

Les Cahiers
De Santé Publique
&
De Protection Sociale.

Juin 2013.

Publication de la Fondation Gabriel Péri

11 rue Etienne Marcel – 93500 Pantin

www.gabrielperi.fr

tél : 01 41 83 88 50

cahiersspps@gabrielperi.fr

Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France

Par les Drs Janina Estrada, DES de médecine générale, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Gilles Lazimi, médecin généraliste, Centre Municipal de Santé de Romainville, Maître de Conférence au Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie & Rochefort Jeanine, médecin responsable du CASO Saint-Denis, Médecins du Monde

Résumé

Titre : Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité en France face aux violences

Objectifs : Estimer l'importance des violences subies par les femmes migrantes en France en situation de précarité et vérifier si elles y sont plus vulnérables. Déterminer l'impact ressenti des violences sur leur santé et analyser le rôle dans le repérage du médecin généraliste. Méthode: Etude auprès de femmes migrantes sans couverture sociale consultant un médecin de premier recours aux centres de Médecin du Monde à Paris et Saint-Denis. 128 femmes ont été interrogées sur les violences subies et 33 ont répondu à un questionnaire complémentaire abordant les conséquences médicales ressenties et le dialogue avec les médecins consultés.

Résultats: 84% des interrogées ont été victimes de violences, 57% de type physique et 34% de type sexuel. Parmi celles ayant répondu au questionnaire complémentaire, 55% des femmes victimes de violences ont rapporté des conséquences sur leur santé: douleurs chroniques et symptômes anxio-dépressifs principalement. Lors de consultations pour ces symptômes, moins d'une femme sur 2 a révélé les violences subies au médecin consulté. Aucune n'aurait été choquée si le médecin lui avait posé la question des violences.

Conclusion : Les femmes migrantes en situation de précarité sont fortement exposées aux violences avec des conséquences sur leur santé. Les patientes font un lien entre les violences subies et les symptômes ressentis mais elles ne sont pas repérées par leur médecin. Ces femmes sont prêtes à répondre aux questions sur les violences si elles leur sont posées.

Abstract:

Title: Vulnerability of migrant women in a precarious situation towards violence in France

Objectives: To estimate the extent of violence against migrant women in France in a precarious situation and find if they are more vulnerable. To determine violence's impact on their perceived health and analyze the general practitioner's role in identifying violence. Method: The sample included 128 migrant women without health insurance attending at a Médecins du Monde's primary care centre in Paris or Saint-Denis. Face-to-face interviews were conducted about past violence and 33 women responded to an additional questionnaire addressing violence's' medical consequences and communication with the consulted doctors.

Results: 84% of the respondents ever experienced violence, 57% experienced physical violence and 34% sexual violence. Among those who responded to the additional questionnaire, 55% of the women who had ever experienced violence reported health consequences: chronic pain, anxiety and depressive symptoms mainly. 73% of them had seen a doctor for one of these symptoms at least, and only 45% of them disclosed the suffered abuses to their doctor. None would have been shocked if the doctor had raised the question of violence.

Conclusion: Migrant women in precarious situations are victims of violence at a high rate. The violence has an impact on their health and patients link the violence they experienced and the symptoms they have. These abuses are not detected by their physicians. Women are willing to answer questions about violence.

Introduction:

Les violences à l'égard des femmes sont un phénomène fréquent et présent avec une inquiétante constance à travers le monde. En 2009, d'après l'Observatoire National de la Délinquance, 208000 femmes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint en 2009 et 140 en sont mortes (1). Or ces violences ont des répercussions majeures sur la santé des victimes et de leurs enfants. On estime que chez les femmes âgées de 18 à 44 ans les violences infligées par un partenaire intime rendent compte de 7,9% de la charge totale de morbidité : plus que les facteurs de risque traditionnellement admis tels que le tabagisme (1,0%), l'obésité (3,4%) ou l'hypertension artérielle (0.8%) (2). Leurs expressions cliniques sont variées et aspécifiques, recouvrant quasiment l'ensemble des motifs de consultation en médecine générale (3).

