IMMIGRE.ES EN FRANCE	13
1.3.1 Une répartition différente des pathologies.....	14
1.3.2 Maladies infectieuses	14
1.3.3 Santé mentale.....	15
1.4 INEGALITES D'ACCES AUX SOINS.....	15
1.4.1 La santé des migrant.es.....	16
1.4.2 Non-recours aux aides publiques et renoncement aux soins.....	17
1.4.3 Discriminations et refus de soins	17
1.4.4 La santé comme motif d'exil ?	17
1.5 LES FEMMES.....	18
1.5.1 Mutilations génitales féminines/excision	18
1.5.2 Un cumul de violences	19
1.5.3 Mauvais état de santé perçu	19
1.5.4 Santé sexuelle et reproductive.....	20
1.6 DES STRUCTURES SPECIFIQUES POUR SOIGNER LES PERSONNES AYANT VECU DES VIOLENCES	20
1.6.1 Le modèle « One-Stop Center »	21
1.6.2 Le dispositif Parcours.....	21

2 : ETUDE	23
2.1 PRESENTATION DE L'ETUDE	23
2.2 ETUDE EN FRANÇAIS	23
<i>Introduction</i>	23
<i>Méthodes</i>	26
<i>Résultats</i>	27
<i>Discussion</i>	30
<i>Conclusion</i>	33
TABLES ET FIGURES	34
2.3 ARTICLE EN ANGLAIS	43
<i>Introduction</i>	43
<i>Methods</i>	45
<i>Results</i>	46
<i>Discussion</i>	49
<i>Conclusion</i>	51
3 : CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	62
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	75
1. LEXIQUE DES TERMES RELATIFS A LA MIGRATION	75
2. QUESTIONNAIRE PHQ-4 (71)	76
3. QUESTIONNAIRE SPRINT (78)	77
4. SCORE PRECAR (74)	78

1 : Introduction

1.1 Les migrations dans le monde et en France

1.1.1 Définitions

La migration désigne le déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, entre pays (migration internationale) ou au sein d'un même pays (migration interne). Une multitude de mots désigne les personnes migrantes : immigré.es, migrant.es, étranger.es, primo-arrivant.es, demandeur.euses d'asile, exilé.es, sans-papiers. Ces termes reflètent une grande diversité de situations, de statuts juridiques, de motifs de migration (migrant.es économiques, étudiant.es, réfugié.es politiques, migrant.es environnementaux...), de durée de résidence (temporaire, permanente, intermittente) et de droits accordés (migrant.e en situation régulière ou « légale » ou à l'inverse migrant.e en situation irrégulière ou « illégale » ou « sans papier »).

Cette thèse s'intéresse aux migrations internationales vers la France métropolitaine. Le terme d'immigré.e sera utilisé, il désigne « une personne née étrangère à l'étranger et entrée en France en cette qualité en vue de s'établir en territoire français de façon durable » (1). Un lexique des termes relatifs à la migration est présenté en annexe (Annexe I).

1.1.2 Les migrations dans le monde

Les mouvements migratoires dans le monde se diversifient et se complexifient. Selon les Nations Unies, si le nombre total de migrant.es internationaux.ales augmente, passant d'environ 150 millions en 2000 à 280 millions de personnes en 2020, ce taux rapporté à la population mondiale augmente peu. Les migrant.es internationaux.ales représentaient 3,6 % de la population mondiale en 2020, et en comparaison, 2,8 % en l'an 2000 et 2,3 % en 1970. (2)

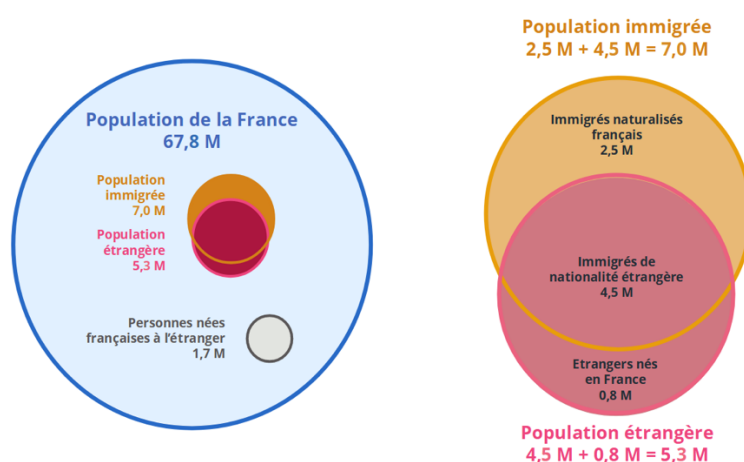
En revanche, le nombre de déplacé.es en raison de persécutions, de conflits, de violences, de violations des droits humains se majore. Fin 2021, on dénombrait 89,3 millions de déplacé.es, dont 53,2 millions à l'intérieur de leur propre pays, 27,1 millions de réfugié.es

et 4,6 millions de demandeur.euses d'asile (3). Contrairement à une idée répandue, la majorité des migrations ne s'effectue pas des pays du Sud vers des pays du Nord : une grande partie des mobilités s'effectue au sein d'un même pays ou vers un pays limitrophe. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugié.es (HCR) estime que 74 % des réfugié.es et personnes en demande d'asile dans le monde étaient accueillies dans un pays à revenu faible ou intermédiaire (3).

1.1.3 Les migrations en France

Par sa situation géographique et son passé colonial, la France est un pays d'immigration de longue date. En 2022, l'INSEE compte 7 millions d'immigré.es en France, soit 10,3 % de la population. Trente-cinq pour cent d'entre eux sont de nationalité française. Ils sont principalement originaires d'Afrique (48,2 %, dont 21,1 % du Maghreb) et d'Europe (32,3 %) (4). Ils sont répartis de manière inégale sur le territoire : plus d'un.e immigré.e sur trois (37 %) habite en Ile-de-France. Les immigré.es représentent 20 % de la population parisienne, et près d'un tiers de la population de Seine-Saint-Denis (4). Selon le rapport de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), 131 254 demandes de protection internationale ont été déposées en 2022, et l'asile a été accordé à 56 276 personnes (5). La part des immigré.es en situation irrégulière résidant en France serait comprise entre 0,3% et 0,6% de la population générale.

Figure 1 : Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2022



Source : INSEE, 2022 (6)

1.1.4 Vers une couverture maladie universelle

En France, comme dans d'autres pays européens, le système de protection sociale inclus les immigré.es. Les dispositifs créés visent à garantir un « droit à la santé à tous » comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), mais répond aussi à des objectifs de santé publique et d'efficience du système de santé.

La Protection Universelle Maladie de base (PUMa), qui remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis 2016, permet l'accès à une couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois.

Concernant les personnes en situation irrégulière, l'Aide médicale d'État (AME) permet de bénéficier d'un accès aux soins à condition de résider en France (à l'exception de Mayotte) depuis plus de trois mois et de disposer de ressources inférieures à un certain plafond (9571€/an pour une personne seule en France métropolitaine en 2023). Elle ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins avec dispense d'avance de frais. Ce dispositif doit être renouvelé tous les ans et concerne 415 000 bénéficiaires (2022) pour un budget estimé à environ un milliard d'euros, soit moins de 0,5 % des dépenses totales de santé (7) (8).

Pour les personnes en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'AME, le dispositif « Soins Urgents et Vitaux » permet la prise en charge hospitalière des soins mettant en jeu le pronostic vital ou pouvant conduire à une altération grave et durable de l'état de santé.

Enfin, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des dispositifs hospitaliers de prise en charge médico-sociale pour les personnes sans couverture médicale, incluant des consultations médicales, l'accès au plateau technique et la dispensation de médicaments non facturés.

La couverture maladie pour les étranger.es évolue au grés des échéances politiques et électorales, et diminue progressivement depuis 30 ans ; exclus de la Sécurité Sociale en 1993, de la Couverture Maladie « universelle » en 1999, de l'AME pendant les trois premiers mois de présence en France (2003), puis pendant les trois mois suivant la fin de leur visa ou de leur titre de séjour (2019), les personnes hors du droit risquent une aggravation d'une pathologie et une hospitalisation tardive et urgente. Depuis 2021, un délai de carence de 9 mois est nécessaire pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé considérés comme non urgents (par exemple une greffe de cornée, la pose de prothèse du genou ou de la hanche).

1.2 La migration, un cumul de vulnérabilités

A l'installation dans le pays d'accueil, les immigré.es cumulent les vulnérabilités, liées à leur histoire de vie, au processus de migration lui-même, mais aussi aux conditions d'accueil (9) (10).

1.2.1 Vulnérabilités liées aux situations dans le pays d'origine

Le contexte sanitaire, climatique et politique dans le pays d'origine peut être à l'origine de pathologies insuffisamment prévenues ou soignées, notamment les pathologies infectieuses ou chroniques. Dans le pays d'origine, il est aussi possible que les personnes exilées aient été victimes de violences. Les violences sexistes sont des motifs d'exil fréquents pour les femmes. Elles comprennent notamment les viols, les agressions sexuelles, les mutilations génitales, les mariages forcés, les viols de guerre.

1.2.2 Trajets migratoires longs et complexes

Les trajets migratoires sont le théâtre de nombreux types de violences (institutionnelles, physiques, sexuelles et psychologiques) et de traumatismes - rupture avec la communauté, modes de déplacement (barques surchargées, camions réfrigérés), pays traversés, etc... Dans une enquête réalisée par l'ONG Médecins du Monde au Niger, au Maroc et en Tunisie en 2017, 61 % des personnes déclarent avoir subi des violences au cours du parcours migratoire (et 83,3 % au cours de leur vie)(11).

Une des routes les plus fréquemment empruntée par les immigré.es venant d'Afrique subsaharienne, la « route de la Méditerranée centrale », qui traverse la Libye, la mer Méditerranée et se poursuit en Europe, est aussi l'une des plus dangereuse. Une enquête de Médecins du Monde auprès des personnes passées par la Libye et consultant dans leur centre de santé en Seine Saint-Denis en 2017 montre que 94,4 % des participant.es ont subi au moins un type de violence en Libye : 91,1 % des participant.es ont souffert de violences physiques, 89,5 % de violences par privation et 26,5 % rapportaient des épisodes de violences sexuelles

(18,9 % des hommes et 53,3 % des femmes). Enfin, 17,6 % des femmes rapportaient un avortement non médicalisé pendant leur séjour en Libye (12) (13).

La migration impacte aussi la santé en restreignant parfois l'accès à l'eau potable et à une alimentation en qualité et quantité suffisante, en favorisant la promiscuité et en limitant l'accès aux soins et aux traitements.

1.2.3 Précarité socio-économique à l'arrivée

Une fois installé.es dans le pays d'accueil, les immigré.es cumulent souvent des difficultés et vulnérabilités : précarité de l'hébergement, alimentation insuffisante en quantité et qualité, isolement social et relationnel, taux de chômage plus élevé et revenus moins importants que le reste de la population. A ces barrières s'ajoutent la complexité des démarches administratives et sociales et le durcissement des politiques d'accueil. Les antécédents de violences sont aussi fortement associés à la vulnérabilité sociale. Ces conditions de vie constituent des déterminants de santé. L'étude ANRS-Parcours de 2012-2013 (14), qui s'intéressait aux parcours de vie et à la santé des Africain.es immigré.es en France, a montré que l'absence de titre de séjour ou de logement personnel augmente l'exposition aux risques infectieux sexuels (15) et à la violence sexuelle (16) (17).

1.3 La santé des immigré.es en France

Dans les débats français sur l'immigration, le mauvais état de santé est souvent envisagé comme déterminant de la migration. Mais au-delà des idées reçues, les immigré.es ont-ils un état de santé et des besoins en soins différents de la population générale ? La population migrante est souvent jeune et en bonne santé au moment du départ en migration. Des travaux montrent qu'à leur arrivée dans le pays d'installation, les immigré.es (en dehors des réfugié.es) sont en meilleure santé que la population générale. Cela s'explique par l'effet de sélection des candidat.es à la migration par leur état de santé, appelé « healthy migrant effect » (18). Cet avantage se perd progressivement : leur santé tend à se détériorer à mesure que la durée de résidence sur le territoire s'accroît. Cette perte paraît notamment due aux effets des conditions de vie difficiles sur la santé.

1.3.1 Une répartition différente des pathologies

Des études mettent en lumière le risque accru de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, surpoids) chez les immigré.es par rapport à la population générale (19) (20). Concernant les pathologies néoplasiques, les immigré.es semblent initialement présenter un risque moindre de cancer (à l'exception des cancers viro- ou bactério-induits), qui tend à se rapprocher des proportions observées chez les natif.ves au fil du temps (21).

L'étude Premiers Pas, qui interrogeait 1 223 immigré.es en situation irrégulière à Paris et à Bordeaux, fait ressortir le poids des pathologies infectieuses, mais aussi des pathologies dentaires, moins fréquemment étudiées (22).

Figure 2 : Fréquence des problèmes de santé chez les immigré.es sans papiers à Paris et à Bordeaux

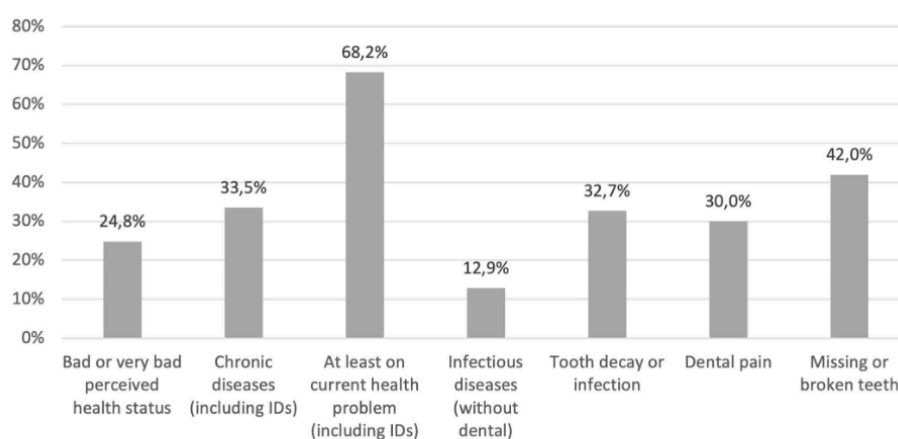


FIGURE 1
Frequency of health problems and infectious diseases among undocumented migrants in Paris and Bordeaux, Premier Pas survey (n = 1.188).

Source : enquête Premiers Pas (22)

1.3.2 Maladies infectieuses

Les immigré.es sont plus susceptibles de contracter des maladies infectieuses et tropicales. Ils et elles présentent un risque accru d'infection par le VIH, d'hépatite B, de tuberculose, de schistosomiase et de paludisme (23–25). Un risque accru de cancers liés à une exposition à des agents infectieux est décrit, tels que le cancer de l'estomac, du nasopharynx, du foie, du col de l'utérus (26) (27), le sarcome de Kaposi et certains lymphomes (28). La

pandémie de SARS-CoV-2 en France a aussi plus durement frappé les immigrés en 2020 (29). Les participant.es à l'étude Premiers Pas rapportent fréquemment des infections communautaires, de la peau et des tissus mous, du haut appareil respiratoire, des infections urinaires et gynécologiques (22).

En France, comme dans d'autres pays européens, le taux élevé d'infection par le VIH chez les immigré.es est dû à une prévalence élevée dans le pays d'origine, mais aussi à un haut risque d'infection après la migration. L'enquête ANRS-Parcours a révélé qu'entre 35 et 49 % des infections par le VIH chez les immigré.es africain.es surviennent en France (14,30). Le risque de diagnostic tardif est aussi plus important, ce qui impacte le délai d'initiation du traitement, la transmission virale et la mortalité (30).

1.3.3 Santé mentale

Chez les immigré.es, et en particulier chez les demandeur.euses d'asile, les troubles de la psychiques sont très fréquents. Dans le Centre de santé du Comede (Comité pour la santé des exilés), une association française de soutien aux personnes exilées, ils représentent 38 % des diagnostics posés par les médecins et les psychologues. Il s'agit principalement de psycho traumatismes (68 %) et de syndromes dépressifs (28 %) (31) (32).

Les phénomènes d'exclusion sociale et de précarité juridique ont des répercussions sur la santé psychique : sentiments de peur, d'indignité, de culpabilité, qui donnent lieu à des souffrances et parfois à des troubles mentaux. L'observatoire de MdM constate une majoration de ces troubles pour les demandeur.euses d'asile et les personnes déclarant avoir été exposées à des violences dans leur pays d'origine, lors du parcours migratoire ou dans le pays d'accueil (33,34). Or, les effets des psycho traumatismes sont mal connus des professionnel.les de santé : ils sont peu enseignés et les études épidémiologiques sur la santé mentale des migrant.es restent peu nombreuses.

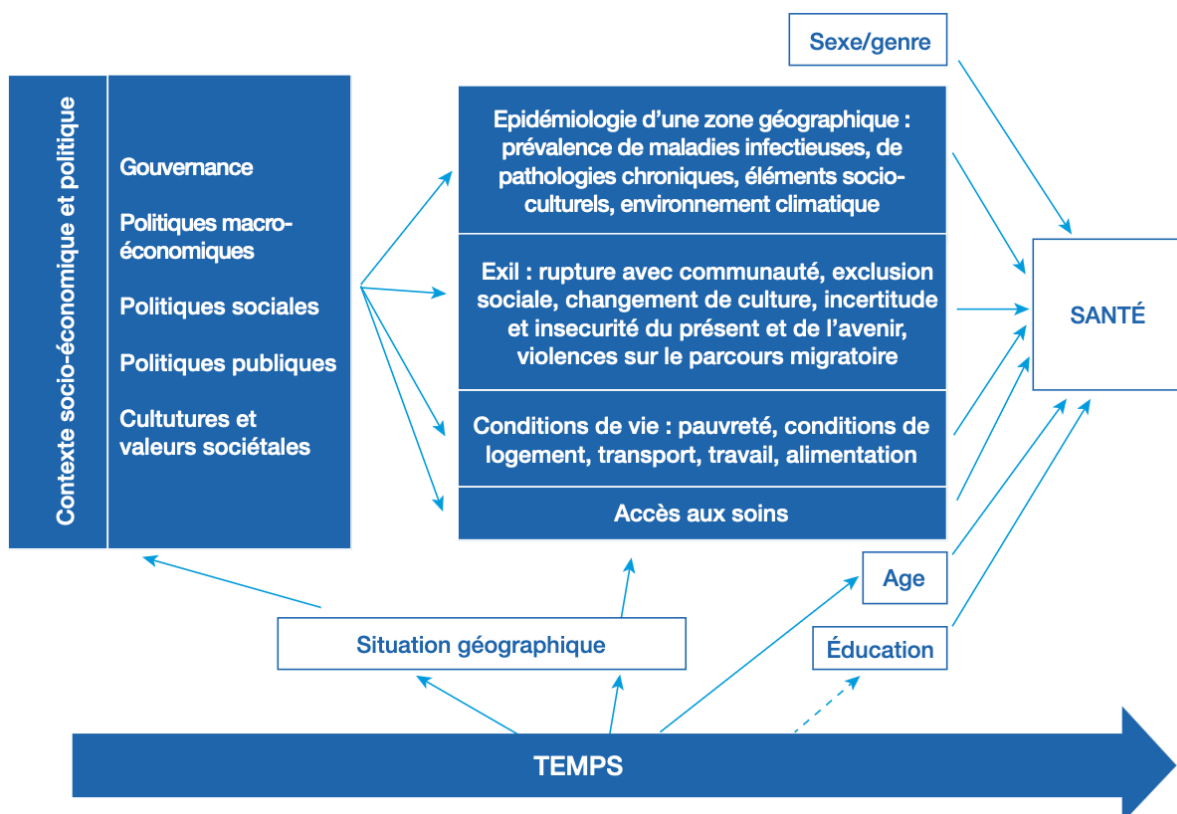
1.4 Inégalités d'accès aux soins

Bien que les dispositifs institutionnels garantissent théoriquement une protection médicale pour tous, de grandes disparités persistent en termes d'accès aux soins.

