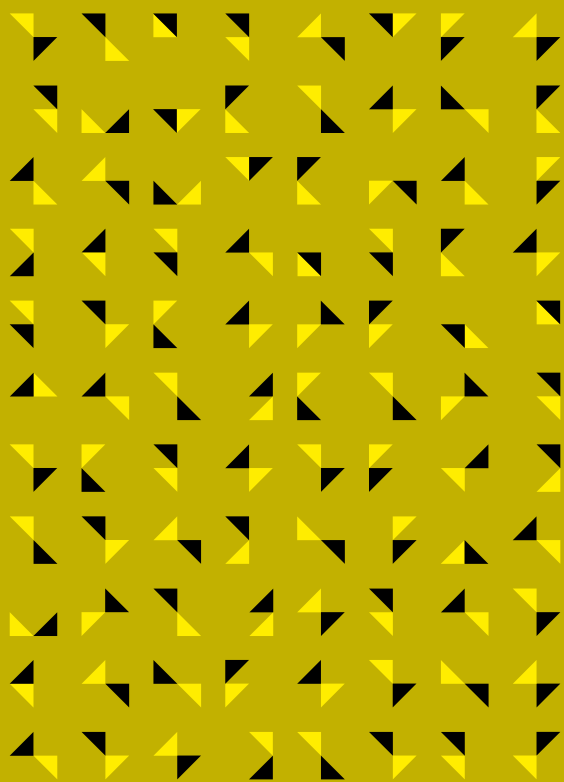


**VIOLENCES SUBIES  
PENDANT LE PARCOURS MIGRATOIRE  
PAR LES PERSONNES AYANT TRANSITÉ  
PAR LA LIBYE, L'ITALIE ET LA FRANCE**



RAPPORT SCIENTIFIQUE





**VIOLENCES SUBIES  
PENDANT LE PARCOURS MIGRATOIRE  
PAR LES PERSONNES AYANT TRANSITÉ  
PAR LA LIBYE, L'ITALIE ET LA FRANCE**

RAPPORT SCIENTIFIQUE

## REMERCIEMENTS

Merci d'abord à tous et à toutes les participant-e-s de cette étude pour leurs contributions et la grande valeur de leurs témoignages.

Merci aussi à tous et toutes les bénévoles et salarié-e-s du Caso de Saint-Denis qui ont collaboré au cours des différentes étapes de l'étude, notamment les médecins et infirmières, l'équipe d'accueil et d'orientation et l'équipe psychosociale, avec une mention spéciale à Adeline Grippon et Nora Fallet, Christian Bensimon et Daniel Brehier qui ont soutenu l'étude dès le début.

Nous voudrions aussi remercier la participation de tous les collaborateurs de l'étude de la Direction de opérations France (Nathalie Godard, Marie Lалуque, Camille Gutton, Houda Merimi, Delphine Fanget), de la Direction santé plaidoyer (Ezequiel Aranda, Niklas Luhmann, Magali Bouchon, Laëtitia Clouin, Olga Bautista, Christian Reboul, Sophie Laurence, Ségolène Perrineau), de la Direction de communication (Fanny Mantoux, Insaf Rezagui), de la Direction d'opérations internationales (Eve Derriennic) et MdM Italie (Francesca Amerio). Nous voudrions aussi remercier le travail de Soazig Dollet dans les étapes préliminaires de l'étude et la conception et l'appui de Maria Melchior.

## FINANCEMENT

Médecins du Monde

## INVESTIGATEUR PRINCIPAL

Médecins du Monde

## AUTEURES DU RAPPORT

Laura Reques et Camille Rolland

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

Christian Reboul, Nathalie Godard, Camille Gutton, Ezequiel Aranda-Fernández, Adeline Grippon, Laëtitia Clouin, Olga Bautista, Delphine Fanget, Magali Bouchon, Houda Merimi, Maria Melchior.

Date de publication: Novembre 2019  
Conception graphique: Christophe Le Drean

*Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de Médecins du Monde.*



# SOMMAIRE

4	Acronymes
5	Liste de tableaux et figures
7	RÉSUMÉ EXÉCUTIF
13	INTRODUCTION
19	OBJECTIFS
23	MÉTHODOLOGIE
29	RÉSULTATS
49	DISCUSSION
59	CONCLUSIONS
63	RÉFÉRENCES
69	ANNEXES