Si les violences sont multifactorielles et touchent toutes les couches de la société, nous avons toutefois souhaité nous intéresser aux femmes migrantes et précaires. Une étude menée en Espagne a en effet montré que le risque relatif de décès des suites de violences conjugales chez les femmes étrangères était 5,3 fois supérieur à celui d'une femme espagnole (4), suggérant une plus grande vulnérabilité des femmes migrantes face aux violences.

Pour les femmes migrantes qui se retrouvent en plus en situation précaire, cette possible vulnérabilité face aux violences s'associerait à une limitation des recours socio-judiciaires possibles, les fragilisant encore un peu plus. Des dispositifs tels que l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou la Couverture Maladie Universelle (CMU) en leur assurant un accès au système de santé, placent le médecin généraliste au cœur de la prise en charge de ces femmes migrantes victimes de violences et qui plus est précaires.

L'étude Violences Faites aux Femmes (VFF) que nous avons menée visait à vérifier l'hypothèse selon laquelle les femmes migrantes en France en situation de précarité sont plus vulnérables face aux violences. Au-delà de cet objectif principal, l'enquête visait également à spécifier les violences subies, les recours employés, les conséquences ressenties sur la santé et les freins au dialogue avec le médecin.

Méthodes

Les données ont été recueillies par interrogatoire direct de patientes par une équipe de 6 enquêtrices volontaires du 2 juin au 16 septembre 2009 dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde à Paris et Saint-Denis. Une formation a été dispensée aux enquêtrices afin de leur permettre de proposer une prise en charge adaptée aux femmes interrogées qui le souhaiteraient. Les questionnaires ont été administrés à quelques consultantes avant le début de l'enquête afin de s'assurer de son acceptabilité et faisabilité.

Les questionnaires étaient posés avant ou pendant la consultation médicale de femmes de nationalité étrangère se présentant aux CASO. Initialement, il s'agissait de n'interroger que les femmes se présentant pour la première et la dernière consultation médicale de la journée. Dans un deuxième temps, afin d'atteindre l'objectif fixé d'au moins 100 femmes interrogées, les questionnaires ont été proposés à toutes les femmes venant en consultation. Etaient exclues les mineures, les femmes de nationalité française et celles qui ne pouvaient être vues seules. Si besoin, un interprète pouvait être présent ou joint par téléphone.

La population interrogée est précaire puisque 98% des patients reçus dans les CASO ont des revenus

inférieurs au seuil de pauvreté.

Ces entretiens ont été réalisés avec le consentement des personnes interrogées. Les réponses recueillies sont anonymes et resteront strictement confidentielles. Deux questionnaires ont été utilisés durant l'enquête.

Le **questionnaire principal**, composé de questions fermées à choix multiples, a été proposé à 128 femmes. Il a été élaboré avec une équipe de Médecins du Monde et se décompose en trois modules.

Le *premier module* collecte des données administratives et contextuelles.

Le *deuxième module* porte sur les violences subies qui ont été décomposées en 9 formes distinctes, permettant de couvrir les violences verbales/psychologiques, physiques et sexuelles (insultes, menaces de dénonciation, menaces de mort, enfermement, coups, blessure par arme ou tentative de meurtre, pressions à caractère sexuel faisant craindre un passage à l'acte, attouchements sexuels, viol)

Pour chaque type de violence subie, la femme était interrogée plus avant afin de déterminer la fréquence de ces violences, la chronologie, le lieu, l'auteur des violences et si elle en avait parlé à quelqu'un. Un seuil de 18 ans a été choisi pour certaines agressions physiques et toutes les violences sexuelles.

Le *troisième module* concerne le recours éventuel à la police, un médecin ou un psychologue en réponse aux violences subies.