1.4.1 La santé des migrant.es

L'émergence d'une « santé des migrants » comme discipline d'étude fait maintenant consensus. La « santé des migrants » ne peut être réduite à un lien explicatif entre santé et origine, au risque de stigmatiser certains groupes et d'une « surinterprétation culturelle » d'un fait social, selon l'expression de Didier Fassin (35). L'expression se réfère plutôt à une construction mêlant les déterminants sociaux de la santé, les impacts des politiques sociales et d'immigration, les pratiques de soins des individus et des professionnel.les de santé travaillant à leur contact. Ainsi, s'intéresser à la « santé des migrant.es » revient à s'intéresser aux inégalités dans les domaines de la santé publique et de la santé au travail, tout en reconnaissant certaines singularités liées à l'expérience dans le pays d'origine et sur le trajet de la migration. Cela revient à considérer le rôle propre de la migration comme déterminant social de santé.

Figure 3 : La migration, un déterminant social de santé



Source : Médecins du Monde (11)

1.4.2 Non-recours aux aides publiques et renoncement aux soins

De nombreux travaux français et européens documentent les inégalités d'accès aux soins. Les immigré.es ont plus rarement recours à la médecine de ville, généraliste comme spécialiste, que le reste de la population française (36). Cela s'explique par le manque de connaissance du système de santé (37), le découragement face à la complexité des démarches et l'alternance avec des périodes d'attente ou de rupture de droits. Ainsi, seules 51 % des personnes qui sont éligibles à l'AME en bénéficient (38). Les autres facteurs évoqués sont les barrières culturelles et linguistiques, renforcées par un isolement et la perte du réseau social. Par exemple, le recours à l'interprétariat professionnel pour les personnes allophones reste marginal malgré son inscription dans le Code de la Santé Publique depuis 2016.

1.4.3 Discriminations et refus de soins

Enfin, il existe une réponse différenciée du système de soins selon l'origine des patient.es. En 2016, le Défenseur des droits rapportait que les étranger.es constituaient une population particulièrement à risque vis-à-vis du refus de soins, de part leur nationalité et le type de couverture maladie (en particulier l'AME) (39). Bien que la loi française interdise les discriminations liées aux pathologies et au type de couverture médicale, ces refus sont bien documentés. Dans l'étude ANRS-Parcours, les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite B rapportaient deux fois plus fréquemment que les autres un refus de soins (respectivement 12 % et 10 %) (40). De même, certains médecins, dentistes et pharmaciens refusent les soins aux patient.es bénéficiaires de l'AME, en invoquant l'impossibilité de demander des dépassements d'honoraires ou les retards de remboursement par l'Assurance Maladie (38).

1.4.4 La santé comme motif d'exil ?

Dans le débat public ainsi que dans les sphères politique et médiatique, l'idée selon laquelle notre système de santé favoriserait un « appel d'air » persiste, à savoir que des étranger.es émigreraient massivement vers la France pour profiter du système de protection sociale français (hypothèse du « welfare magnet » (41)). De cette hypothèse découle l'idée qu'à traiter « trop bien » les migrant.es, le pays en attirerait encore davantage. Or, les travaux épidémiologiques, sociologiques et démographiques récents sont formels : la migration pour raison de santé est un motif de départ marginal. Le Comede rapporte que sur les 6 000

patient.es suivis en 2017, 68 % découvrent leur pathologie après leur arrivée en France (et 77 % des demandeur.euses d’asile). Selon les statistiques publiées en 2018 par le Ministère de l’Intérieur, la délivrance de titres de séjour pour des motifs médicaux représente moins de 2 % de la totalité des titres (42).

1.5 Les femmes

Aujourd’hui, plus de la moitié des immigrés en France sont des femmes (51 % en 2022 (2)). Leurs motifs de migration sont variés et souvent multiples ; elles partent en famille ou seules et sont confrontées à des parcours migratoires souvent plus longs et dangereux que les hommes. Dans le pays d’installation, elles subissent des violences et des discriminations spécifiques qui dégradent leur état de santé et compliquent encore leur accès aux soins. Les études s’accordent sur la très grande vulnérabilité des femmes en situation irrégulière (44–46) (47).

1.5.1 Mutilations génitales féminines/excision

Les mutilations génitales féminines et excision (MGF/E) sont des violences sexistes très largement répandues. Par ce terme, on désigne toutes les lésions, ablations partielles ou complètes des organes génitaux externes féminins. Plus de 230 millions de femmes ont subi ces violences dans le monde et l’OMS estime que 3 millions de jeunes filles risquent chaque année d’en être victime (48). Ces mutilations entraînent des complications psychologiques et somatiques, notamment obstétricales, à court et à long terme (douleurs chroniques, infections génitales et urinaires, fistules, hémorragies, césariennes, mortalité néonatale). Elles ont un retentissement important sur la sexualité des femmes et sur la perception qu’elles ont de leurs corps.

Les mutilations génitales, ainsi que l’ensemble des violences sexistes, sont des motifs fréquemment évoqués par les femmes comme cause d’exil et de demande d’asile. En France, la protection internationale n’est pas systématiquement accordée aux femmes qui évoquent ce motif d’exil : en 2021, l’OFPRA a accepté 26,4% des demandes d’asile des femmes originaires d’Afrique, alors qu’une étude interrogeant des demandeuses d’asile en France en 2022 rapporte que 56,3% des femmes africaines de leur échantillon ont vécu une mutilation génitale (17).

1.5.2 Un cumul de violences

Les femmes cumulent les violences, pendant le trajet et dans le pays d'installation, selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés. Ce dernier a publié un rapport en 2020 dans ce sens, insistant pour que la prévention des violences sexistes et envers les femmes demandeuses d'asile devienne une priorité (49) (50). Selon Gynécologie Sans Frontière, en mai 2017, les deux tiers des femmes présentes dans les camps du nord de la France avaient été victimes de violences physiques ou sexuelles pendant leur voyage ou une fois arrivées dans les camps. Une observation similaire est faite par SOS Solidarité, qui rapporte que presque toutes les femmes secourues en mer ont été contraintes à la prostitution ou ont subi des viols au cours de leur périple (51). Diverses études récentes en France et en Europe révèlent une incidence élevée de violences sexuelles chez les femmes demandeuses d'asile, réfugiées ou en situation irrégulière. L'étude DSAFHIR retrouvait qu'une femme immigrée hébergée sur trois déclare avoir subi une agression sexuelle au moins une fois au cours de sa vie (52). Une étude française publiée en 2023, portant sur les demandeuses d'asile dans la région Sud, présente des statistiques alarmantes : les viols au cours de la dernière année sont 18 fois plus fréquents chez les demandeuses d'asile que dans la population générale (4,8 % vs. 0,26 %). Plus globalement, le risque de violences sexuelles est 9 fois plus élevé (26,3 % vs. 2,9 %) (53) (17). La problématique des violences, et notamment des MGF, n'est cependant que rarement abordée en consultation ou l'est par des professionnel.les peu formé.es. (54)

1.5.3 Mauvais état de santé perçu

Les résultats de l'enquête Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France (Dsafhir), menée en 2017 auprès de 469 femmes migrantes sans domicile hébergées en hôtel social, donnent un aperçu de l'état de santé perçu de ces femmes des défis en matière d'accès aux soins (52). Plusieurs facteurs entravent l'accès aux soins pour ces femmes : faible connaissance du système de soins liée à une arrivée récente en France, absence de titre de séjour valide, de suivi social, de couverture maladie, non maîtrise du français, faible niveau de scolarisation, isolement relationnel, absence de solution de garde d'enfants, présence d'autres besoins jugés prioritaires (sept sur dix déclarent avoir

souvent manqué d'argent pour acheter de la nourriture durant l'année précédente), éloignement des services de santé, symptômes dépressifs. Une femme sur trois cumule au moins trois de ces difficultés.

A cela s'ajoute des expériences négatives avec des professionnel.les de santé en France : 16 % ont déjà eu l'impression d'être discriminées par le personnel médical lors de consultations en France en raison de leur origine ou de leur nationalité ; près d'une femme sur deux dit avoir renoncé à des soins dans les douze mois précédents.

1.5.4 Santé sexuelle et reproductive

L'étude ANRS-Parcours citée précédemment (chez les migrant.es originaires d'Afrique sub-saharienne) (30) a montré que les violences sexuelles subies en France sont quatre fois plus fréquentes chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne qui ont contracté le VIH après la migration, apportant un argument fort en faveur du rôle causal des violences sexuelles dans l'acquisition de l'infection. Les femmes migrantes sont également à plus haut risque de complications périnatales, de morbidité et mortalité maternelle, en partie expliquées par un recours au soin tardif et un suivi prénatal inadéquat (55–57). De même, les femmes migrantes ont moins accès aux différentes méthodes contraceptives et au dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein (27).

Ces données font apparaître que l'accueil et la prise en charge des immigré.es sont très loin d'être intégrés au fonctionnement général du système d'offre de soins et d'accès aux services sociaux.

1.6 Des structures spécifiques pour soigner les personnes ayant vécu des violences

Ce cumul des fragilités, liées à l'exil et aux conditions d'accueil justifie la nécessité d'un accueil spécifique pour accompagner les exilé.es. Les personnes ayant vécu des violences doivent aussi pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée (sociale, juridique, psychologique et médicale). Les professionnel.les de santé jouent un rôle essentiel dans le

repérage de la violence subie et l'objectivation des conséquences de celle-ci chez une population déjà invisibilisée.

1.6.1 Le modèle « One-Stop Center »

Le « One-Stop Center » (OSC) est un modèle de soins destiné aux survivant.es de violence sexuelle et sexistes. Le principe est de proposer des soins médicaux, un soutien psychosocial et une assistance juridique au sein d'un lieu unique (58). Animé par des professionnel.les formé.es à l'accueil des victimes de violences, ce lieu propose un accompagnement holistique, pour simplifier les démarches, coordonner les réponses et garantir un environnement sécurisant pour les victimes.

Ce modèle a été mis en place dans plusieurs pays à travers le monde, à la suite d'initiatives gouvernementales, d'ONG ou d'institutions internationales, principalement dans les pays à ressources limitées. On trouve des centres OSC en Inde, en Afrique du Sud, au Kenya, au Nigéria, ou encore au Congo. L'hôpital de Panzi, dirigé par le Dr Denis Mukwege en République Démocratique du Congo, est connu pour son engagement dans la prise en charge des « survivantes » de violences sexuelles et de viols de guerre. Le centre propose des soins médicaux (d'urgence, chirurgicaux), un soutien psychosocial, une assistance juridique et un dispositif de réinsertion sociale, par des programmes qui favorisent l'autonomisation économique et l'intégration communautaire. Des activités communautaires de prévention et de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation associée aux victimes de violences sexuelles sont aussi effectuées (59). Classiquement déployés dans les pays à ressources limités, les OSC auraient pourtant toute leur place en France, où les dispositifs d'accueil des personnes victimes de violence manquent.

1.6.2 Le dispositif Parcours

Les services hospitaliers de Maladies Infectieuses et Tropicales (MIT), en particulier en Ile-de-France, accueillent une forte proportion d'immigré.es, souvent éloignés du soin et du droit. Depuis novembre 2017, une unité d'accompagnement ambulatoire des femmes ayant subi des MGF/E a été mise en place au sein du service de Maladies Infectieuses de l'hôpital Bichat et depuis novembre 2018 dans celui de l'hôpital Avicenne. A la lumière des besoins

exprimés, le champ d'action de ces unités s'est progressivement élargi à la prise en soin des violences sexuelles. L'objectif du dispositif « Parcours » est de soutenir l'*empowerment* des femmes exilées. Il propose un accompagnement holistique aux femmes exilées ayant vécu des violences sexuelles en lien avec leur parcours migratoire et restant à l'écart des structures sanitaires et administratives. Au moment de l'étude, le dispositif accueillait aussi les hommes. Depuis 2024, le dispositif est uniquement dédié aux femmes.

Le dispositif comprend un suivi individuel avec un bilan de santé (mise à jour des vaccinations, dépistage des infections sexuellement transmissibles et des pathologies prévalentes, dépistages recommandés en population générale), une évaluation psychologique, sexologique, gynécologique et de la douleur. Une évaluation sociale et juridique pour la mise à jour des droits à une couverture maladie (AME ou Assurance maladie et Complémentaire santé solidaire), et au séjour (dépôt et recours relatifs à une demande d'asile ou de titre de séjour) est proposée depuis 2021. Un interprétariat professionnel téléphonique est disponible. Les personnes sont accompagnées par une assistante sociale et une médiatrice en santé dans leurs démarches administratives et dans leur parcours de soin, à l'hôpital et en milieu extrahospitalier. Le dispositif propose également un accompagnement collectif avec des ateliers autour du bien-être et de la réappropriation du corps : danse comme thérapie, socio-esthétique, sport, théâtre, photographie. Pour les femmes ayant vécu des mutilations génitales, un accompagnement psychologique, sexologique et éventuellement chirurgicale est proposée. Après cette évaluation initiale, les personnes sont suivies selon leurs besoins.

L'hypothèse est qu'un accompagnement holistique (médical, psychologique, social, juridique) permet d'améliorer l'état de santé physique et psychique, mais aussi la capacité d'agir des personnes accompagnées. Après plusieurs années d'existence, la présente étude a été proposée afin de mieux connaître la population accompagnée au sein du Dispositif Parcours et de décrire l'évolution des situations sociales après 18 mois de suivi.

2 : Etude

2.1 Présentation de l'étude

La présente étude est une étude de cohorte rétrospective et observationnelle. Les objectifs sont d'analyser les caractéristiques socio-démographiques, de l'état de santé et de certains déterminants de la santé directement en relation avec la migration, des personnes reçues au sein du dispositif Parcours. En recueillant leurs besoins en soins et l'accompagnement proposé, elle permet de faire un premier état des lieux de ce dispositif dans ces trois premières années.

Les résultats de cette étude serviront à générer des hypothèses pour la construction d'une étude interventionnelle destinée à améliorer l'accompagnement de cette population. Ils devraient permettre d'améliorer la qualité et la pertinence du parcours de soins proposé dans le cadre du dispositif « Parcours », d'enrichir la formation du personnel impliqué dans ce dispositif et de déterminer les conditions de transposabilité de telles structures dans d'autres établissements de santé.

2.2 Etude en français

Introduction

Les migrations internationales sont en constante évolution à l'échelle mondiale et européenne et influent sur la santé des individus générant de nombreuses questions de santé publique (10). La France, pays d'immigration, comptait 7 millions d'immigrés en 2022, soit 10,3 % de l'ensemble de la population (4). Un immigré est défini comme une personne née étrangère à l'étranger et qui réside en France (1). Cela englobe une grande variété de situations, de pays d'origine, de motifs de migration et de conditions de vie dans le pays d'accueil. Répartis de manière inégale sur le territoire, plus d'un tiers des immigrés (37 %) réside dans la région Île-de-France (4). La moitié des immigrés en France sont des femmes (51 % en 2022). Alors qu'historiquement, la migration féminine était principalement liée à des regroupements familiaux, on observe de plus en plus de femmes qui migrent seules ou avec leurs enfants. Les raisons de leur migration sont diverses, mais les violences

sexistes (mutilation génitale féminine, mariage forcé, violences conjugales, homophobie, etc.) poussent souvent les femmes à quitter leur pays pour se protéger ou protéger leurs enfants.

Parmi les personnes exilées, un nombre important cumule des facteurs de vulnérabilité sociale. Dans le pays d'origine, sur le trajet migratoire et dans le pays d'accueil, elles peuvent être exposées à des violences physiques, sexuelles et psychologiques, d'origine institutionnelle, administrative ou économique. A l'arrivée dans le pays d'installation, les difficultés socio-économiques rencontrées (insécurité alimentaire, pauvreté, précarité de l'hébergement, précarité administrative, isolement social et relationnel, etc.) contribuent à la dégradation de leur état de santé. L'accès au système de santé devient alors une problématique cruciale.

Malgré l'existence théorique d'une protection maladie universelle en France (7), plusieurs études rapportent les difficultés d'accès aux soins auxquelles les personnes migrantes en situation de précarité sont confrontées (37,38). Ces obstacles sont liés à un défaut de couverture maladie, à une méconnaissance des droits et des procédures, à une peur du contrôle ou à des discriminations de la part des professionnels de santé (38,52). A ces barrières s'ajoutent la complexité des démarches administratives et le durcissement des politiques d'accueil observées en France depuis les années 70.

Des travaux récents mettent en lumière les problématiques de santé spécifiques rencontrées chez les immigrés, liées à l'épidémiologie de leur pays d'origine et aux conditions socio-économiques. Les maladies infectieuses, parmi lesquelles les infections sexuellement transmissibles (dont l'infection par le VIH et l'hépatite B) (24), la tuberculose (23), ainsi que certains cancers liés à des agents infectieux (26–28), présentent dans cette population une prévalence accrue. En France, comme dans d'autres pays européens, une part importante des infections par le VIH est acquise dans le pays d'accueil, en lien avec des situations de vulnérabilité sexuelle socialement déterminées (16). Le diagnostic est souvent tardif, impactant le délai d'initiation du traitement, le contrôle des transmissions virales secondaires et la mortalité (30). Les troubles psychologiques, tels que la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et les troubles psychosomatiques, sont également plus fréquents que dans la population générale (31,32).