## ACRONYMES

<b>CAOA</b>	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	<b>JSFM</b>	Justice sans frontières pour les migrants
<b>CASO</b>	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	<b>LAM</b>	Lits d'accueil médicalisés
<b>CEEI/IRB</b>	Comité d'évaluation de l'éthique de l'Inserm	<b>LHSS</b>	Lits halte soins santé
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique	<b>MANUL</b>	Mission politique des Nations Unies en Libye
<b>Comede</b>	Comité pour la santé des exilés	<b>MdM</b>	Médecins du Monde
<b>DCIM</b>	Directorate for Combatting Illegal Migration	<b>MEDU</b>	Medici per i Diritti Umani
<b>DRC</b>	Development Research Centre on Migration	<b>MSF</b>	Médecins sans frontières
<b>DTM</b>	Displacement Tracking Matrix	<b>OIM</b>	Organisation internationale pour les migrations
<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie-précarité	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ET</b>	Écart-type	<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>FIDH</b>	Fédération internationale des ligues des droits de l'homme	<b>ONU</b>	Organisation des Nations unies
<b>HCR</b>	Agence des Nations unies pour les réfugiés	<b>PASS</b>	Permanences d'accès aux soins de santé
<b>IC</b>	Intervalle de confiance	<b>RMC</b>	Route de la Méditerranée Centrale
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	<b>RMMS</b>	Regional Mixed Migration Secretariat
		<b>SDF</b>	Sans domicile fixe
		<b>UE</b>	Union européenne
		<b>UNHCR</b>	United Nations Refugee Agency
		<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## LISTE DE TABLEAUX ET FIGURES

<p><b>TABEAU 1</b> Analyse descriptive des participants de l'étude. .... 30</p> <p><b>TABEAU 2</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en Libye par sexe. .... 34</p> <p><b>TABEAU 3</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en Italie par sexe. .... 40</p> <p><b>TABEAU 4</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en France par sexe. .... 43</p> <p><b>TABEAU 5</b> Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en Libye. .... 70</p> <p><b>TABEAU 6</b> Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en Italie. .... 71</p> <p><b>TABEAU 7</b> Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en France. .... 72</p>	<p><b>FIGURE 1</b> Parcours des participants. .... 24</p> <p><b>FIGURE 2</b> Description des types de violence. .... 26</p> <p><b>FIGURE 3</b> Diagramme de participation. .... 31</p> <p><b>FIGURE 4</b> Parcours migratoire des participants. .... 32</p> <p><b>FIGURE 5</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en Libye par sexe. .... 35</p> <p><b>FIGURE 6</b> Auteurs des épisodes de violence subis en Libye. .... 36</p> <p><b>FIGURE 7</b> Fréquence des épisodes de violence subis en Libye. .... 36</p> <p><b>FIGURE 8</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en Italie par sexe. .... 41</p> <p><b>FIGURE 9</b> Auteurs et fréquence des épisodes de violence subis en Italie. .... 42</p> <p><b>FIGURE 10</b> Conditions d'hébergement pendant le séjour en Italie. .... 42</p> <p><b>FIGURE 11</b> Épisodes de violence directe et indirecte subis en France par sexe. .... 46</p> <p><b>FIGURE 12</b> Auteurs et fréquence des épisodes de violence subis en France. .... 47</p> <p><b>FIGURE 13</b> Conditions d'hébergement en France au moment de l'entretien. .... 47</p>
---	--





# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

## INTRODUCTION

Plusieurs études ont montré qu'un pourcentage élevé de personnes migrantes souffrent des épisodes de violence dramatiques liés aux migrations, incluant des agressions physiques, torture, privation et violence sexuelle. Parmi les routes migratoires empruntées, la « route de la Méditerranée centrale » qui s'initie en Afrique subsaharienne, traverse la Libye et la Méditerranée et se poursuit en Europe est l'une des plus dangereuses. En 2017, des accords ont été signés entre l'Union européenne et la Libye et entre l'Italie et la Libye afin de réduire le nombre de personnes migrantes traversant la mer Méditerranée. Ces accords ont été récemment renouvelés.

En Europe, depuis plusieurs années, une logique sécuritaire imprègne les gouvernements devant le droit des étranger-e-s. L'Italie a affiché un durcissement de la politique d'immigration notamment vis à vis du droit de séjour et du système d'accueil des demandeurs et demandeuses d'asile. En France, la campagne des Européennes au printemps 2019 a remis le sujet dans le débat public et ravivé des positions anti-immigration, également alimentées par un climat politique national très clivé sur cette question. L'Europe des vingt-huit ne semble pas parvenir à s'accorder sur une politique commune d'accueil et le système actuel ne garantit pas une protection équitable, efficiente et efficace.