Le **questionnaire complémentaire**, composé de questions à réponses ouvertes et courtes, se décomposait en deux parties. La première visait à identifier les conséquences ressenties par ces femmes des violences sur leur santé. La seconde s'intéressait au rôle joué par le médecin: pour celles qui faisaient un lien entre les violences subies et la dégradation de leur état de santé, le médecin était-il un interlocuteur et sinon pourquoi. Seule une enquêtrice disposait de ce questionnaire complémentaire, et il n'a été proposé en conséquence qu'aux 33 patientes interrogées par cette dernière.

Résultats

128 femmes ont été interrogées. 2 ont refusé de répondre au questionnaire. L'âge moyen des femmes interrogées était de 37 ans. 75 femmes (60%) venaient d'Afrique subsaharienne et 30 (24%) de pays d'Europe de l'Est membres de l'Union Européenne (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des patientes enquêtées par nationalité

Nationalité	Effectif	%
Roumanie	28	22
Cameroun	26	21
Côte d'Ivoire	15	12
Moldavie	7	6
Algérie	5	4
Congo	4	3
Comores	4	3
Sénégal	4	3
Guinée	3	2
Autres nationalités	30	24

106 femmes (84%) ont été victimes d'au moins une forme de violence au cours de leur vie : 90 de violences verbales ou psychologiques, 72 de violences physiques et 43 de violences sexuelles (après 18 ans). 59 femmes (48%) ont déclaré avoir subi au moins une forme de violence au cours des 12 derniers mois (tableau 2).

Tableau 2: Effectif et proportion de femmes ayant déclaré des violences au cours de leur vie

	Effectif	%
Violences verbales et psychologiques	90	71
Insultes	84	67
Menaces de dénonciation en raison de sa situation administrative précaire	21	17
Menaces de mort	24	19
Violences physiques	72	57
Enfermée, empêchée de sortir par contrainte physique, rétention des papiers ou d'argent	12	10
Frappée, autres brutalités physiques	64	51
Blessure avec armes, tentative d'étranglement, de meurtre	14	11
Violences sexuelles (après 18 ans)	43	34
Pressions répétées à caractère sexuel faisant craindre un passage à l'acte	32	25
Attouchement sexuel	28	22
Viol	24	19

Concernant le cumul des violences, 30 femmes (28%) n'ont rapporté qu'un fait de violence, 24 femmes (23%) 2 faits de violence. Les 52 autres femmes ont signalé 3 formes distinctes ou plus de violence.

Si l'on s'intéresse au lieu de survenue des violences, 92 femmes (73%) ont subi au moins un fait de violence au pays d'origine avec une durée moyenne de résidence de 35,6 ans. Là encore les violences verbales et psychologiques sont les plus représentées (n=71), suivies des violences physiques (n=60) puis sexuelles (n=33).

55 femmes (44%) ont subi au moins une forme de violence depuis leur arrivée en France avec une durée moyenne de résidence de 1,7 an. Dans le détail, les insultes restent la première forme de violence rapportée (n=40), suivies des menaces de dénonciation en raison d'une situation administrative précaire (n=20). Cette dernière forme de violence est spécifique de l'immigration et on ne la retrouve logiquement pas au pays d'origine (tableau 3). On notera que l'hébergeant, qui n'est jamais cité comme agresseur au pays d'origine, est mis en cause après l'arrivée en France pour les insultes, menaces de dénonciation, pressions à caractère sexuel ou séquestration.