Cette situation de vulnérabilité est encore plus importante chez les femmes, qui sont les principales victimes des violences sexistes (violence physique, psychologique, mutilations génitales féminines, mariages forcés, avortement ou stérilisation forcée). Il s'agit de motifs

fréquemment évoqués comme cause d'exil et de demande d'asile. Également documentées lors du trajet migratoire (12,13), les viols sont 18 fois plus fréquents en France chez les demandeuses d'asile que dans la population générale (4,8 % vs. 0,26 % par an) et le risque de violences sexuelles de manière plus générale est 9 fois plus élevé (26,3 % vs. 2,9 % par an) (17). Ces discriminations et violences dégradent l'état de santé des femmes et entravent leur accès aux soins (51). Les femmes exilées consultent très souvent dans les services d'accueil des urgences mais n'ont pas recours au reste du système de soins (52). La réponse du système social et de santé et des professionnels est alors cruciale. La problématique des violences, et notamment des MGF, n'est cependant que rarement abordée en consultation ou l'est par des professionnels peu formés et donc peu armés pour accompagner (54).

Ce cumul des vulnérabilités, liées à l'exil, aux violences, aux conditions d'accueil, justifie la nécessité d'un accueil spécifique pour accompagner les immigrés. C'est dans ce contexte qu'a été créé le Dispositif Parcours au sein de deux services d'infectiologie situés au Nord de Paris, pour l'un en 2017 (Hôpital Bichat) et la Seine Saint Denis pour l'autre depuis 2018 (Hôpital Avicenne). Il s'est inspiré du modèle « One-stop Centre » éprouvé à l'hôpital de Panzi en République démocratique du Congo, qui propose aux survivantes de violences sexuelles des soins médicaux, un soutien psychosocial et une assistance juridique au sein d'un lieu unique (59). L'objectif du dispositif « Parcours » est de soutenir l'*empowerment* des femmes exilées. Il propose un accompagnement holistique aux femmes exilées ayant vécu des violences sexuelles en lien avec leur parcours migratoire et restant à l'écart des structures sanitaires et administratives. Au moment de l'étude, le dispositif accueillait aussi les hommes. Le dispositif comprend un suivi individuel avec un bilan de santé (mise à jour des vaccinations, dépistage des infections sexuellement transmissibles), une évaluation psychologique, sexologique, gynécologique et de la douleur. Une évaluation et un accompagnement sociaux et juridiques pour la mise à jour des droits à une couverture maladie (Aide médicale de l'État ou Assurance maladie et Complémentaire santé solidaire), et au séjour (dépôt et recours relatifs à une demande d'asile ou de titre de séjour) est proposée depuis 2021. Un interprétariat professionnel téléphonique est disponible. Les personnes sont accompagnées par une assistante sociale et une médiatrice en santé dans leurs démarches administratives et dans leur parcours de soin, à l'hôpital et en milieu extrahospitalier. Le dispositif propose également un accompagnement collectif avec des ateliers autour du bien-être et de la réappropriation du corps : danse comme thérapie, socio-esthétique, sport, théâtre, photographie. Pour les

femmes ayant vécu des mutilations génitales, un accompagnement psychologique, sexologique et éventuellement chirurgical est proposé. Après cette évaluation initiale, les personnes sont suivies selon leurs besoins, le plus souvent sur un temps long.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé et les déterminants de santé des personnes suivies par ce dispositif durant ses trois premières années de création. Les objectifs secondaires sont la description des parcours de soins de ces personnes, leur adhérence au parcours, ainsi que l'évolution de leur situation sociale et juridique à la suite de l'accompagnement proposé.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique menée au sein du service de Maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Avicenne qui intègre l'unité fonctionnelle Dispositif Parcours, située à Bobigny dans le département de la Seine-Saint-Denis, en France. L'étude porte sur toutes les personnes ayant eu une première consultation au sein du dispositif entre le 01/01/2018 (date de création du dispositif) et le 31/07/2021. Le principal critère d'exclusion est l'opposition des personnes au recueil et à l'utilisation de leurs données. Les personnes ayant eu une seule consultation, sans suivi initié par la suite, ont également été exclues.

Les données ont été extraites des dossiers médicaux, anonymisées et centralisées dans un tableur Excel sécurisé. Les informations recueillies comprennent les caractéristiques socio-démographiques et médicales à l'inclusion dans le dispositif Parcours et après 18 mois de suivi (ou aux dernières nouvelles en cas de suivi interrompu), telles que le motif du départ migratoire, le trajet migratoire, les violences subies, les complications cliniques et psychologiques observées, la situation administrative, sociale et familiale en France, les antécédents médicaux, gynécologiques, psychologiques, sexologiques.

La description des parcours de soins porte sur le dépistage des infections sexuellement transmissibles et de l'infection à HPV, sur le nombre de consultations médicales, psychologiques, sexologiques, d'accompagnement social et juridique réalisés, ainsi que la participation aux ateliers collectifs. Sur le plan social, l'analyse porte sur les évolutions concernant la couverture maladie, l'hébergement, l'activité professionnelle et le droit au séjour.

Les différents modes d'hébergement ont été catégorisés : hébergement stable en cas de logement personnel ou dans un foyer; l'hébergement précaire décrit un hébergement dans un hôtel social 115, chez un ami ou un compatriote; l'absence d'hébergement correspond à une vie dans un squat ou à la rue. L'accès à une couverture maladie est définie par l'accès à l'Assurance Maladie (avec ou sans la Complémentaire Santé Solidaire) ou à l'Aide Médicale d'État. Un trajet migratoire simple est défini par une arrivée directement en France en avion. Les autres modalités (trajet de plus d'un mois, traversant plus d'un pays) sont considérées comme complexes. Si le suivi a duré moins de 18 mois, la dernière consultation (dernières nouvelles) a été analysée.

Ces éléments sont présentés en termes d'effectifs et de pourcentage pour les variables catégorielles et sous forme de médianes [Q1;Q3] ou des moyennes (écarts-types) selon la distribution pour les variables continues. Les analyses comparatives ont été réalisées à l'aide du logiciel R. Une régression logistique est utilisée pour évaluer des associations potentielles entre les caractéristiques des personnes et (a) le fait de subir des violences en France et (b) l'accès à une couverture maladie, à un titre de séjour, une couverture maladie, un hébergement stable au cours du suivi. Les modèles multivariés manquaient de puissance et ne sont pas présentés.

Cette étude a été conduite conformément à la méthodologie MR004 de la CNIL relative au traitement de données à caractère personnel à des fins d'étude, d'évaluation ou de recherche n'impliquant pas la personne humaine. Le projet a reçu un avis favorable du Comité Local d'Éthique pour la Recherche Clinique des HUPSSD (CLEA) le 28/10/2022 (Avis n°CLEA-2022-281). Conformément à la réglementation française, la non-opposition des personnes au recueil de données a été recueillie.

Résultats

Entre le 1er janvier 2018 et le 31 juillet 2021, le dispositif Parcours a accueilli 89 personnes (table 1), principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (63/89, 71 %). La majorité était des femmes (69/89, 78 %). L'âge médian était de 32 ans, (IIQ) [26;37]. Un tiers des personnes (24/72, 33 %) ne savait ni lire ni écrire et seules 25 % (14/56) avaient fait des études supérieures. Les trois quarts (66/88, 75 %) étaient célibataires.

Arrivées en France récemment, en médiane depuis 19 mois, IIQ [11 ;31], elles rapportaient des conditions de vie précaires : seules 37 % (33/89) disposaient d'un hébergement stable, 19 % (16/85) occupaient un emploi formel ou informel et une majorité était isolée socialement (62/87, 71 %). Trente-deux pour cent (27/84) étaient en situation irrégulière, plus de la moitié avaient une demande de titre de séjour en cours (48/84, 57 %) et seules 11 % (9/84) disposaient d'un titre de séjour en cours de validité. Un quart des personnes (21/84, 25 %) n'avaient aucune couverture maladie (table 1).

La prévalence d'infections virales chroniques était de 26 % (23/87) pour le VIH et 6 % (5/87) pour le VHB. Ces infections étaient fréquentes, du fait de l'appartenance du dispositif aux services de maladies infectieuses à l'origine de 42% des orientations. Les mutilations génitales féminines (MGF) concernaient 60 % (39/65) des femmes. Sur la base des dossiers médicaux, la grande majorité des personnes accompagnées (67 %) présentait des symptômes psychiatriques évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique, 34 % des symptômes dépressifs et 22 % des symptômes anxieux. Plus de la moitié des personnes accueillies (49/86, 57 %) rapportait des douleurs chroniques (table 1).

Dans la plupart des cas, il existait plusieurs motifs d'exil (table 1). Les plus fréquemment cités étaient les violences intrafamiliales (64 %, 53/83), les violences conjugales (25 %, 21/83) et le contexte politique et religieux local (26 %, 22/83). Les femmes étaient plus souvent exposées à des violences conjugales et à des menaces de mutilation génitale (32 % et 12 % respectivement) que les hommes. Parmi les hommes, un quart (5/19, 26 %) mentionnait l'homophobie comme motif d'exil. Les raisons médicales, économiques ou liées aux études étaient plus rarement évoquées (table 1).

Les données concernant le parcours migratoire sont connues pour 69 des 89 personnes. Seule une minorité (16 %, 11/69) avait un parcours migratoire direct et simple, avec un voyage en avion de leur pays d'origine à la France (table 2). Pour les autres, les trajets étaient complexes, d'une durée médiane 12 mois, IIQ [4;28], et traversant en médiane 4 pays, IIQ [2;4]; 54 % étaient passés par la Libye et 43 % avaient été emprisonnés. Soixante-huit pour cent disaient avoir vécu des violences pendant le trajet, 23 % depuis leur arrivée en France (28 % des femmes et 5 % des hommes). Vingt pour cent des femmes rapportaient des rapports sexuels transactionnels, pendant le trajet migratoire ou depuis leur arrivée en France (table 1).

Chaque personne a eu en médiane une journée d'hospitalisation de jour dans l'unité fonctionnelle dédiée (IIQ [1;4]), et cinq consultations (IIQ [3;7]) avec son médecin référent (table 2). En parallèle du suivi médical, les 18 premiers mois de suivi (ou le suivi jusqu'aux dernières nouvelles) ont permis un accompagnement par la psychologue du dispositif (86 %, 76/88), par l'assistante sociale (78 %, 67/86), par la médiatrice en santé (59/89, 66%) et par la juriste (26 %, 23/89).

Les consultations médicales ont été l'occasion d'actions préventives : 86 % des personnes (59/69) ont bénéficié d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), permettant le diagnostic d'une infection virale chronique (VIH, VHB ou VHC) chez 6 personnes (6/69, 9 %). Une mise à jour vaccinale a été entreprise chez 82 % (67/82) des participants. Soixante pour cent des femmes ont eu une évaluation gynécologique (54/69), et 72 % (43/60) ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus, avec des résultats pathologiques dans 23 % des cas (10/43). Aucun cancer n'a été diagnostiqué. Une indication à une prophylaxie pré-exposition contre l'infection par le VIH (PrEP) a été retenue pour 7 personnes (5 femmes et 2 hommes, soit 10 % et 18 % des participants ne vivant pas avec le VIH), et effectivement prescrite chez 4 d'entre elles (3 femmes, 1 homme).

La moitié des personnes a participé aux ateliers collectifs (52 %, 43/68). Le dispositif a permis une intégration au système de soins standard, avec une orientation rapportée vers un médecin de ville ou des associations locales dans respectivement 51% (38/75) et 85% (71/84) des cas.

Le suivi a duré moins de 18 mois pour la moitié des participants (39/89, 45 %) : 3 en raison d'un éloignement géographique et 18 (21 %), ont été perdus de vue, en médiane après 7 mois de suivi IQ [4-11], plus souvent des hommes, et 18 personnes (21 %) ont eu un arrêt de suivi planifié avant 18 mois, en médiane après 7 mois IQ [4-11], l'équipe estimant que la personne avait assez de ressources pour poursuivre son suivi dans le système de santé conventionnel.

L'évolution de la situation sociale après 18 mois de suivi ou aux dernières nouvelles est présentée dans la figure 2. Ces diagrammes dépeignent la complexité des trajectoires : la proportion de personnes ayant un titre de séjour ou une carte de résident passe de 8,5 à 26,1 %. Il s'agit de personnes qui avaient déjà un titre de séjour au départ, ou de personnes dont la demande, en cours à l'inclusion, a abouti. Les personnes n'ayant pas de titre de séjour ni de

demande en cours sont rares à accéder à un titre de séjour en 18 mois. De la même manière, même si la proportion de personne qui a accès à une couverture maladie augmente (passant de 75 à 84 %), certaines personnes perdent l'accès à une prise en charge lors du suivi. Ceci traduit la précarité administrative des participants. Il en est de même pour l'accès à l'emploi et à l'hébergement : après 18 mois de suivi, 13,6 % des participants ont accès à un emploi stable (contre 8,7 % à l'inclusion) et 56,8 % à un hébergement stable (contre 38,8 % à l'inclusion). La table 4 présente l'évolution de ces situations sociales, selon l'exhaustivité du suivi.

Les facteurs associés aux violences vécues par les femmes après leur arrivée en France sont présentés dans la table 3. En analyse univariée, la prévalence des violences subies en France est significativement associée ($p < 0.05$) à la complexité du trajet migratoire, aux antécédents de violences pendant le parcours migratoire, à la précarité résidentielle en France. Avoir eu accès à une éducation supérieure ou à l'emploi dans le pays d'origine sont associés à l'absence de violence. Les femmes qui avaient vécu des violences pendant le trajet migratoire étaient significativement plus à risque d'en subir à nouveau après l'arrivée en France. La situation d'hébergement précaire (ou l'absence d'hébergement) est associée à un risque accru de violence. Bien que non significatif, le fait de n'avoir aucun titre de séjour semble aussi favoriser les violences. Enfin, le sexe transactionnel est fortement associé au risque de violences en France.

Les facteurs principalement associés au fait d'avoir un titre de séjour ou une carte de résident à 18 mois sont le fait d'avoir un emploi initialement et à la fin du suivi. On note aussi que le fait d'avoir des symptômes évoquant un PTSD sont associés au fait de ne pas obtenir de titre de séjour après 18 mois de suivi. Les facteurs associés au fait d'avoir un hébergement stable à 18 mois sont notamment le fait d'avoir déjà un hébergement au début du suivi ; et ceux associés au fait d'avoir un emploi déclaré à la fin du suivi est associé au fait d'avoir un emploi stable et un logement au début.

Discussion

Ces résultats montrent que le dispositif Parcours accueille une population extrêmement précaire, souvent invisibilisée dans les études. Les vulnérabilités se cumulent : 63 % des personnes n'ont pas d'hébergement stable, 89 % ne disposent pas de titre de séjour

ou de carte de résident ; 57 % rapportent souffrir de douleurs chroniques et 67 % de symptômes évoquant un syndrome de stress post-traumatique ; enfin, 68 % des personnes ont subi des violences pendant leur trajet migratoire et 23 % en ont vécu en France. La grande vulnérabilité de cette population a déjà été identifiée dans d'autres études (14,19,23) : ainsi, dans une étude publiée en 2023, qui inclus 273 femmes demandeuses d'asile dans la région sud de la France, seules 23 % avaient un emploi (formel ou informel) et 8 % un logement personnel.

La proportion importante de personnes vivant avec une infection par le VIH ou le virus de l'hépatite B dans l'échantillon s'explique par l'affiliation de la structure à un service de Maladies infectieuses et la sensibilisation de ses praticiens au repérage de parcours migratoires complexes et violents. Dans une enquête réalisée en 2019 auprès de 1223 personnes éligibles à l'AME, la proportion de personnes qui déclarent une maladie infectieuse est de 8 % (61), alors qu'elle est de 31 % chez les personnes suivies dans le dispositif.

Dans la population étudiée, 84 % présentent des symptômes psychiatriques. Ce chiffre est largement plus élevé que les prévalences décrites dans la littérature internationale; une méta-analyse portant sur presque 7000 adultes réfugiés dans 7 pays occidentaux (Europe et Amérique du Nord) suggère qu'environ un adulte sur dix a un syndrome de stress post-traumatique et un sur vingt une dépression sévère (32). Cette prévalence a été estimée à 16% parmi les personnes sans papiers ayant participé à l'enquête Premiers pas (62).

La violence sexuelle est évoquée comme cause d'exil chez la majorité des femmes suivies au sein du dispositif. Elle est vécue pendant le trajet chez 65 % des femmes et, dans 23 % des cas, de nouvelles violences sont subies en France. L'analyse suggère que les femmes dont la migration est motivée par une violence sexiste dans le pays d'origine sont plus souvent confrontées à la violence, notamment sexuelle, après la migration. Cette association, qui a déjà été décrite dans l'étude ANRS-Parcours qui étudiait les migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne en Ile-de-France, est une illustration du principe de continuum des violences. Cette étude montrait que les femmes venues en France en raison d'une menace vitale dans leur pays d'origine avait cinq fois plus de risque de subir un rapport sexuel forcé en France que celles qui immigraient pour des raisons familiales (60). Plus récemment, dans une étude sur les demandeuses d'asile dans la région Sud en France, le risque de subir à nouveau des violences sexuelles en France était augmenté de 3,8 à 4,6 fois chez les femmes ayant subi des

violences sexuelles avant leur arrivée (17). Une attention particulière doit donc être portée sur les circonstances du départ et du trajet migratoire pour identifier les personnes particulièrement à risque de violences en France afin de leur offrir un accompagnement renforcé, en commençant par une mise à l’abri.

Dans les pays d’accueil, plusieurs études soulignent le lien entre facteurs socio-économiques et risque de violences, en particulier l’association entre précarité résidentielle et violence sexuelle. L’étude ANRS-Parcours rapporte que les femmes sans logement stable sont quatre fois plus à risque de subir des violences sexuelles que les autres (60). Dans une étude portant sur 273 personnes, les femmes sans logement ont 2,6 fois plus de risque de subir du harcèlement sexuel que les autres (17). Un hébergement précaire, comme au sein d’un centre de demandeurs d’asile, ne protège pas des violences (63–65). Enfin, des études qualitatives auprès de femmes migrantes ont montré que des conditions de vie défavorables peuvent conduire au harcèlement sexuel et à des rapports sexuels transactionnels en échange de biens de base ou d’un logement (66). Ainsi, il semble que pour sortir des mécanismes de violences sexistes, l’accent doit être mis sur l’autonomie financière et l’hébergement. Ce constat a conduit au renforcement du dispositif en accompagnement socio-juridique (juriste et médiatrice en santé) après 2020.