Tableau 3 : Effectif et proportion de femmes ayant déclaré des violences selon leur lieu de survenue

	Au pays d'origine		Pendant le parcours migratoire		Depuis l'arrivée en France	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Violences verbales et psychologiques						
Insultes	67	53	3	15	40	32
Menaces de dénonciation	0	0	1	5	20	16
Menaces de mort	20	16	2	10	6	5
Violences physiques						
Enfermée, empêchée de sortir	5	4	1	5	6	5
Frappée	56	44	3	15	11	9
Blessure avec arme, tentative d'étranglement ou de meurtre	12	10	1	5	1	1
Violences sexuelles						
Pressions répétées à caractère sexuel	24	19	1	5	10	8
Attouchement sexuel	22	17	2	10	7	6
Viol	14	11	3	15	8	6

29% des femmes interrogées et victimes de violences (n=28) n'en avaient jamais parlé avant la passation du questionnaire. Lorsqu'elles en ont parlé, les premiers interlocuteurs de ces femmes sont la famille ou les amis. Seules 8 femmes ayant subi au moins une violence au cours de leur vie en ont parlé à la police et 15 à un médecin ou psychologue.

Considérant les motifs les poussant à ne pas avoir recours à la police ou au médecin/psychologue, la première raison invoquée demeure le fait qu'elles le jugent inutile. Pour celles qui n'ont pas eu recours au médecin/psychologue, un quart l'explique par le fait qu'elle avait honte mais aucune n'avait peur de ne pas être crue (tableau 4).

Tableau 4: Distribution des raisons de non recours à la police, au médecin/psychologue

Raisons du non recours à la police n=41	Effectif	%
L'a jugé inutile	17	41
A eu peur en raison de sa situation administrative	13	32
A eu honte	9	22
A eu peur des représailles	8	20
Autre	7	17
Peur de ne pas être crue	5	12
Ne savait pas qu'elle pouvait	4	10
Raisons du non recours au médecin/psychologue n=29	Effectif	%
L'a jugé inutile	14	48
A eu honte	7	24
A eu peur	5	17
Ne savait pas à qui s'adresser	4	14
Absence de couverture médicale	3	10
Autre	2	7
Peur de ne pas être crue	0	0

33 femmes ont répondu au questionnaire complémentaire dont 27 victimes de violences. Parmi ces 27, 15 déclarent avoir constaté des conséquences de ces violences sur leur santé (douleurs et manifestations anxio-dépressives principalement) et 11 ont consulté un médecin en raison de ces symptômes. Alors même qu'elles avaient fait la démarche de consulter, 6 femmes sur 11 n'en ont pas parlé au médecin. Ces dernières déclarent avoir gardé le silence par honte, parce qu'elles jugeaient inutile d'en informer le médecin ou parce que l'évocation des violences leur était douloureuse. Toutefois, une autre catégorie de motifs était mentionnée et cette fois directement en lien avec la relation médecin-malade: parce que le médecin ne l'avait pas demandé, par peur du non-respect du secret médical, parce que le médecin n'avait pas le temps (tableau 5).

Tableau 5 : Motif de non énonciation des faits de violences chez les femmes ayant consulté un médecin en raison d'un symptôme en lien avec les violences