En raison des multiples difficultés (médicales, sociales et administratives), les personnes accompagnées par le dispositif s’écartent du profil habituel des patients suivis dans le système français. L’accompagnement de ces personnes aux situations complexes demande du temps et de l’attention, dans un système de santé contraint et souvent saturé, notamment dans le domaine de la santé psychique. Comme l’a souligné l’Observatoire des Pratiques au regard de l’Ethique en 2019 (67), seul un accueil spécifique, avec des professionnels formés et une coordination dans le parcours de soin peut apporter une réponse satisfaisante à ces situations complexes.

Le dispositif Parcours s’inspire des « One-stop Center » (OSC). Depuis le début des années 2000, les OSC sont apparus comme un modèle novateur de soin pour les femmes survivantes de violences sexistes dans les pays à revenu faible (68). Ces personnes ont souvent besoin de plusieurs services (médical, social, juridique, psychologique), dispersés dans différents endroits, les obligeant à raconter à nouveau leur histoire traumatique, ce qui peut engendrer une victimisation secondaire (69). Les résultats escomptés du modèle OSC sont

d'améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et la coordination multisectorielle des soins pour réduire la retraumatisation des survivants (69). Une étude publiée en 2020, synthétise la littérature sur ces structures (58). En analysant leur fonctionnement dans 80 pays, elle conclut à un impact positif sur la santé des communautés où elles sont implantées.

Notre étude montre qu'après 18 mois de suivi, seules 30 % des personnes ont un titre de séjour ou l'accès à l'asile et 53 % un hébergement stable. Ceci souligne l'instabilité géographique et administrative qui marque les vies des immigrés primo-arrivants. L'étude ANRS-Parcours, qui porte sur des immigrés d'Afrique sub-saharienne vivant en Ile-de-France, montre que le processus d'installation complet, défini par l'accès à un logement personnel, à un emploi et à un titre de séjour d'au moins un an, prend en médiane sept ans pour les hommes et six ans pour les femmes (70). Il est donc probable que la période d'étude analysée ici soit trop courte pour documenter un changement de statut significatif.

Cette étude présente plusieurs limites. Elle porte sur les premières années de fonctionnement du dispositif, avec un recul probablement insuffisant pour évaluer à long terme l'impact de cette prise en charge. L'effectif est limité et le recueil rétrospectif, fondé sur les données du dossier médical, avec probablement une sous-estimation de certains éléments, comme les violences, qui peuvent avoir été évoquées mais non tracées pendant les consultations. Enfin, elle ne prend en compte que de manière parcellaire les modifications récentes du dispositif (renforcement de l'offre de soins, standardisation du recueil de certaines informations) et du public reçu (accueil d'un public avec des situations de plus en plus complexes). Néanmoins, ce travail a permis d'identifier les caractéristiques des personnes accueillies, la complexité de leur situation et participe à une réflexion sur la mise en place d'une évaluation prospective.

Conclusion

Le dispositif Parcours accueille des personnes présentant des trajectoires violentes et traumatiques, en situation d'extrême précarité et d'insécurité après leur arrivée en France. L'évaluation à long terme de ce dispositif nécessite de mettre en place un recueil prospectif standardisé des données et un suivi à long terme pour évaluer au mieux l'impact sur la santé de cette population.

Tables et figures

Figure 1 : Le dispositif Parcours

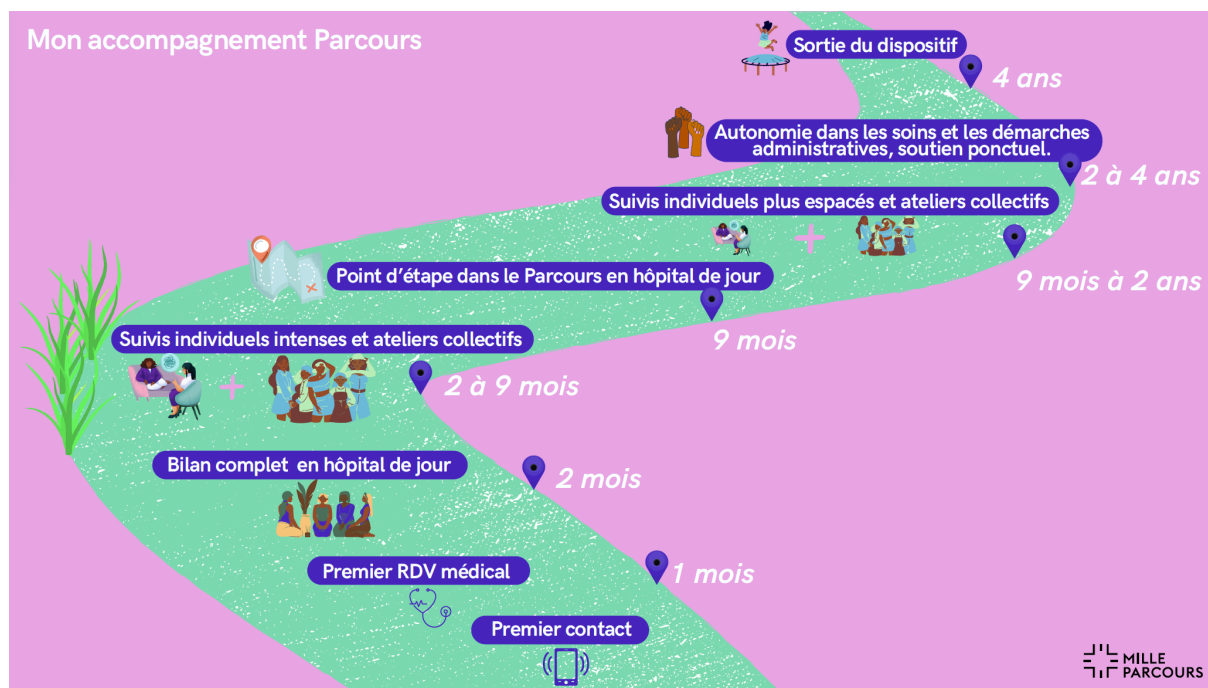


Table 1. Données socio-démographiques à l'inclusion dans le dispositif (N=89), Dispositif Parcours, 2018-2021

Caractéristique	Total N = 89	Femmes n = 69	Hommes n = 20
Caractéristiques socio-démographiques			
Age (ans)	32 (26-37)	31 (25-37)	32 (29-35)
<30	38 (43)	32 (46)	6 (30)
≥30	51 (57)	37 (54)	14 (70)
Région d'origine*			
Afrique	86 (97)	68 (99)	18 (90)
Afrique de l'Ouest	63 (71)	50 (72)	13 (65)
Afrique du Nord	2 (2)	2 (3)	0 (0)
Autre	21 (23)	16 (23)	5 (25)
Asie	3 (3)	1 (1)	2 (10)
Nécessité d'interprétariat	10 (11)	7 (10)	3 (15)
Analphabétisme	24/72 (33)	16/54 (30)	8/18 (44)
Education,	56	41	15
Aucune	11 (20)	8 (20)	3 (20)
Primaire et/ou secondaire	31 (55)	22 (54)	9 (60)
Supérieure	14 (25)	11 (27)	3 (20)
Situation familiale	88	68	20
Single	66 (75)	54 (79)	12 (60)
Nombre d'enfants	1 (0-2)	1 (0-2)	1 (0-2)
Conditions de vie en France			
Durée de résidence en France, mois	19 (11-31)	21 (11-33)	15 (10-18)
<2 ans	50/80 (63)	36/62 (58)	14/18 (78)
Logement			
Stable	33 (37)	27 (39)	6 (30)
Instable	47 (53)	39 (57)	8 (40)
Aucun	9 (10)	3 (4)	6 (30)
Emploi	85	66	19
Formel	5 (6)	4 (6)	1 (5)
Informel	11 (13)	10 (15)	1 (5)
Aucun	66 (78)	50 (76)	16 (84)
Formation en cours	3 (3)	2 (3)	1 (5)
Statut administratif	84	65	19
Titre de séjour ou carte de résident	9 (11)	8 (12)	1 (5)
Demande en cours**	48 (57)	36 (55)	12 (63)
Aucun droit ni demande	27 (32)	21 (32)	6 (32)
Couverture maladie	84	65	19
Oui	63 (75)	52 (80)	11 (58)
Isolement social et relationnel	62/87 (71)	47/67 (70)	15/20 (75)
Etat de santé et antécédents			
Antécédents médicaux	25 (28)	20 (29)	5 (25)
Infection virale chronique	27/87 (31)	21/67 (31)	6/20 (30)
VIH	23/87 (26)	20/67 (30)	3/20 (15)
VHB	5/87 (6)	2/67 (3)	3/20 (15)
Douleur chronique	49/86 (57)	40/66 (61)	9/20 (45)
Symptômes psychiatriques			
PTSD	56/83 (67)	43/63 (68)	13/20 (65)
Anxiété	18/82 (22)	14/62 (23)	4/20 (20)
Dépression	28/83 (34)	25/63 (40)	3/20 (15)
Mutilation génitale féminine	–	39/65 (60)	–
Contraception	–	8/66 (12)	–
Antécédent d'IVG	–	18/67 (27)	–

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (pourcentage) et variables continues exprimées en médiane (Q1-Q3)

* Pays : selon délimitation régionale ONU. ** Demande d'asile, de titre de séjour. IVG : interruption volontaire de grossesse ; PTSD : syndrome de stress post-traumatique; VHB : virus de l'hépatite B; VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table 2. Eléments liés à la décision d'immigrer, parcours migratoire et violences vécues

Factor	Total	Women	Men
Cause d'exil*	83	50	19
Violences intra-familiales, menace d'excision pour une enfant, mariage forcé	53 (64)	41 (64)	12 (63)
Violences intraconjugales	21 (25)	21 (32)	0 (0)
Menace d'excision	8 (10)	8 (12)	0 (0)
Contexte local (politique, religieux, crise humanitaire)	22 (26/7)	16 (25)	6 (31)
Regroupement familial, études, soins médicaux, raison économique	12 (14)	8 (11)	4 (21)
Homophobie	8 (10)	3 (5)	5 (26)
Embrigadement dans un réseau de traite	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Parcours migratoire	69	51	18
Complexe	58 (84)	41 (80)	17 (94)
Durée du trajet, mois	12 (4-28)	12 (4-26)	11 (3-33)
Nombre de pays traversés	4 (2-4)	4 (3-4)	4 (2-4)
Passage par la Libye	26/48 (45)	17/41 (41)	9/17 (53)
Emprisonnement	18/42 (43)	8/26 (31)	10/18 (56)
Violence			
Violence pendant la migration	47/69 (68)	34/52 (65)	13/17 (76)
Violence déclarée en France	20/88 (23)	19/68 (28)	1/20 (5)
Sexe transactionnel actuel ou passé	16/86 (19)	13/66 (20)	3/20 (15)

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (pourcentage) et variables continues exprimées en médiane (Q1-Q3)

*Plusieurs causes possible par individu

Table 3. Facteurs associés aux violences vécues par les femmes en France, (N=68), Parcours 2018–2021

Facteur : violence en France	Oui, n = 19 ¹	Non, n = 49 ¹	p-value ²
Catégorie d'âge			>0.9
<30 ans	9 (47)	23 (47)	
≥30 ans	10 (53)	26 (53)	
Nécessité d'interprétariat	1 (5.3)	6 (12)	0.7
Education supérieure	0/12 (0)	11/29 (38)	0.02
Emploi dans le pays d'origine	0/8 (0)	14/31 (45)	0.03
Durée de résidence en France	17	44	0.9
<2 ans	10 (59)	25 (57)	
Statut administratif	18	47	0.4
Titre de séjour	2 (11)	6 (13)	
Demande en cours	8 (44)	28 (60)	
Aucun droit au séjour	8 (44)	13 (28)	
Couverture maladie	14/18 (78)	38/46 (83)	0.7
Hébergement			0.03
Stable	1 (5.3)	2 (4.1)	
Instable	3 (16)	24 (49)	
Aucun	15 (79)	23 (47)	
Emploi déclaré	2/19 (10)	4/46 (8.7)	>0.9
Isolement social	14/18 (78)	32/48 (67)	0.4
Trajet migratoire complexe	15/15 (100)	26/36 (64)	0.02
Violence pendant la migration	12/13 (92)	22/39 (56)	0.02
Sexe transactionnel (actuel ou passé)	8/19 (42)	5/49 (10)	<0.001

¹ Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (%)

²Pearson's chi-squared test; Fisher's exact test

Abbreviations: PTSD: post-traumatic stress disorder; HBV: hepatitis B virus; HIV: human immunodeficiency virus.

Table 4 Évolution de la situation sociale entre l'entrée dans le dispositif et à 18 mois (ou aux dernières nouvelles si sortie avant) (N=89), Dispositif Parcours, 2018-2021

Social situation	N = 89	
	Inclusion	Last up-date
Statut administratif	84	84
Titre de séjour ou carte de résident	9 (11)	25 (30)
Demande en cours	48 (57)	23 (27)
Aucun droit au séjour	27 (32)	36 (43)
Couverture maladie	63/84 (75)	68 /80 (85)
Hébergement	89	83
Stable	33 (37)	44 (53)
Instable	47 (53)	34 (41)
Aucun	9 (10)	5 (6)
Emploi	85	79
Formel	5 (6)	9 (11)
Informel	11 (13)	18 (23)
Aucun	66 (78)	46 (58)
En formation	3 (3.5)	6 (8)

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (pourcentage) et variables continues exprimées en médiane (Q1-Q3)

Les dénominateurs sont précisés quand il y a des valeurs manquantes. Un suivi complet est défini comme durant 18 mois ou plus, ou un suivi planifié de la structure.

Table 5a: Facteurs associés à la sortie de la précarité administrative et à une couverture maladie, après 18 mois de suivi (ou aux dernières nouvelles), Dispositif Parcours, 2018-2021

Facteur	Titre de séjour			Couverture maladie		
	Non, n = 59	Oui, n = 25	p-value ²	Non, n = 12	Oui, n = 68	p-value ¹
Sexe			0.8			0.7
Homme	13 (22)	6 (24)		2 (17)	18 (26)	
Femme	46 (78)	19 (76)		10 (83)	50 (74)	
Catégorie d'âge			0.6			0.9
<30	27 (46)	10 (40)		5 (42)	30 (44)	
≥30	32 (54)	15 (60)		7 (58)	38 (56)	
Nécessité de traduction	6 (10)	4 (16)	0.5	0 (0)	10 (15)	0.3
Durée de vie en France			>0.9			0.8
<2 ans	33/53 (62)	14/23 (61)		8/12(6 7)	36/60(60)	
Statut administratif (inclusion)	55	25	<0.001	12	64	0.11
Titre de séjour	1 (1.8)	8 (32)		0 (0)	9 (14)	
Demande en cours	28 (51)	16 (64)		5 (42)	37 (58)	
Aucun droit au séjour	26 (47)	1 (4.0)		7 (58)	18 (28)	
Hébergement (inclusion)			0.7			0.9
Aucun	7 (12)	2 (8.0)		1 (8.3)	7 (10)	
Instable	20 (34)	11 (44)		5 (42)	22 (32)	
Stable	32 (54)	12 (48)		6 (50)	39 (57)	
Emploi (inclusion)	2/57 (3.5)	5/24 (21)	0.02	0/11 (0)	7/66 (11)	0.6
Couverture maladie (inclusion)	39/56 (70)	21/24 (88)	0.09	8/12 (67)	48/65 (74)	0.7
Violence en France	13/57 (22)	5/25 (20)	0.8	4/12 (33)	14/67 (21)	0.5
PTSD	44/56 (79)	11/24 (46)	0.01	7/11 (64)	44/63 (70)	0.7
Trajet migratoire complexe	27/35 (77)	11/14 (79)	>0.9	5/6 (83)	32/41 (78)	>0.9
Violence pendant la migration	34/48 (71)	11/18 (61)	0.5	8/10 (80)	34/53 (64)	0.5
Accès à un hébergement stable	26/56 (46)	16/24 (67)	0.10	6/12 (50)	34/63 (54)	0.8
Accès à un emploi stable	5/53 (9.4)	9/22 (41)	0.003	0/11 (0)	14/62 (23)	
Accès à un titre de séjour	-	-	-	1/11 (9.1)	23/66 (35)	0.2
Accès à une couverture maladie	43/53 (81)	23/24 (96)	0.2	-	-	-

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (%)

¹Pearson's chi-squared test; Fisher's exact test

Abbreviations: PTSD: post-traumatic stress disorder

Table 5b: Facteurs associés à la sortie de la précarité résidentielle et à l'emploi, après 18 mois de suivi (ou aux dernières nouvelles), Dispositif Parcours, 2018-2021