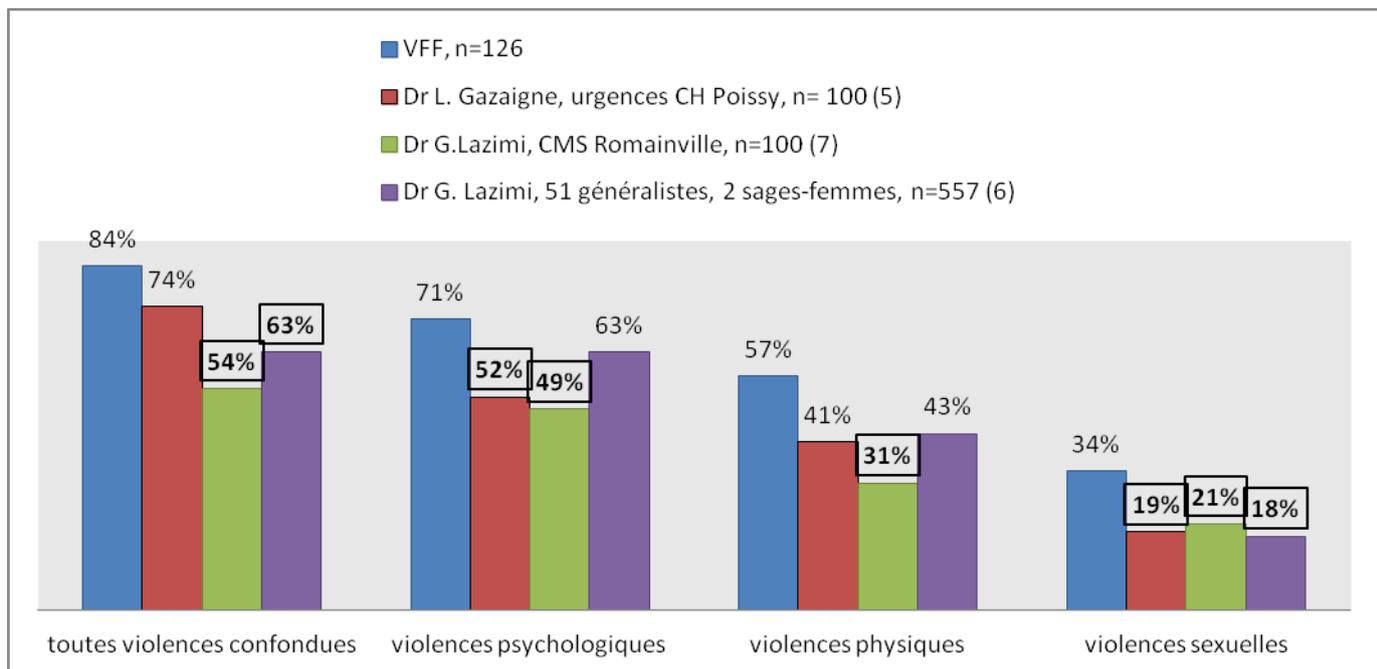
Explication donnée à leur silence	Effectif concerné
Le médecin ne leur a pas demandé	2
A jugé inutile d'en parler	2
A eu honte d'en parler	1
A eu peur du non-respect du secret	1
Le médecin n'avait pas le temps	1
Évocation douloureuse	1

Parmi les 33 ayant répondu au questionnaire complémentaire, 32 ont déclaré qu'elles ne seraient pas choquées si le médecin leur posait directement la question des violences en consultation. La 33ème ne savait pas quelle aurait été sa réaction.

Discussion

Nous avons comparé nos données avec celles de 3 autres études de repérage des violences réalisées en milieu de soins en France (5-7). Les prévalences des violences, tous types confondus aussi bien que psychologiques, physiques ou sexuelles, sont toujours plus élevées dans notre étude. Nous avons utilisé le test du Chi 2 afin de savoir si cette différence était significative ($p < 0.05$). (graphique 1)

Graphique 1 : Etude VFF et études de repérage en milieu de soins, violences déclarées au cours de la vie.



Sont signalées en gras et encadrées les valeurs pour lesquelles la différence est significative ($p < 0.05$) avec l'étude VFF

S'agissant de femmes migrantes, on pourrait être tenté d'expliquer cette forte exposition par la violence présente dans le pays d'origine qu'elles ont laissé derrière elles. Mais avec une durée moyenne de séjour de 1,7ans en France, elles sont 44% à rapporter des violences après leur arrivée. Difficile dès lors de considérer que l'arrivée sur le territoire français pour ces femmes est un facteur de protection. Cette arrivée s'accompagne d'ailleurs de l'émergence d'une forme de violence supplémentaire à savoir les menaces de dénonciation et d'un nouvel agresseur : l'hébergeant. Concernant le questionnaire complémentaire, il fournit des pistes de réflexion plus qu'il ne permet de tirer de réelles conclusion, l'effectif étant extrêmement réduit. On retiendra que pour expliquer leur silence, certaines femmes évoquent la peur du non-respect du secret médical, la non disponibilité du médecin et le recueil incomplet des antécédents. Il revient donc aux médecins de poser la question, rassurer les patientes sur le respect du secret médical et de savoir se montrer à leur écoute.