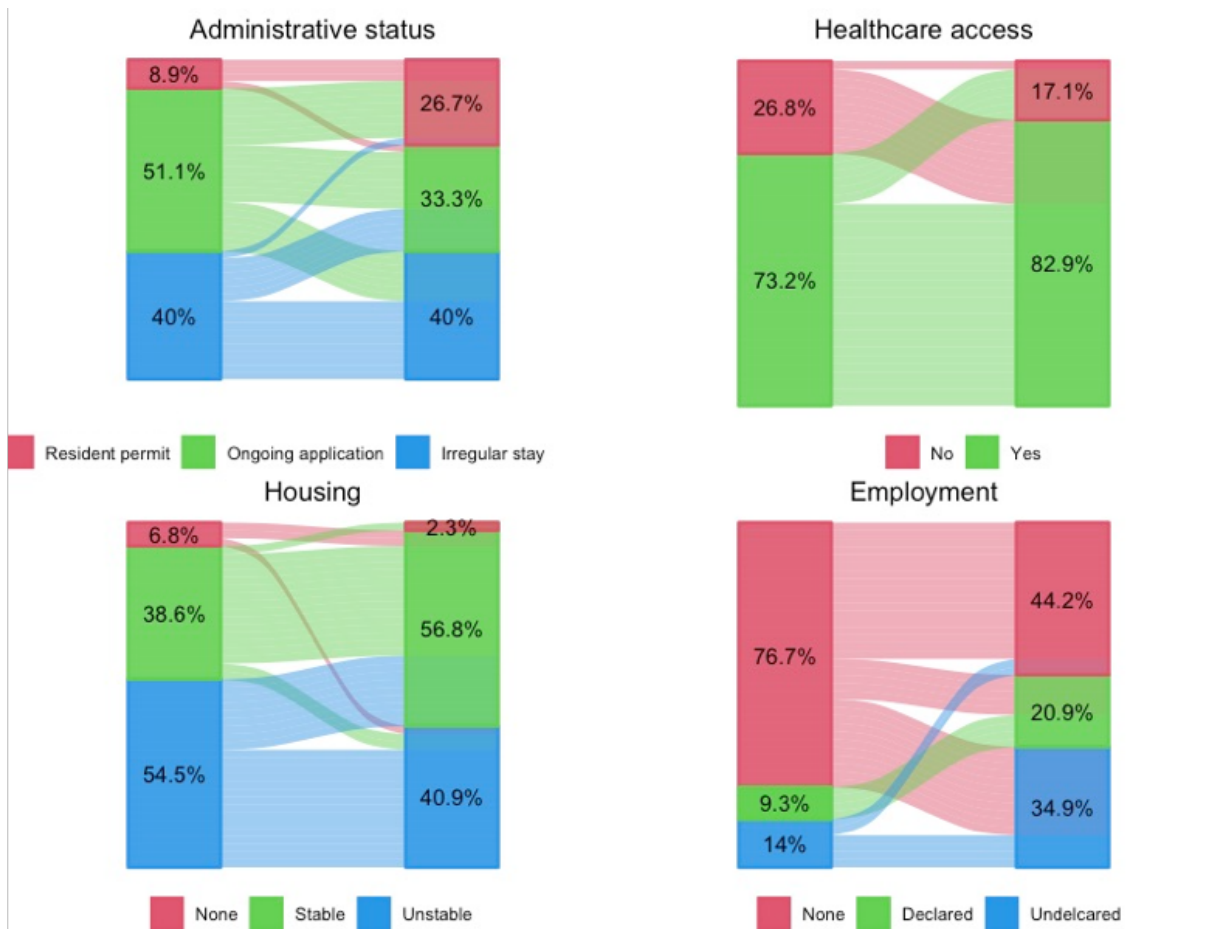
Factor	Hébergement stable			Emploi ou formation		
	Non, <i>n</i> = 39	Oui, <i>n</i> = 44	<i>p</i> -value ¹	Non, <i>n</i> = 64	Oui, <i>n</i> = 15	<i>p</i> -value ¹
Sexe			0.11			>0.9
Homme	12 (31)	7 (16)		16 (25)	3 (20)	
Femme	27 (69)	37 (84)		48 (75)	12 (80)	
Catégorie d'âge			>0.9			0.5
<30	18 (46)	20 (45)		28 (44)	5 (33)	
≥30	21 (54)	24 (55)		36 (56)	10 (67)	
Nécessité de traduction	4 (10)	6 (14)	0.7	9 (14)	1 (6.7)	0.7
Durée de vie en France	35	41	0.06	58	13	0.6
<2 ans	26 (74)	22 (54)		36 (62)	7 (54)	
Statut administratif (inclusion)	37	41	0.5	61	13	0.047
Titre de séjour	2 (5.4)	5 (12)		4 (6.6)	4 (31)	
Demande en cours	20 (54)	24 (59)		36 (59)	5 (38)	
Aucun droit au séjour	15 (41)	12 (29)		21 (34)	4 (31)	
Hébergement (inclusion)			<0.001			0.04
Aucun	6 (15)	3 (6.8)		8 (13)	1 (6.7)	
Instable	3 (7.7)	27 (61)		16 (25)	9 (60)	
Stable	30 (77)	14 (32)		40 (63)	5 (33)	
Emploi (inclusion)	2/39 (5.1)	6/42 (14)	0.3	0/63 (0)	8/15 (53)	<0.001
Couverture maladie (inclusion)	28/37 (76)	32/42 (76)	>0.9	45/61 (74)	10/13 (77)	>0.9
Violence en France	11/38 (29)	8/44 (18)	0.2	14/63 (22)	4/15 (27)	0.7
PTSD	27/38 (71)	27/41 (66)	0.6	44/59 (75)	6/14 (43)	0.029
Trajet migratoire complexe	17/24 (71)	22/26 (85)	0.2	30/39 (77)	5/6 (83)	>0.9
Violence pendant la migration	20/31 (65)	24/34 (71)	0.6	33/49 (67)	7/11 (64)	>0.9
Accès à un hébergement stable	-	-	-	27/61 (44)	12/15 (80)	0.013
Accès à un emploi stable	3/37 (8.1)	12/39 (31)	0.01	-	-	-
Accès à un titre de séjour	8/38 (21)	16/42 (38)	0.10	13/61 (21)	9/14 (64)	0.7
Accès à une couverture maladie	29/35 (83)	34/40 (85)	0.8	48/59 (81)	14/14 (100)	0.1

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (%)

¹Pearson's chi-squared test; Fisher's exact test

Abbreviations: PTSD: post-traumatic stress disorder

Figure 2 : Évolution de la situation sociale après 18 mois de suivi au sein du dispositif (ou aux dernières nouvelles) (N=89), Dispositif Parcours, 2018-2021



Appendix

Table S1. Parcours de soins au sein du dispositif

	Total N = 89	Women N = 69	Men N = 20
Adressé par	84	64	20
Service de maladies infectieuses	35 (42)	25 (39)	10 (50)
Autre service/médecin	26 (31)	19 (30)	7 (35)
Association ou ONG	8 (9)	7 (11)	1 (5)
Avocat.e	13 (15)	12 (19)	1 (5)
Autre	2 (2)	1 (2)	1 (5)
Nombre de consultation	88	68	20
Avec un docteur	5 (3-7)	6 (4 - 8)	5 (3-6)
En Hôpital de jour	1 (1-4)	1 (1-2)	1 (1-2)
Consultations			
Psychologue,	88	68	19
≥1 consultations	76 (86)	60 (88)	16 (80)
≥2 consultations	56 (64)	44 (65)	12 (60)
Gynécologue ou sage-femme		69	
≥1 consultations	–	54 (78)	–
≥2 consultations	–	25 (36)	–
Médecin de la douleur			
≥1 consultations	60 (67)	48 (69)	12 (60)
≥2 consultations	28 (31)	25 (36)	3 (15)
Urologue			
≥1 consultations	12 (13)	11 (16)	1 (5)
≥2 consultations	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Assistante sociale	86	66	20
≥1 consultations	67 (78)	51 (77)	16 (80)
≥2 consultations	52 (60)	39 (59)	13 (65)
Médiateur en santé			
≥1 consultations	59 (66)	41 (59)	18 (90)
≥2 consultations	40 (45)	30 (43)	10 (50)
Juriste			
≥1 consultations	23 (26)	16 (23)	7 (35)
≥2 consultations	3 (3)	2 (3)	1 (5)
Participation aux ateliers	43/83 (52)	35/63 (56)	8/20 (40)
Adressé à :			
Un médecin généraliste	38/75 (51)	28 (48)	10 (59)
Une ou plusieurs associations	71/84 (85)	56/65 (86)	15/19 (79)

Les variables catégorielles sont exprimées en effectif (pourcentage) et variables continues exprimées en médiane (Q1-Q3). Les dénominateurs sont précisés quand il y a des valeurs manquantes.

2.3 Article en anglais

Healthcare for Migrants Who Have Suffered Sexual Violence: An Innovative Approach to Facilitating Autonomy

Authors: Chouaïd A, Tantet C, Antonioz A, Vignier N

Introduction

The phenomenon of international migration is an evolving process on a global and European scale, that has significant impact on the immigrants' health and generates numerous public health issues (1). France is a country of immigration, with 7 million immigrants in 2022, representing 10% of the total population (2). Herein, "immigrant" is defined as a person born abroad and residing in France (3). This encompasses a wide variety of situations, countries of origin, reasons for migration and living conditions in the host country. Unevenly distributed across the country, 37% of immigrants live in the Île-de-France region (2). In 2022, 51% of all immigrants in France were women. Historically, female migration was primarily associated with family reunification. However, increasing numbers of women are now migrating independently or with their children.

Many refugees experience a confluence of social vulnerability factors, encompassing physical, sexual and psychological violence, along with institutional, administrative and economic forms of violence. Upon arrival in the country of settlement, the socioeconomic difficulties encountered, such as food insecurity, poverty and precarious accommodations, in addition to the administrative insecurity and social and relational isolation, contribute to deterioration in their health status. Therefore, access to healthcare becomes a critical concern.

Despite the theoretical existence of universal health protection in France (4), numerous researchers have reported the difficulties accessing healthcare of migrants in precarious situations (5,6). Those difficulties are associated with lack of healthcare insurance and knowledge about the relevant procedures, and fear of administrative control or discrimination by medical practitioners (5,7). Those challenges are further complicated by the intricacy of administrative processes and the narrowing of admission criteria observed in France since the 1970s.

Recent study results highlighted a range of immigrant-specific health issues that are

influenced by the epidemiological profile of their country of origin and their socioeconomic circumstances. Infectious diseases, including sexually transmitted infections (STIs) (e.g., human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis B virus (HBV)) (8), tuberculosis (9), and certain cancers linked to infectious agents (10–12), are more prevalent in this population. In France, as in other European countries, a significant percentage of HIV infections are acquired in the host country, linked to situations of socially determined sexual vulnerability (13). Diagnosis is frequently delayed, which has an impact on starting treatment, the control of secondary virus transmission and mortality (14). The prevalences of psychological disorders in this population, including depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD) and psychosomatic disorders, is also elevated (15,16).

This vulnerability is even more marked among women, who are the primary victims of gender-based violence, e.g. physical and psychological abuse, female genital mutilation (FGM), forced marriage, abortion or forced sterilization. Indeed, scholars frequently cited those aggressions as reasons for exile and asylum. Moreover, research indicates the rape rate among asylum seekers is 18 times higher than in the general population, respectively, estimated to be 4.8% and 0.26% annually (17). The risk of sexual assault is also elevated, being 9 times higher than in the general population (26.3% versus 2.9% annually). Such violence has a detrimental impact on women's health, impeding their access to healthcare (18): significant numbers of exiled women seek emergency healthcare services but tend to otherwise avoid the healthcare system (7).

That context makes the responses of the social and healthcare systems, and their respective professionals, pivotal players. Nevertheless, violence against women, particularly FGM, is rarely discussed in consultations, or is discussed by professionals who lack the requisite training to provide adequate assistance (19).

This confluence of vulnerabilities, linked to exile, violence and living conditions in the host country, justifies the need for specific care to accompany immigrants. In this context, the "Parcours" structure was established in two north Parisian infectious diseases units, one in 2017 (Hôpital Bichat) and the other in Seine–Saint-Denis since 2018 (Hôpital Avicenne). The model was derived from the "one-stop center" (OSC) approach, previously implemented at Panzi Hospital in the Democratic Republic of Congo, which offers sexual violence survivors integrated medical, psychosocial and legal assistance (20). The overarching objective of the Parcours program is to foster the empowerment of female migrants. It offers comprehensive

support to women, who have experienced sexual violence during their migratory route and remain outside the scope of health and administrative structures. At the time of the study, the structure was also open to men. The program encompasses individual follow-up, including a health check-up (vaccination update, screening for STIs), psychological, sexological, gynecological and pain assessment. Social and legal assessments and support services were established in 2021 to update health-coverage rights (Aide Médicale de l'État (state-funded medical aid) or Assurance maladie and Complémentaire Santé Solidaire (complementary healthcare coverage)), as well as residency rights (asylum application or residency permit filing and appeals). A professional interpreter is available by telephone. The service provides support a social worker and a health mediator to help individuals with their administrative formalities and their care, in- and out-of-hospital. Moreover, the program offers group support through workshops focusing on well-being and reappropriation of the body. These include dance therapy, socio-esthetics, sport, theater and photography. For women who have undergone FGM, psychological, sexological and possibly surgical support is offered. Following this initial assessment, individuals are followed according to their needs, usually over a prolonged period.

The objective of this study was to describe the sociodemographic characteristics, health status and health determinants of the individuals managed by the *Parcours* program during its first 3 years. The secondary objectives were to describe the care pathways followed by these individuals, their adherence to the program and changes in their social and legal situations as a result of the support provided.

Methods

This single-center, retrospective, cohort study was conducted in the Infectious and Tropical Diseases Department of Avicenne Hospital, which houses the “*Parcours*” functional unit. The study covers every individual who contacted the structure between 1 January 2018 and 31 July 2021, except individuals who opposed the collection and use of their data and those who only had one consultation and no subsequent follow-up. The data were extracted from medical files, anonymized and collated in a centralized, secure Excel spreadsheet. The following sociodemographic and medical Information was collected at inclusion in the *Parcours* program and at 18-month follow-up (or at the last update in the event of follow-up

terminated early): consisting of reasons for migration; migratory route; violence suffered; clinical and psychological complications observed; administrative, social, and family situation in France; medical, including gynecological and sexual, history. A description of care pathways is provided: screening for STIs and human papillomavirus (HPV) infection, the number of medical, psychological and sexological consultations, social and legal support, and participation in group workshops. A notable problem was the number of data missing in the files, especially at the beginning.

The social analysis focused on trends in health coverage, housing, professional activity and residency statutes. The various accommodation types were categorized as follows: “stable” refers to personal housing or in a migrant hostel; “precarious” describes emergency lodgings or with a friend or compatriot; and “no housing” corresponds to living on the streets. Access to health coverage is defined as either having health insurance (including the complementary healthcare coverage) or receiving state medical aid. A “simple” migration is the individual's direct arrival in France by plane. Other migration, requiring more than 1 month and which crossing more than one country, is considered “complex”. When follow-up lasted <18 months, the most recent consultation was considered.

Results are expressed as number (percent) for categorical variables and as median [interquartile range (Q1-Q3)] for continuous variables. Comparative analyses were computed using RStudio software. A logistic-regression model was used to analyze potential associations between individuals' characteristics: experiencing violence in France or access to healthcare coverage, authorized residency and work, and stable housing during follow-up.

This study was conducted in accordance with the CNIL (French National Data-Protection Authority) methodology MR004 for the processing of personal data for the purposes of study, evaluation or research not involving the human person. The Hôpitaux Universitaires Paris Seine Saint-Denis (HUPSSD) Local Ethics Committee for Clinical Research (CLEA) approved the project on 28/10/2022 (approval no. CLEA-2022-281). In accordance with French law, an individual's non-opposition to personal information collection was obtained.

Results

Among the 89 individuals welcomed into the Parcours structure between 1 January 2018 and 31 July 2021 (**Table 1**), 63 (71%) were from West Africa, median age 32 (IQR) [26-37] years,

predominantly women (69/89, 78%), 75% (66/88) were single, 33% (24/72) could neither read nor write, and only 25% (14/56) had completed higher education.

Being in France for a median of 19 [11;31] months, 63% the majority reported precarious living conditions (Table 1). Notably, only 37% (33/89) had secure housing arrangements, 19% (16/85) were employed (legally or not), 71% (62/87) were socially isolated, 32% (27/84) were undocumented immigrants, 57% (48/84) had a pending residency application, only 11% (9/84) had valid residency papers, 25% (21/84) lacked health insurance. Chronic HIV and HBV infection rates were 26% (23/87) and 6% (5/87), respectively.

FGM was noted in 60% (39/65) of women. Based on medical records, 67% exhibited psychiatric symptoms suggestive of PTSD, 34% depressive symptoms, 22% anxiety symptoms and 57% (49/86) reported chronic pain (Table 1).

For most participants, multiple factors contributed to the decision to migrate (**Table 2**). The most frequently cited reasons were intra-family violence (64%, 53/83), domestic violence (25%, 21/83), and local political and religious context (27%, 22/83). Women were more often exposed to domestic violence and threats of genital mutilation (32% and 12%, respectively). Among the male respondents, 26% (5/19) cited homophobia as a reason for exile. Medical, economic or educational reasons were less frequently mentioned.

Migration data were available for 69 of the 89 individuals. Only a minority (16%, 11/69) had a direct migratory route, with a flight from their home country to France. For the others, migration journeys were complex, lasting a median of 12 [4-28] months and crossing a median of 4 [2-4] countries, 54% passing through Libya, and 43% were imprisoned; 68% reported experiencing violence during the journey, and 23% (28% of women and 5% of men) reporting violence since their arrival in France. Nineteen percent of women reported engaging in transactional sex, either during the journey or since arriving in France.

A median of one day was spent in the dedicated functional unit, with five additional consultations with the referring physician (**Appendix, Table S1**). In addition to medical care, the first 18 months of follow-up (or follow-up until the last update) included support from the facility's psychologist (86%, 76/88), social worker (78%, 67/86), health mediator (66%, 59/89) and legal counsel (26%, 23/89). Medical consultations provided an opportunity for preventive action to screen for STIs in 86% (59/69) of individuals. In addition, chronic HIV, HBV or HCV infections were diagnosed in six people (6/69, 9%). Vaccinations were updated for 82% (67/82) of participants. Seventy-eight (54/69) of female participants underwent a

gynecological examination, and 72% (43/60) underwent screening for cervical cancer; 22% of those tests yielded pathological results, but no cancer was diagnosed. Seven individuals (five women and two men, representing 10% and 18% of individuals living without HIV, respectively) were deemed eligible for pre-exposure prophylaxis against HIV infection (PrEP), which was prescribed to four of them (three women and one man). Sixty-three percent (43/68) of the study population participated in the group workshops. The program facilitated integration into the standard healthcare system, with 51% (38/75) and 85% (71/84) of participants referred to a general practitioner or local associations, respectively.

Follow-up lasted less than 18 months for 44% (39/89) of the participants; three participants were unable to attend follow-up appointments due to geographical distance. An additional 18 individuals (i.e., 21% of the study cohort) were lost-to-follow-up. Their median follow-up time was 7 (range 4–11) months. Among those 'lost' 18 participants, 14 (78%) were men and 4 (22%) were women. Eighteen (18/89, 20%) other participants had scheduled follow-up ended before 18 months; the team felt that they had sufficient resources to continue their treatment in the conventional healthcare system.

Figure 2, depicting the complexity of the paths taken, illustrates the social environment evolution after 18 months of follow-up, or at last update. The percentages of people with a temporary or permanent residency card rose from 8.5% to 26%; they either already had a residency permit or a subsequently successful pending application at inclusion. Undocumented immigrants, with neither residence permit nor current application, were unlikely to obtain papers within 18 months. Similarly, although the percentage of people with access to healthcare coverage increased (from 75% to 84%), some individuals lost access during follow-up. That situation reflects participants' administrative precariousness. The same pattern was observed for access to employment and housing: after 18 months of follow-up, 14% of participants were stably employed (versus 8.7% at inclusion) and 56.8% had stable housing (versus 38.8% at inclusion). **Table 4** shows the evolution of these social situations, according to the completeness of follow-up.

According to univariate analysis, migratory-journey complexity, violence during the migration, lack of stable housing and lack of stable employment were significantly associated with a higher risk of violence in France (**Table 3**). Finally, transactional sex was strongly associated with the risk of violence in France.

Notably, initial employment status and employment status at the end of follow-up

were the factors most closely associated with acquisition of a residency permit at 18 months (**Table 5**). The factors most closely associated with having authorized residency at 18 months were already having an accommodation at inclusion, and those associated with having declared employment at the end of follow-up included having stable employment and accommodation at the start. The only factor statistically associated with achieving housing security was having a stable employment (**Table 6**). Similarly, having a stable employment at the end of the follow-up was associated with having a stable housing. Additionally, individuals exhibiting symptoms suggestive of PTSD were less likely to obtain authorized residency and a employment after 18 months of follow-up (Table 5 and 6).

Discussion

Our results demonstrate that the Parcours program serves a particularly vulnerable population, which is often excluded or overlooked in research studies. Vulnerabilities are cumulative: 63% lack stable accommodation, 89% are without authorized residency, 57% suffer from chronic pain, and 67% display PTSD symptoms. Finally, 68% experienced violence during their migratory journey and 23% were victims of violence in France. This population's considerable precariousness was previously identified by others (14,17,21). According to a 2023 study conducted on 273 female asylum-seekers in southwestern France, only 23% were undeclared or contractual work and only 8% had access to stable housing.

Detection of HIV and HBV infections, respectively 26% and 6% among the study participants, can be attributed to Parcours affiliation with an infectious disease department and its practitioners' awareness of complex and violent migration patterns. A 2019 survey of 1223 individuals eligible for the State Medical Aid revealed that 8% reported an infectious disease (21), which contrasts with the 31% observed in the overall study population.

Psychiatric symptoms were present for 84% of our population, a rate considerably higher than previously reported. A meta-analysis of almost 7000 adult refugees living in seven high-income countries (Europe and North America) suggests that approximately one in ten adults has PTSD, and one in twenty has severe depression (16). Authors of the "Premiers pas" survey estimated that 16% of their undocumented-immigrant participants had PTSD and/or depression (22).

A substantial percentage of the women in our study cited sexual violence as the

primary cause for their decision to seek exile. For 68% of them, the violence was perpetrated during the journey, with 23% also experiencing further violence in France. The results of this analysis suggest that women whose migration was motivated by gender-based violence in their home country are more often confronted with violence, particularly sexual violence, after migration. This association was previously reported by the French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis (ANRS) in their study on migrant women from sub-Saharan Africa living in the Île-de-France region and is illustrative of the continuum of violence (23). Those findings demonstrated that women who migrated to France due to threats to their safety and well-being in their country of origin were five times more likely to experience forced sexual intercourse in France than those who immigrated for family reunification. Authors of a more recent study also found that the risk of sexual abuse in France was 4.6-fold higher times among women who had been sexually abused prior to arrival (17). Thus, it is imperative to pay particular attention to the circumstances of departure and migratory journeys, to identify those individuals particularly susceptible to violence in France and assure their enhanced support, starting by providing stable housing.

Several studies conducted in host countries emphasized the association between housing insecurity and the occurrence of sexual violence. According to the ANRS study, women who lack secure housing are approximately four times more susceptible to sexual violence than other female (13). In a study on 273 individuals, homeless women were 2.6 times more likely to experience sexual harassment than other women (17). Finally, results of qualitative studies on migrant women have indicated that adverse living conditions may contribute to sexual harassment and transactional sex in exchange for essential goods or lodgings (24). Hence, the most effective means of avoiding the consequences of gender-based violence appear to be preferential support of financial autonomy and accommodation. That observation led to Parcours-program reinforcement after 2020, with the addition of social-legal support (legal aid and health mediator).

Due to the multitude of vulnerabilities they encounter (medical, social and administrative), individuals supported by Parcours represent a challenge for the French healthcare system. Accompanying people in these complex situations requires time, attention and coordinated specific care, managed by trained professionals.

Parcours was inspired by OSCs. Since the early 2000s, OSCs have emerged as a pioneering model of care for women survivors of gender-based violence in low-income

countries (25). This is worth emphasizing, as it is still rare to see a high-income country set up a public health initiative based on the example of a low-income country. These individuals often require access to multiple services (medical, social, legal, psychological) located in different sites, frequently requiring them to retell their traumatic experiences, with the potential for secondary victimization (20). The anticipated outcomes of the OSC model are enhanced accessibility, acceptability, quality and multisectoral coordination of care, thereby reducing the retraumatization of survivors. A report published in 2020 provided a comprehensive review and summary of the literature on these structures (25), and their implementation across 80 countries indicates a beneficial impact on the health of local communities, but a lack of studies on CSO evaluation.

After 18 months of follow-up, only 30% of individuals obtained authorized residency or were granted asylum, while 53% secured stable accommodation. Those rates highlight the geographical and administrative instability that characterizes the lives of these individuals. According to the ANRS study on immigrants from sub-Saharan Africa living in the Île-de-France region, it typically takes 7 years for men and 6 years for women to being settled into their new life, defined as access to stable housing, employment and authorized residency valid for at least 1 year (26).

Our study has several limitations. Its timeline focus was limited to the first 3 years of program operation, thereby precluding the possibility of long-term impact assessment. The study sample was relatively small, and the data were collected retrospectively from medical records, which might underestimate certain factors, such as violence, which may not have been documented in consultation notes. Finally, the study does not fully account for recent *Parcours* changes (broader care provisions and standardization of information collection) and to the public it serves (migrants with increasingly complex situations). However, the study established the characteristics of the people cared for, the complexity of their situations and contributed to revising the design of a forward-looking evaluation.

Conclusion

Parcours addresses the needs of vulnerable individuals with violent and traumatic backgrounds who are living in extremely precarious and insecure situations once they arrive in France. To better assess the program's impact on the health of this population, it is essential to implement standardized prospective data collection and long-term monitoring.

References

1. Anita Davies, Anna Basten, Chiara Frattini. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants [Internet]. Migration Health Research Portal; 2009 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://migrationhealthresearch.iom.int/migration-social-determinant-health-migrants>
2. L'essentiel sur... les immigrés [Internet]. INSEE; [cited 2023 Nov 27]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#graphique-Fcontinent_radio1
3. Définitions [Internet]. INSEE; [cited 2023 Nov 29]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
4. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medecale-etat-soins-urgents>
5. Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. 2019. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France: premiers enseignements de l'enquête Premiers pas [Internet]. 2019. Available from: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medecale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>
6. Mioara Predescu. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQUEST [Internet]. European commission; 2008 [cited 2023 Nov 27]. Available from: https://www.academia.edu/109813808/Quality_in_and_Equality_of_Access_to_Healthcare_Services?uc-sb-sw=7380543
7. Poncet L, Andro A. Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France. Popul Vulnérables [Internet]. 2022 Dec 14 [cited 2023 Dec 1];(8). Available from: <http://journals.openedition.org/popvuln/4044>
8. Epidemiological assessment of hepatitis B C among migrants in the EU/EEA [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 [cited 2023 Dec 1]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/epidemiological-assessment-hepatitis-b-and-c-among-migrants-eueea>
9. De Vito E, De Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. World Health Organisation Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; (2015).
10. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. Eur J Cancer 2010; 46(14):2647-59.
11. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/étude médico-économique/Phase 1 [Internet]. INCa; 2016 [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des->

12. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PloS One*. 2014;9(1):e87046.
13. Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Loû A., Parcours study group Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant females in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16–e23.
14. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2015;20(46).
15. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 2005 Apr 9;365(9467):1309–14.
16. Lindert J, Ehrenstein OSV, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2009 Jul;69(2):246–57.
17. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health - Eur*. 2023 Nov;34:100731.
18. La lettre de l'Asile et de l'Intégration. Zoom sur le parcours migratoire : les femmes face à des risques liés à leur genre [Internet]. France Terre d'Asile; 2018 [cited 2023 Nov 28] p. (84):5. Available from: https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/ba0549-FranceTA_Lettre_asile_84-WEB.pdf
19. Tantet C, Aupiais C, Bourdon M, Sorge F, Pagès A, Levy D, et al. Female genital mutilation: an evaluation of the knowledge of French general and specialized travel medicine practitioners. *J Travel Med [Internet]*. 2018 Jan 1 [cited 2023 Nov 30];25(1). Available from: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/tax090/4819271>
20. Mukwege D, Berg M. A Holistic, Person-Centred Care Model for Victims of Sexual Violence in Democratic Republic of Congo: The Panzi Hospital One-Stop Centre Model of Care. *PLOS Med*. 2016 Oct 11;13(10):e1002156.
21. Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Sarhiri J, Wittwer J. Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France. *Health Econ Policy Law*. 2023 Jan;18(1):32–48.

22. Prieur C, Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Wittwer J, Guillaume S. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. *Quest Déconomie Santé*. 2022 Mar;(266):8p.
23. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées Du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018 Jan;3(1):e16–23.
24. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015 Apr;385(9977):1567–79.
25. Olson RM, García-Moreno C, Colombini M. The implementation and effectiveness of the one stop centre model for intimate partner and sexual violence in low- and middle-income countries: a systematic review of barriers and enablers. *BMJ Glob Health*. 2020 Mar;5(3):e001883.
26. Gosselin A, Desgrées Du Loû A, Lelièvre É. L'installation en France au fil des décennies : la situation a-t-elle évolué ? : In: *Parcours* [Internet]. La Découverte; 2017 [cited 2024 Mar 18]. p. 53–72. Available from: <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres-2017--9782707196453-page-53.htm?ref=doi>

Table 1. Sociodemographic characteristics of the recent immigrants at Parcours inclusion

Characteristic	Total <i>N</i> = 89	Women <i>n</i> = 69	Men <i>n</i> = 20
Sociodemographic			
Age (years)	32 [26-37]	31 [25-37]	32 [29-35]
<30	38 (43)	32 (46)	6 (30)
≥30	51 (57)	37 (54)	14 (70)
Home country ¹			
Africa	86 (97)	68 (99)	18 (90)
West Africa	63 (71)	50 (72)	13 (65)
North Africa	2 (2)	2 (3)	0 (0)
Other	21 (23)	16 (23)	5 (25)
Asia	3 (3)	1 (1)	2 (10)
Translator needed	10 (11)	7 (10)	3 (15)
Illiterate	24/72 (33) ²	16/54 (30)	8/18 (44)
Education,	56	41	15
None	11 (20)	8 (20)	3 (20)
Primary and/or secondary	31 (55)	22 (54)	9 (60)
Superior	14 (25)	11 (27)	3 (20)
Marital status	88	68	20
Single	66 (75)	54 (79)	12 (60)
Number of children	1 [0-2]	1 [0-2]	1 [0-2]
Living conditions in France			
Months residing in France	19 [11-31]	21 [11-33]	15 [10-18]
<24	50/80 (63)	36/62 (58)	14/18 (78)
Housing			
Stable	33 (37)	27 (39)	6 (30)
Unstable	47 (53)	39 (57)	8 (40)
None	9 (10)	3 (4)	6 (30)
Employment	85	66	19
Declared	5 (6)	4 (6)	1 (5)
Undeclared	11 (13)	10 (15)	1 (5)
None	66 (78)	50 (76)	16 (84)
Training	3 (4)	2 (3)	1 (5)
Administrative status	84	65	19
Residency authorization	9 (11)	8 (12)	1 (5)
Application (asylum, residency authorization)	48 (57)	36 (55)	12 (63)
No residency rights	27 (32)	21 (32)	6 (32)
Had healthcare coverage	63/84 (75)	52/65 (80)	11/19 (58)
Social isolation	62/87 (71)	47/67 (70)	15/20 (75)
Health and medical history			
Medical history	25 (28)	20 (29)	5 (25)
Chronic infection	27/87 (31)	21/67 (31)	6/20 (30)
Human immunodeficiency virus	23/87 (26)	20/67 (30)	3/20 (15)
Hepatitis B virus	5/87 (6)	2/67 (3)	3/20 (15)
Chronic pain	49/86 (57)	40/66 (61)	9/20 (45)

Psychiatric symptoms			
Post-traumatic stress disorder	56/83 (67)	43/63 (68)	13/20 (65)
Anxiety	18/82 (22)	14/62 (23)	4/20 (20)
Depression	28/83 (34)	25/63 (40)	3/20 (15)
Female genital mutilation	–	39/65 (60)	–
Contraception	–	8/66 (12)	–
Prior abortion	–	18/67 (27)	–

Results are expressed as numbers (%) for categorical variables and as median [Q1-Q3] for continuous variables.

¹Country: according to United Nations regional delimitation.

²Denominators are given when values were missing.

Table 2. Factors contributing to Parcours 2018-2021 participants' decisions to seek exile, migratory path and violence experienced

Factor	Total	Women	Men
Reasons for exile ¹ , n	83	50	19
In-family violence, threatened excision of a child, forced marriage	53 (64)	41 (64)	12 (63)
Domestic violence	21 (25)	21 (32)	0 (0)
Threat of excision	8 (10)	8 (12)	0 (0)
Local context (political, religious, humanitarian crisis)	22 (27)	16 (25)	6 (31)
Family regrouping, studies, medical care, economic reasons	12 (14)	8 (11)	4 (21)
Homophobia	8 (10)	3 (5)	5 (26)
Recruited into a trafficking network	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Migratory path, n	69	51	18
Complex	58 (84)	41 (80)	17 (94)
Months of migration	12 [4-28]	12 [4-26]	11 [3-33]
Number of countries crossed	4 [2-4]	4 [3-4]	4 [2-4]
Passage via Libya	26/48 (54) ²	17/41 (41)	9/17 (53)
Imprisonment	18/42 (43)	8/26 (31)	10/18 (56)
Violence			
Violence during migration	47/69 (68)	34/52 (65)	13/17 (76)
Reported violence in France	20/88 (23)	19/68 (28)	1/20 (5)
Current or past transactional sex	16/86 (19)	13/66 (20)	3/20 (15)

Results are expressed as numbers (%) for categorical variables and as median [Q1-Q3] for continuous variables, unless stated otherwise.

¹Each immigrant could have several reasons to seek exile.

²Denominators are given when values were missing.

Table 3 Social situation changes for the 89 Parcours 2018-2021 participants at inclusion and last update

Social situation	Entire population, <i>N</i> = 89	
	Inclusion	Last update ¹
Administrative status, <i>n</i>	84	84
Residency authorization	9 (11)	25 (30)
Pending residency application	48 (57)	23 (27)
No residency rights	27 (32)	36 (43)
Had healthcare coverage	63/84 ² (75)	68/80 (85)
Housing, <i>n</i>	89	83
Stable	33 (37)	44 (53)
Unstable	47 (53)	34 (41)
None	9 (10)	5 (6)
Employment, <i>n</i>	85	79
Declared	5 (6)	9 (11)
Undeclared	11 (13)	18 (23)
None	66 (78)	46 (58)
Training	3 (4)	6 (8)

Results are expressed as numbers (percent) for categorical variables and as median [Q1-Q3] for continuous variables.

¹At planned end of follow-up at 18 months or less for those accorded early exit.

²Denominators are given when values were missing.

Figure 2. Changes of social situation after 18 months in the Parcours 2018–2021 program (or at last update) (*N* = 89)

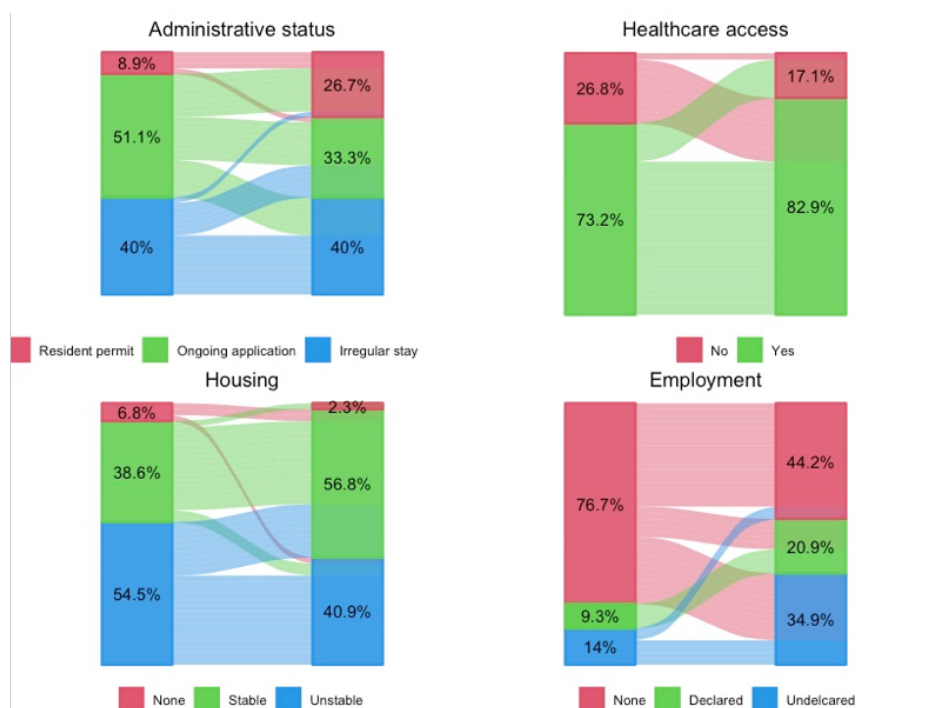


Table 4. Factors associated with violence experienced in France by 68 women migrants enrolled in Parcours 2018–2021

Factor	Yes, <i>n</i> = 19	No, <i>n</i> = 49	<i>p</i> -value ¹
Age category			>0.9
<30 years	9 (47)	23 (47)	
≥30 years	10 (53)	26 (53)	
Translator needed	1 (5.3)	6 (12)	0.7
Superior education	0/12 (0)	11/29 (38)	0.02
Employed in home country	0/8 (0)	14/31 (45)	0.03
Residing <24 months in France	10/17 (59)	25/44 (57)	0.9
Administrative status	18	47	0.4
Residency authorization	2 (11)	6 (13)	
Pending residency application	8 (44)	28 (60)	
No residency rights	8 (44)	13 (28)	
Had healthcare coverage	14/18 (78)	38/46 (83)	0.7
Housing			0.03
Stable	1 (5)	2 (4.1)	
Unstable	3 (16)	24 (49)	
None	15 (79)	23 (47)	
Declared employment	2 (11)	4/46 (8.7)	>0.9
Social isolation	14/18 (78)	32/48 (67)	0.4
Complex migration path	15/15 (100)	26/36 (64/72)	0.02
Violence during migration	12/13 (92)	22/39 (56)	0.02
Sex work (past or present)	8/19 (42)	5/49 (10)	<0.001