On insistera sur le très faible taux de refus de l'enquête (2 femmes sur 128) et 32 femmes sur 33 ne seraient pas choquées si leur médecin leur posait la question des violences de façon systématique. Ces éléments doivent rassurer les médecins quant à l'acceptabilité de ces questions par les patientes.

Les limites de cette étude résident en premier lieu dans la faiblesse de l'échantillon. D'autre part, on ne peut assimiler les femmes interrogées aux 2 centres de Médecins du monde de Paris et Saint Denis à un échantillon représentatif de la population des femmes migrantes et précaires en France. Une solution pourrait être de soumettre le questionnaire aux femmes migrantes bénéficiaires de l'AME ou de la CMU venant consulter en cabinet de médecine générale sur une plus grande échelle soit géographique, soit de temps.

Dans la sélection des femmes interrogées, étaient exclues celles qui ne pouvaient être vues seules (hormis la présence d'un traducteur), ce qui a pu entraîner un biais de recrutement puisque le refus de s'absenter de la part d'un accompagnant peut cacher des violences.

Cette étude a toutefois permis à ces femmes d'évoquer les violences qu'elles subissent et pour près de 80% d'entre elles, cette situation était prise pour la première fois en compte en amont ou au cours d'une consultation médicale. Au vu des très fortes prévalences retrouvées, il nous semble clair que la population interrogée est effectivement très fortement exposée aux violences et leur arrivée en France ne les protège pas. La précarité de leur situation les rend à la fois plus vulnérables avec l'émergence d'un nouveau type d'agresseur – l'hébergeant – et d'une nouvelle forme de pression – les menaces de dénonciation – et cela tout en limitant leurs recours possibles.

C'est là que le rôle du médecin prend toute sa dimension. Les femmes interrogées durant cette enquête étaient en cours d'obtention de l'aide sociale (AME ou CMU) et ne se rendaient en consultations aux centres de Médecins du Monde que dans l'attente de leurs attestations de prise en charge. Une fois ces documents obtenus, c'est vers la médecine de ville qu'elles seront orientées. Le médecin est souvent la seule personne en dehors du cercle familial ou des proches à qui elles pourront en parler.

De plus, nous insistons sur l'importance pour le médecin d'avoir une démarche active: sur l'échantillon interrogé, elles sont peu nombreuses à prendre l'initiative d'en parler avec le médecin, alors même qu'elles sont prêtes à répondre aux questions, si tant est qu'on les leur pose.

NB : Pour toute correspondance relative au manuscrit, merci de vous adresser à : Janina Estrada, 64 rue de Meaux 75019 Paris, tel : 07 60 38 19 80
Mail : jane.estrada@free.fr

Bibliographie

1. synthese-rapport-2010.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 2011 juin 17]; Available from: http://www.inhesj.fr/fichiers/ondrp/rapport_annuel/synthese-rapport-2010.pdf
2. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull. World Health Organ.* 2006 sept;84(9):739-744.
3. Estrada J. Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, spécialité médecine générale. Faculté Pierre et Marie Curie, Paris VI. 2011.
4. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D. [Mortality due to intimate partner violence in foreign women living in Spain (1999-2006)]. *Gac Sanit.* 2008 juin;22(3):232-235.
5. Gazaigne L. Violences faites aux femmes: poser la question est-il possible? - Mémoire de diplôme d'études spécialisées de médecine générale université Paris VI. 2008;
6. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme

universitaire : Stress, traumatisme et pathologies ; université Paris VI. 2007;

7. Lazimi G. Evaluation des violences faites aux femmes. Etude auprès de 100 consultantes en médecine générale. Enquête réalisée au décours de la campagne contre les violences faites aux femmes lancée en Seine-Saint-Denis le 20 sept. 2004. Mémoire dans le cadre du DIU « Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste », UFR 064 Saint-Antoine. 2005.