¹Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test

Table 5. Factors associated with Parcours 2018-2021 participants' achieving administrative security and obtaining healthcare coverage, after 18 months of follow-up or latest update

Factor	Residency authorization			Health insurance		
	No, <i>n</i> = 59	Yes, <i>n</i> = 25	<i>p</i> -value ¹	No, <i>n</i> = 12	Yes, <i>n</i> = 68	<i>p</i> -value ²
Sex			0.8			0.7
Male	13 (22)	6 (24)		2 (17)	18 (26)	
Female	46 (78)	19 (76)		10 (83)	50 (74)	
Age category			0.6			0.9
<30	27 (46)	10 (40)		5 (42)	30 (44)	
≥30	32 (54)	15 (60)		7 (58)	38 (56)	
Translator needed	6 (10)	4 (16)	0.5	0 (0)	10 (15)	0.3
Residing <24 months in France	33/53 ³ (62)	14/23 (61)	>0.9	8 (67)	36/60 (60)	0.8
Initial status	55	25	<0.001		64	0.11
Residency authorization	1 (2)	8 (32)		0 (0)	9 (14)	
Pending residency application	28 (51)	16 (64)		5 (42)	37 (58)	
No residency rights	26 (47)	1 (4)		7 (58)	18 (28)	
Housing			0.7			0.9
Stable	32 (54)	12 (48)		6 (50)	39 (57)	
Unstable	20 (34)	11 (44)		5 (42)	22 (32)	
None	7 (12)	2 (8.0)		1 (8)	7 (10)	
Employed	2/57 (4)	5/24 (21)	0.02	0/11 (0)	7/66 (11)	0.6
Had healthcare coverage	39/56 (70)	21/24 (88)	0.09	8/12 (67)	48/65 (74)	0.7
Violence in France	13/57 (23)	5/25 (20)	0.8	4/12 (33)	14/67 (21)	0.5
Post-traumatic stress disorder	44/56 (79)	11/24 (46)	0.01	7/11 (64)	44/63 (70)	0.7
Complex migration path	27/35 (77)	11/14 (79)	>0.9	5/6 (83)	32/41 (78)	>0.9
Violence during migration	34/48 (71)	11/18 (61)	0.5	8/10 (80)	34/53 (64)	0.5
Final status						
Stable housing	26/56 (46)	16/24 (67)	0.10	6/12 (50)	34/63 (54)	0.8
Stable employment	5/53 (9)	9/22 (41)	0.003	0/11 (0)	14/62 (23)	
Residency authorization	–	–	–	1/11 (9)	23/66 (35)	0.2
Had healthcare coverage	43/53 (81)	23/24 (96)	0.2	–	–	–

Results are expressed as number (%).

¹Fisher's exact test.

²Pearson's chi-squared test.

³Denominators are given when values were missing.

Table 6. Factors associated with Parcours 2018-2021 participants' achieving housing security and having declared employment

Factor	Stable housing			Declared work (or training)		
	No, <i>n</i> = 39	Yes, <i>n</i> = 44	<i>p</i> -value ¹	No, <i>n</i> = 64	Yes, <i>n</i> = 15	<i>p</i> -value ¹
Sex			0.11			>0.9
Male	12 (31)	7 (16)		16 (25)	3 (20)	
Female	27 (69)	37 (84)		48 (75)	12 (80)	
Age category			>0.9			0.5
<30	18 (46)	20 (45)		28 (44)	5 (33)	
≥30	21 (54)	24 (55)		36 (56)	10 (67)	
Translator needed	4 (10)	6 (14)	0.7	9 (14)	1 (7)	0.7
Residing <24 months in France	26/35 (74)	22/41 (54)	0.06	36/58 (62)	7/13 (54)	0.6
Initial status	37	41	0.5	61	13	0.047
Residency authorization	2 (5)	5 (12)		4 (7)	4 (31)	
Pending residency application (asylum, residence permit)	20 (54)	24 (59)		36 (59)	5 (38)	
No residency rights	15 (41)	12 (29)		21 (34)	4 (31)	
Housing			<0.001			0.04
Stable	30 (77)	14 (32)		40 (63)	5 (33)	
Unstable	3 (8)	27 (61)		16 (25)	9 (60)	
None	6 (15)	3 (7)		8 (13)	1 (7)	
Employed	2 (5)	6/42 (14)	0.3	0/63 (0)	8 (53)	<0.001
Healthcare coverage	28/37 (76)	32/42 (76)	>0.9	45/61 (74)	10/13 (77)	>0.9
Violence in France	11/38 (29)	8 (18)	0.2	14/63 (22)	4 (27)	0.7
Post-traumatic stress disorder	27/38 (71)	27/41 (66)	0.6	44/59 (75)	6/14 (43)	0.029
Complex migration path	17/24 (71)	22/26 (85)	0.2	30/39 (77)	5/6 (83)	>0.9
Violence during migration	20/31 (65)	24/34 (71)	0.6	33/49 (67)	7/11 (64)	>0.9
Final status						
Stable housing	–	–	–	27/61 (44)	12/15 (80)	0.013
Stable employment	3/37 (8)	12/39 (31)	0.01	–	–	–
Residency authorization	8/38 (21)	16/42 (38)	0.10	13/61 (21)	9/14 (64)	0.7
Healthcare coverage	29/35 (83)	34/40 (85)	0.8	48/59 (81)	14/14 (100)	0.1

¹Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test.

Results are expressed as numbers (percent) for categorical variables and as median [Q1-Q3] for continuous variables, unless stated otherwise.

Appendix

Table S1. Care pathway within the Parcours program

	Total N = 89	Women N = 69	Men N = 20
Addressed by	84	64	20
Infectious disease unit	35 (42)	25 (39)	10 (50)
Other department/doctor	26 (31)	19 (30)	7 (35)
Association or NGO	8 (9)	7 (11)	1 (5)
Lawyer	13 (15)	12 (19)	1 (5)
Other	2 (2)	1 (2)	1 (5)
Number of visit	88	68	20
Number of consultations with a doctor, <i>n</i> = 88	5 (3-7)	6 (4 - 8)	5 (3-6)
Number of outpatient hospitalization days, <i>n</i> = 88	1 (1-4)	1 (1-2)	1 (1-2)
Consultations			
Psychologist,	88	68	19
≥1 consultations	76 (86)	60 (88)	16 (80)
≥2 consultations	56 (64)	44 (65)	12 (60)
Gynecologist or midwife		69	
≥1 consultations	–	54 (78)	–
≥2 consultations	–	25 (36)	–
Pain specialist			
≥1 consultations	60 (67)	48 (69)	12 (60)
≥2 consultations	28 (31)	25 (36)	3 (15)
Urologist			
≥1 consultations	12 (13)	11 (16)	1 (5)
≥2 consultations	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Social worker	86	66	20
≥1 consultations	67 (78)	51 (77)	16 (80)
≥2 consultations	52 (60)	39 (59)	13 (65)
Health mediator			
≥1 consultations	59 (66)	41 (59)	18 (90)
≥2 consultations	40 (45)	30 (43)	10 (50)
Jurist			
≥1 consultations	23 (26)	16 (23)	7 (35)
≥2 consultations	3 (3)	2 (3)	1 (5)
Participation in group workshops	43/83 (52)	35/63 (56)	8/20 (40)
Referred to:			
A general practitioner	38/75 (51)	28 (48)	10 (59)
One or several associations	71/84 (85)	56/65 (86)	15/19 (79)

Categorical variables are expressed as numbers (percentage) and continuous variables as median (Q1-Q3)

Abbreviations: NGO, non-governmental organization

3 : Conclusions et perspectives

Le dispositif Parcours est une structure innovante qui propose un accueil holistique à une population vulnérable.

Cette étude s'applique à mettre la lumière sur une population invisibilisée. S'intéresser à la santé des personnes migrantes en situation de précarité en France, c'est mettre en évidence une problématique de santé publique insuffisamment prise en compte en termes de priorité sociétale. D'une part, les phénomènes migratoires sont voués à s'amplifier (en lien avec des phénomènes climatiques, géopolitiques, ...). D'autre part, les lois françaises récentes tendent à restreindre l'accès aux soins des immigrées. Aujourd'hui, il paraît primordial de documenter la réalité et les besoins des immigré.es pour enrichir les réflexions françaises et européennes sur la question de l'accueil. Cette question pose des enjeux éthiques et pratiques.

Ainsi, un avis du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en 2017 rappelle « l'exigence éthique de la solidarité qui s'exprime dans la fraternité, notamment avec les personnes accueillies sur le sol français, et dans le devoir d'hospitalité à leur égard ». Le CCNE rappelle plusieurs exigences éthiques que les soignants et le système de soins doivent s'efforcer de remplir :

- « Il appartient au système de soins (en particulier, l'hôpital) de savoir inspirer confiance et d'appréhender les personnes qui font passer la nécessité de se dissimuler avant celle de se soigner.
- Il convient de rendre possible le « colloque singulier » entre médecin et patient par des échanges compréhensibles, sur le plan linguistique, d'une part, et sur celui du contexte culturel, d'autre part.
- Les professionnels de santé doivent avoir la volonté d'établir des priorités dans les actions destinées à assurer le bien-être des migrants.
- L'équité, c'est-à-dire, l'égalité de traitement dans l'accès aux soins et dans l'accès au bien-être physique, mental et social.

- La solidarité, essentielle à considérer, déclinée ici en fraternité et en hospitalité, est une condition et en même temps la réalisation de l'ensemble de ce qui précède, chacun devant se sentir responsable de l'accueil des migrants. »

Concernant l'accueil pratique, les immigré.es vivent des situations complexes auxquelles le cloisonnement du système de santé, le manque de coordination dans le parcours de soin et la non-valorisation du temps d'accompagnement ne peuvent répondre. Soulignons dans cette population l'importance des violences sexistes, la nécessité de les reconnaître et de les prendre en charge. Les structures de soins, notamment hospitalières, sont peu organisées pour aller au-devant de cette population. Il paraît alors primordial d'imaginer de nouvelles manières d'accueillir, comme le dispositif Parcours.

Les nombreux OSC créés depuis le début des années 2000 témoignent de cette dynamique globale de reconnaissance de la spécificité des violences sexistes et de la nécessité de leur prise en charge. Quasiment tous localisés dans les pays à bas ou moyen niveau de revenus, ils sont une réponse audacieuse à un problème de santé publique mondial. Le « One-stop Center » de Panzi, en République démocratique du Congo, a été une source d'inspiration pour la création du Parcours (59). Cela paraît important à souligner car il reste rare de voir un pays à haut niveau de revenu mettre en place une initiative de santé publique en s'appuyant sur l'exemple d'un pays du Sud.

Les données de la littérature soulignent le manque d'études concernant l'évaluation des OSC. La plupart des articles décrivent les dispositifs, mais peinent à évaluer leur efficacité. L'analyse réalisée ici propose une première description du dispositif et de la population accueillie, mais n'a répondu que de manière parcellaire à l'impact sur la santé de cette population du dispositif.

L'évaluation de l'impact d'un tel dispositif nécessite plusieurs approches complémentaires. Il s'agit de documenter l'impact sur la santé dans toutes ses dimensions, mais aussi l'accès à la sécurité administrative, résidentielle et à l'emploi.

La collecte de données socio-démographiques et médicales, à l'arrivée et au fil du suivi devrait être systématisée. Cela permettrait de documenter des changements administratifs, résidentiels et d'accès à l'emploi qui surviennent au-delà des dix-huit premiers mois de suivi,

mais aussi de rendre compte des changements engendrés par l'amélioration du dispositif au fil des années.

Il semble important de standardiser le recueil de certaines informations, qui étaient souvent manquantes dans les dossiers, par exemple la présence et la caractérisation des violences subies sur le trajet et en France. Pour comparer les situations au fil du temps et avec d'autres populations, on pourrait envisager l'intégration de questionnaires standardisés dans plusieurs domaines.

Concernant la santé mentale, on pourrait faire passer le PHQ-4 à la première consultation. Il s'agit d'un questionnaire validé de dépistage comportant quatre questions, dont deux servent à dépister la dépression (PHQ-2) et deux autres l'anxiété (GAD-2)(71). Un score élevé au PHQ-4 n'a pas de valeur diagnostique, mais indique qu'une évaluation plus approfondie est souhaitable afin d'établir la présence ou l'absence de dépression ou d'anxiété nécessitant un traitement (Annexe II).

Il paraît plus difficile d'intégrer un score diagnostique du syndrome de stress post-traumatique : la plupart des scores validés dans la littérature sont trop longs pour être intégrés à une consultation médicale. S'il fallait néanmoins retenir un outil, on pourrait envisager le score SPRINT (Short PTSD Rating Interview) (72). Le SPRINT est un questionnaire validé pour le dépistage du syndrome de stress post-traumatique. Il est composé de 8 items cotés de 0 à 4, qui peuvent aider au diagnostic et à l'ajustement de la stratégie thérapeutique (Annexe III).

Pour rendre compte de l'état de santé global, il paraît important de continuer à évaluer la précarité des personnes suivies. Le score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé) est un indicateur de précarité qui repose sur 11 questions binaires (oui/non)(73). Il a été créé par une équipe française à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. L'évaluation de ce score a montré sa pertinence car il est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé ; il est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs. Il est cependant peu adapté à la population de notre étude qui cumule beaucoup de facteurs de précarité classant systématiquement les patients comme « précaire » ; il est ainsi peu discriminant dans des contextes particuliers comme celui

des personnes exilées primo-arrivantes. Une alternative, qui présente aussi des limites, est le score PRECAR développé par l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale (Annexe 4) (74). Pour améliorer sa sensibilité, il faudrait augmenter ce score de quelques questions spécifiques à la migration comme le motif de départ, le statut administratif et l'ancienneté d'arrivée.

Enfin, il paraît important de compléter cette étude par une étude qualitative. En recueillant les expériences individuelles, on affinerait les connaissances de l'équipe sur les besoins et préoccupations des personnes qui consultent et les raisons expliquant l'arrêt du suivi au sein du dispositif. De plus, les données sur l'état de santé perçu et les expériences dans le système de soins (de refus de soins ou de discrimination par exemple) ne peuvent être obtenues qu'à l'aide d'une méthodologie qualitative.

Depuis sa création, le dispositif a connu des évolutions dictées par les besoins des patient.es. Six professionnel.les sont maintenant à temps plein sur le dispositif à l'hôpital Avicenne. L'axe juridique a été renforcée par le recrutement d'une juriste. L'axe psychologique comprend maintenant un accès facilité à une consultation psychiatrie. Les accompagnements collectifs se focalisent davantage sur la prise de sa place dans l'espace public, par des programmes d'apprentissage du vélo, de la natation et l'organisation de séjours de répit.

L'organisation prend aussi soin des professionnel.les : à partir de 2021, l'équipe a choisi un mode de gouvernance collective appelé holocratie, qui permet de clarifier les rôles de chacun.e et les enjeux de pouvoir dans l'équipe. Des séances de supervision permettent une régulation émotionnelle collective en créant des espaces d'échanges entre les membres de l'équipe, facilités par une coach. L'impact sur le suivi des personnes reste à évaluer.

S'efforcer de recueillir les voix et expériences de ces personnes est important pour mieux comprendre leurs réalités et adapter les services à leurs besoins, mais doit être aussi envisagé dans une perspective d'*empowerment*. Il semble aussi que pour répondre aux exigences éthiques de la santé communautaire, le dispositif Parcours pourrait s'engager dans un processus de recherche-action participative (ou *community-based-research*) (75,76). La recherche-action participative (RAP) permettrait d'associer les personnes suivies au sein du Parcours au processus de recherche, de faire en sorte que la recherche soit menée avec et pour eux. La RAP s'intéresse aux défis réels et concrets des populations et transforme la

contrainte de la diversité des expériences dans une même population en opportunité de recherche (77). On pourrait imaginer créer un groupe de travail ou un comité de suivi, qui aurait une voix dans la transformation du dispositif et les l'élaboration des axes de recherche.

Conclusion

En conclusion, ce travail a permis d'identifier les caractéristiques socio-démographiques, de l'état de santé et de certains déterminants de la santé directement en relation avec la migration, de la population suivie au sein du Parcours. Il a été l'occasion d'une première description du fonctionnement du dispositif et de son impact sur la situation sociale de ces personnes. Une évaluation prospective standardisée en méthodes mixtes reste nécessaire. Des perspectives de recherche-action participatives sont envisageables pour ancrer ce travail dans une perspective d'*empowerment*.

Bibliographie

1. Définitions [En ligne]. INSEE [cité le 29 nov 2023]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
2. Migrations Internationales 2020. Organisation des Nations Unies; 2020 p. 45. (International migrant stock).
3. Tendances Mondiales à la mi-2022. United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 p. 2.
4. L'essentiel sur... les immigrés [En ligne]. INSEE [cité le 27 nov 2023]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#graphique-Fcontinent_radio1
5. <https://www.ofpra.gouv.fr/publications/les-rapports-dactivite>.
6. Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2022 [En ligne]. INSEE [cité le 22 mars 2024]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
7. [En ligne]. Aide médicale de l'État et soins urgents [cité le 28 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medecale-etat-soins-urgents>
8. Budget de l'état- Projets annuels de performances - Santé [En ligne]. Etat français. Disponible: <https://www.budget.gouv.fr/documentation/documents-budgetaires/exercice-2022/le-projet-de-loi-de-finances-et-les-documents-annexes-pour-2022/budget-general/sante>
9. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and Health: A Review of the International Literature. Glasgow. MRC Soc Public Health Sci Unit. 2003;
10. Anita Davies, Anna Basten, Chiara Frattini. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. Migration Health Research Portal; 2009.
11. Migration et santé, déterminants sociaux et santé des migrants [En ligne]. Médecins du monde [cité le 7 mars 2024]. Disponible: https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/MdM%20rapport_enquete%20Migrant_FA_JUIN_2019_DEF_LOWRES_FR.pdf
12. Reques L, Aranda-Fernandez E, Rolland C, Gripon 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(1):12. DOI: 10.1186/s13031-020-0256-3

13. Libye, Anatomie d'un crime. ARTE France; 2018.
14. Desgrées du Loû A. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France [En ligne]. La Découverte. 2017 [cité le 27 nov 2023]. Disponible: <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453.htm>
15. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS Lond Engl*. 2016;30(4):645-56. DOI: 10.1097/QAD.0000000000000957
16. Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Loû A., Parcours study group Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant females in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16–e23.
17. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health - Eur*. 2023;34:100731. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100731
18. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med*. 2008;67(8):1331-9. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.06.017
19. Wluczka, M. La santé des primo-migrants en 2007 : Etude réalisée à partir des enquêtes « semaine données ». 2008;
20. Bhopal R. Chronic diseases in Europe's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *Eur J Public Health*. 2009;19(2):140-3. DOI: 10.1093/eurpub/ckp024
21. Stirbu I, Kunst AE, Vlems FA, Visser O, Bos V, Deville W, et al. Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: Convergence toward the rates of the native Dutch population. *Int J Cancer*. 2006;119(11):2665-72. DOI: 10.1002/ijc.22200
22. Vignier N, Moussaoui S, Marsaudon A, Wittwer J, Jusot F, Dourgnon P. Burden of infectious diseases among undocumented migrants in France: Results of the Premiers Pas survey. *Front Public Health*. 2022;10:934050. DOI: 10.3389/fpubh.2022.934050
23. De Vito E, De Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. World Health Organisation Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; (2015).
24. Epidemiological assessment of hepatitis B C among migrants in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2016.

25. Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region [En ligne]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 [cité le 10 mai 2024]. (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379432/>
26. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/étude médico-économique/Phase 1 [En ligne]. INCa; 2016 [cité le 28 nov 2023]. Disponible: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>
27. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PloS One*. 2014;9(1):e87046. DOI: 10.1371/journal.pone.0087046
28. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer* 2010; 46(14):2647-59.
29. Papon S, Robert-Bobée I. An increase in deaths twice as high for people born abroad than for those born in France in March-April 2020. [En ligne]. INSEE; 2020 [cité le. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>
30. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2015;20(46). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065
31. Lindert J, Ehrenstein OSV, 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. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032
32. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 2005;365(9467):1309-14. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
33. Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract*. 2013;151. DOI: 10.1186/1471-2296-14-151
34. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2014. Médecins du Monde; 2015 p. 83p.
35. Didier Fassin. *Faire de la Santé publique*. 2006.

36. Dourgnon. Le recours aux soins de ville des immigrés en France [En ligne]. [cité le 29 nov 2023]. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/284481328_Le_recours_aux_soins_de_ville_des_i mmigres_en_France](https://www.researchgate.net/publication/284481328_Le_recours_aux_soins_de_ville_des_immigres_en_France)
37. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQUEST [En ligne]. European commission; 2008 [cité le 27 nov 2023]. Disponible: file:///Users/anoukchouaid/Downloads/healthquest_en.pdf
38. Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. 2019. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France: premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. [En ligne]. 2019.
39. Les droits fondamentaux des étrangers en France [En ligne]. Le Défenseur des droits; 2016 [cité le 28 nov 2023] p. 305. Disponible: [https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/ les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france](https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france)
40. Vignier N, Dray Spira R, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status. *Eur J Public Health*. 2018;28(5):904-10. DOI: 10.1093/eurpub/cky118
41. IZA, Germany, Giulietti C. The welfare magnet hypothesis and the welfare take-up of migrants. *IZA World Labor*. 2014; DOI: 10.15185/izawol.37
42. Geisser V. Les migrants coupables de la crise du système de santé publique ? Déconstruire les fantasmes sur le « tourisme médical ». *Migr Société*. 2019;N°178(4):3. DOI: 10.3917/migra.178.0003
43. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, Zimbeck M, Gagnon A. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(2):134-48.
44. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008;8(1):93. DOI: 10.1186/1471-2458-8-93
45. Munro K, Jarvis C, Munoz M, D'Souza V, Graves L. Undocumented pregnant women: what does the literature tell us? *J Immigr Minor Health Cent Minor Public Health*. 2013;15(2):281-91. DOI: 10.1007/s10903-012-9587-5
46. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. DOI: 10.1186/1471-2458-8-93.
47. UNICEF. [En ligne]. 7 mars 2024. Female Genital Mutilation: A global

concernDisponible: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>

48. UNHCR policy on the prevention of, risk mitigation and response to gender-based violence [En ligne]. High Commissioner for Refugees; 2020 [cité le 28 nov 2023] p. 24.

Disponible: <https://www.unhcr.org/5fa018914/unhcr-policy-prevention-risk-mitigation-response-gender-based-violence>

49. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health [En ligne]. World Health Organisation; 2018 [cité le 7 mai 2024]. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health>

50. La lettre de l'Asile et de l'Intégration. Zoom sur le parcours migratoire : les femmes face à des risques liés à leur genre. France Terre d'Asile.; 2018 p. (84):5.

51. Poncet L, Andro A. Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France. Popul Vulnérables. 2022;(8). DOI: 10.4000/popvuln.4044

52. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [En ligne]. 2017 [cité le p. 67. Disponible: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>

53. Tantet C, Aupiais C, Bourdon M, Sorge F, Pagès A, Levy D, et al. Female genital mutilation: an evaluation of the knowledge of French general and specialized travel medicine practitioners. J Travel Med. 2018;25(1). DOI: 10.1093/jtm/tax090

54. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, et al. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med 2009;68:452–61.

55. Sauvegrain P. Access to prenatal care and maternal health of immigrant women in France. BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire). 2017;19-20:389-95.

56. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen A-MN, Rich-Edwards J. Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. Matern Child Health J. 2014;18(7):1628-38. DOI: 10.1007/s10995-013-1403-x

57. Hattery, A, Monterrosa, A, Porter, E. The effectiveness of one-stop GBV resource centers [En ligne]. oct 2020 [cité le 7 mai 2024]. Disponible: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00X5BV.pdf

58. Mukwege D, Berg M. A Holistic, Person-Centred Care Model for Victims of Sexual Violence in Democratic Republic of Congo: The Panzi Hospital One-Stop Centre Model of Care. *PLOS Med.* 2016;13(10):e1002156. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002156
59. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées Du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health.* 2018;3(1):e16-23. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30211-6
60. Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Sarhiri J, Wittwer J. Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France. *Health Econ Policy Law.* 2023;18(1):32-48. DOI: 10.1017/S1744133122000159
61. Prieur C, Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Wittwer J, Guillaume S. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. *Quest Déconomie Santé.* 2022;(266):8p.
62. Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Deville W, Kennedy P, Kovats A, et al. Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health.* 2015;25(1):90-6. DOI: 10.1093/eurpub/cku066
63. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex.* 2012;14(5):505-20. DOI: 10.1080/13691058.2012.671961
64. De Schrijver L, Nobels A, Harb J, Nisen L, Roelens K, Vander Beken T, et al. Victimization of Applicants for International Protection Residing in Belgium: Sexual Violence and Help-Seeking Behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(19):12889. DOI: 10.3390/ijerph191912889
65. Jamouille, P. Par-delà les silences: non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration. *La Découverte.* 2013.
66. Sampers A. L'accès aux soins et la santé des migrants en Bourgogne Franche Comté [En ligne]. *Observatoire des Pratiques au regard de l'Éthique*; 2020 [cité le 18 mars 2024]. Disponible: https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_ethique_sante_des_migrants.pdf
67. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet.* 2015;385(9977):1567-79. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
68. Olson RM, García-Moreno C, Colombini M. The implementation and effectiveness of the one stop centre model for intimate partner and sexual violence in low- and middle-income

countries: a systematic review of barriers and enablers. *BMJ Glob Health*. 2020;5(3):e001883. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001883

69. Gosselin A, Desgrées Du Loû A, Lelièvre É. L'installation en France au fil des décennies : la situation a-t-elle évolué ? : Dans: *Parcours. La Découverte*; 2017. DOI: 10.3917/dec.desgr.2017.01.0053

70. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(1-2):86-95. DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.019

71. Connor KM, Davidson JRT. SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder: *Int Clin Psychopharmacol*. 2001;16(5):279-84. DOI: 10.1097/00004850-200109000-00005

72. Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* 14:93-96, 2006.

73. D'Escricenne C. Validation externe et contre critère d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : le score PRECAR [Thèse d'exercice en ligne]. Université Pierre et Marie Curie; 2015. Disponible: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/descricenne-these.pdf>

74. Wallerstein NB, Duran B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promot Pract*. 2006;7(3):312-23. DOI: 10.1177/1524839906289376

75. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19(1):173-202. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.19.1.173

76. Robert E, Merry L, Benoît M, Guimaraes DB, Ruiz-Casares M. Rien ne doit se faire pour eux sans eux : renforcer la participation des demandeurs d'asile, réfugiés et migrants sans statut et des organismes communautaires dans la recherche en santé. *Can J Public Health*. 2018;109(3):312-5. DOI: 10.17269/s41997-018-0042-9

77. Christ Ampion Opo. Prise en charge du trouble de stress post-traumatique chez le migrant demandeur d'asile par le médecin généraliste : utilisation de l'outil psychométrique SPRINT. *Médecine Hum Pathol*. 2023;

Annexes

1. Lexique des termes relatifs à la migration

- Demandeur.se d'asile : personne qui demande officiellement une protection dans un autre pays au titre de la Convention de Genève de 1951 et dont la demande n'a pas encore été traitée.
- Étranger.e : personne qui n'a pas la nationalité française, c'est une notion juridique. L'expression " étranger.e malade " correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- Exilé.e : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine. Ce terme évoque notamment les conséquences des migrations forcées.
- Immigré.e : désigne une personne née étrangère à l'étranger, ayant franchi une frontière pour s'installer dans le pays d'accueil, pour une durée d'au moins un an.
- Migrant.e : Il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme. Le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU définit un migrant international comme « toute personne qui change de pays de résidence habituelle ». Cette définition inclut les personnes qui se déplacent ou se sont déplacées d'un côté à l'autre d'une frontière internationale, indépendamment de leur statut juridique, de la durée de leur séjour à l'étranger et des causes de leur migration.
- Migrant.e primo-arrivant.e : Il n'existe par contre pas de définition consensuelle. Il est généralement admis que le migrant primo-arrivant réside sur le territoire depuis moins d'un an.
- Réfugié.e : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA ou la Commission des recours des réfugiés (CNDA). Le statut de réfugié.e est accordé à celui ou celle qui ne veut pas ou ne peut pas retourner dans son pays de nationalité en raison de persécutions ou de craintes fondées de persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social particulier ou de ses opinions politiques.

- Sans-papiers ou clandestin : étranger.e en séjour irrégulier. Ces termes soulignent le caractère légitime (attaches en France du " sans-papiers ") ou illégitime (situation irrégulière du "clandestin ") de la présence de la personne.

2. Questionnaire PHQ-4 (71)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir	0	1	2	3

Interprétation des résultats

Échelle de 0 à 12 comprenant quatre niveaux de détresse psychologique :

- Aucune : 0-2
- Légère : 3-5
- Modérée : 6-8
- Grave : 9-12

Un score de 3 ou plus à l'une des sous-échelles est considéré comme un dépistage positif.

3. Questionnaire SPRINT (78)

Traduction française issue de la thèse de médecine de Christ Ampion Opo, soutenue en 2023 et portant sur la « prise en charge du trouble de stress post-traumatique chez le migrant demandeur d'asile par le médecin généraliste : utilisation de l'outil psychométrique SPRINT »

	Durant la dernière semaine...	Pas du tout	Un petit peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1	À quel point avez-vous été dérangé par des souvenirs, des cauchemars ou des rappels de l'événement ?	0	1	2	3	4
2	Quels efforts avez-vous faits pour éviter de penser ou de parler de l'événement, ou de faire des choses qui vous rappellent ce qui s'est passé ?	0	1	2	3	4
3	Dans quelle mesure avez-vous perdu le plaisir des choses, gardé vos distances avec les gens, ou trouvé difficile de ressentir des sentiments ?	0	1	2	3	4
4	Dans quelle mesure avez-vous été dérangé par un manque de sommeil, une mauvaise concentration, de la nervosité, de l'irritabilité ou un sentiment de vigilance autour de vous ?	0	1	2	3	4
5	Dans quelle mesure avez-vous été dérangé par la douleur, les courbatures ou la fatigue ?	0	1	2	3	4
6	Dans quelle mesure seriez-vous contrarié par des événements stressants ou des revers ?	0	1	2	3	4
7	Dans quelle mesure les symptômes ci-dessus ont-ils nui à votre capacité de travailler ou d'effectuer des activités quotidiennes ?	0	1	2	3	4
8	Dans quelle mesure les symptômes ci-dessus ont-ils nui à vos relations avec votre famille, vos amis et votre entourage ?	0	1	2	3	4
						TOTAL

A quelle valeur en pourcentage attribuez-vous l'amélioration de votre état depuis le début de traitement ?									
10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Dans quelle mesure les symptômes ci-dessus se sont-ils améliorés depuis le début du traitement ?									
0	1	2	3	4					
Pire	Pas de Changement	Minime	Beaucoup	Énormément					

Interprétation des résultats :

- ≤ 6 : pas de symptômes
- 7-10 : symptômes légers
- 11-17 : symptômes modérés
- 18-32 : symptômes sévères

4. Score PRECAR (74)

C1 - Assurance maladie	1 Bénéficiaire de la sécurité sociale et d'une complémentaire santé
	2 Bénéficiaire de la CMU complémentaire, ou de l'Aide Médicale d'Etat
	3 Bénéficiaire de la sécurité sociale seule, ou de la CMU seule
	4 N'avoir aucune couverture maladie
C2 - Niveau d'études	1 N'avoir jamais été à l'école ou la dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement primaire
	2 La dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement secondaire (de la 6ème à la terminale)
	3 Avoir fait des études supérieures
C3 - Catégorie socio professionnelle	1 Fait ou avoir fait partie des cadres et professions intellectuelles supérieures
	2 Fait ou avoir fait partie des professions intermédiaires, artisans, commerçants et chefs d'entreprise
	3 Etre ou avoir été employé ou ouvrier
	4 Etre étudiant ou sans activité professionnelle
C4 - Statut professionnel	1 Etre actif occupé
	2 Etre étudiant
	3 Etre chômeur (inscrit ou non à l'ANPE/pôle emploi)
	4 Etre retraité
	5 Etre inactif (ex : handicapé)
C5 - Sentiment de solitude	1 Très seul
	2 Plutôt seul
	3 Plutôt entouré
	4 très entouré
C6 - Situation affective	1 Ne pas avoir de relation amoureuse importante
	2 Avoir une relation amoureuse ou sentimentale importante pour le sujet interrogé, sans pour autant qu'il se sente en couple
	3 Etre en couple mais ne pas vivre avec son conjoint
	4 Etre en couple et vivre avec son conjoint
C7 - Type de ménage	1 Une seule personne
	2 Mononucléaire (couple avec ou sans enfant)
	3 Monoparental (un parent seul avec enfant(s))
	4 « Isolé » (ménage de plusieurs personnes ne vivant pas en couple, colocation, parents vivant avec un enfant de plus de 30 ans...)
C8 - Revenus	1 Oui ; 2 Non ; 3 ne sait pas
C9 - Financièrement	1 Vous êtes à l'aise

	2 ça va
	3 C'est juste, il faut faire attention
	4 Vous y arrivez difficilement
C10 - Aide vie quotidienne	1 Oui ; 2 Non
C11 - Soutien matériel/financier	1 Oui ; 2 Non
C12 - Soutien affectif/moral	1 Oui ; 2 Non
C13 - Situation dans le logement	1 Etre propriétaire
	2 Etre locataire
	3 Etre hébergé
C14 - Origine migratoire	1 Etre français né de deux parents français
	2 Etre français né d'au moins un parent étranger
	3 Etre étranger

Santé des personnes migrantes ayant subi des violences sexuelles : innover pour accompagner vers l'autonomie

Résumé :

En France, les services de maladies infectieuses reçoivent au quotidien des personnes migrantes en situation de précarité, exposées à des violences physiques, psychiques, sexuelles, à une importante vulnérabilité sociale. Ceci justifie la nécessité d'innover pour répondre aux besoins de santé des exilé.es. C'est dans ce contexte que fut créé le dispositif « Parcours » au sein de deux services universitaires d'inféctiologie du nord de Paris. Inspiré de l'approche intersectionnelle des « One-stop centers », l'objectif est de proposer un accompagnement pluridisciplinaire aux personnes exilées ayant vécu des violences basées sexistes en lien avec leur parcours migratoire, en un lieu unique, et sur un temps long. Ce dispositif permet un suivi médical (dépistage des IST, vaccinations, gynécologie et prise en charge multidisciplinaire des mutilations génitales féminines), psychologique, social, juridique et communautaire. Ce travail décrit la population accompagnée par le dispositif de 2018 à 2021 et l'évolution de leur situation sociale après 18 mois de suivi. Entre janvier 2018 et juillet 2021, le dispositif a accompagné 89 personnes, majoritairement des femmes (69/89, 78 %), originaires d'Afrique de l'Ouest (63/89, 71 %). Arrivées en France, en médiane depuis 19 mois, seules 37 % des personnes (33/89) disposaient d'un hébergement stable à l'entrée dans le dispositif, 19 % (16/85) d'un emploi formel ou informel et une majorité était isolée socialement (62/87, 71 %) ; 32 % (27/84) étaient sans papiers, seules 11 % (9/84) disposaient d'un titre de séjour. La prévalence des infections chroniques par le VIH et le VHB était de respectivement 26 % (23/87) et 6 % (5/87) ; 60% (39/65) des femmes rapportent des mutilations génitales féminines (MGF), 57% (49/86) des douleurs chroniques et 67 % des symptômes évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique. Les 18 premiers mois de suivi ont permis un accompagnement psychologique (86%), social (78%) et gynécologique (60%). Les femmes qui avaient vécu des violences pendant le trajet migratoire étaient significativement plus à risque que les autres d'en subir à nouveau après leur arrivée en France. Une situation d'hébergement précaire et l'absence d'accès à l'emploi étaient associées à un risque accru de violence en France. Une tendance à une fréquence plus importante des violences après l'arrivée en France était observée chez les personnes sans droit au séjour. L'accompagnement dans les pays d'accueil de personnes migrantes, présentant des trajectoires violentes et traumatiques, et en situation d'extrême précarité et d'insécurité nécessite des dispositifs spécifiques centrés sur la santé globale de cette population.

Spécialité : Maladies infectieuses et tropicales

Mots clés français : [fMeSH](#) : Population de passage et migrants, vulnérabilité sociale, Santé des femmes, Violence sexiste, Santé holistique, Santé sexuelle

Forme ou Genre : [fMeSH](#) : Dissertation universitaire ; [Rameau](#) : Thèses et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**