Quelques publications basées sur des recueils de témoignages et des études qualitatives ont dénoncé des épisodes de violences policières en Belgique, la situation des migrant-e-s à Calais ou à la frontière entre l'Italie et la France. Néanmoins, des données scientifiques quantitatives manquent encore dans la documentation de ces violences sur le parcours migratoire, du pays de départ jusqu'à l'Europe puis le pays d'arrivée.

Le sujet de la violence pendant le parcours migratoire a suscité un réel intérêt sur les acteurs de terrain. En effet, lors des consultations de

médecins, d'infirmières et de psychologues, il était courant d'objectiver des symptômes psychotraumatiques chez les patient.e.s transitant par la Libye. Les professionnel-le-s ont exprimé leur volonté de participer à cette étude et de documenter les actes de violence rapportés au cours de la consultation.

Dans ce contexte, l'objectif de l'étude était de quantifier les épisodes de violence subis, leur fréquence, l'accès aux soins de santé et le besoin de soutien psychologique ou psychosocial des migrant.e.s transitant par la Libye et reçus au sein des programmes de Médecins du Monde.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale mono-centrique implémentée entre février et mai 2019. La population cible comprenait les personnes accueillies au Caso à Saint-Denis pour une consultation médicale. Les critères d'inclusion étaient l'âge > 18 ans, la nationalité étrangère, le transit en Libye et l'arrivée en Europe à partir de 2017. Les personnes étaient exclues si elles présentaient des signes de traumatisme et risques de décompensation psychiatrique telles qu'identifiés par les professionnel-le-s de santé. Une fois la personne identifiée et les critères d'inclusion vérifiés, le-la participant-e potentiel-le passait dans une autre pièce avec un-e enquêteur-enquêtrice qualifié-e.

Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne (application Kobo Collect) avec des questions fermées et ouvertes. Ainsi, la collecte de données a été automatique et intégrée directement dans une base de données sécurisée. Une période de pré-test a été réalisée afin de tester la faisabilité du questionnaire. Trois types de violence étaient distinguées : la violence physique, par privation/négligence, et sexuelle. L'analyse descriptive a utilisé la moyenne, l'écart type ainsi que la médiane et la plage interquartile pour les données continues. Les pourcentages avec un intervalle de confiance de 95 % ont été

utilisés pour les données discontinues. Le test t-Student a été utilisé pour les variables continues et le test exact du Chi<sup>2</sup> pour les variables catégoriques.

L'analyse descriptive des participant.e.s comprenait les caractéristiques sociodémographiques, les raisons de la migration, la durée du trajet, la voie de migration, le pays d'origine, le groupe d'âge, le sexe, les facteurs de vulnérabilité et le niveau d'éducation. L'analyse des épisodes de violence incluait la fréquence des types de violence et les catégories d'auteurs-autrices perpétrant les violences. La proportion de participant.e.s référés.e-s à l'équipe de soutien psychologique après le questionnaire a également été mesurée.

Des témoignages ont été enregistrés si la personne décidait de raconter son expérience de façon parallèle aux réponses au questionnaire. En parallèle, les témoignages explicatifs au cours de l'enquête ont été transcrits pour repérer les plus illustratifs et récurrents.

## RÉSULTATS

### DESCRIPTION DE LA POPULATION

98 personnes ont été recrutées et 72 ont été interrogées (17 ont refusé de participer et 9 ont été exclues). L'âge moyen était de 31,6 ans, 76,4 % étaient des hommes, 76,4 % avaient un niveau d'études primaire ou inférieur, 66,7 % venaient de Côte d'Ivoire et 58,3 % avaient quitté leur pays pour des raisons de sécurité.

Le séjour moyen en Libye était de 180 jours et 2,8 % avaient eu accès à des soins de santé dans ce pays. Le séjour moyen en Italie était de 200 jours et 41,7 % avaient eu accès à des soins de santé dans ce pays. Le séjour moyen en France était de 90 jours, ce qui veut dire que la majorité de migrantes étaient primo arrivants au moment de l'entretien. Parmi eux, 63,9 % des participants ont déclaré avoir besoin de soutien psychologique

et ont été orientés vers un spécialiste de santé mentale à l'issue du questionnaire.

## ÉPISODES DE VIOLENCE EN LIBYE

En Libye, 94,4 % des participant-e-s avaient subi au moins un type de violence (93,6 % d'hommes et 88,2 % de femmes). 91,1 % des participant-e-s avaient souffert de violence physique (94,3 % des hommes et 80 % des femmes). 89,5 % des participant-e-s avaient subi des violences par privation (81,7 % des hommes et 86,7 % des femmes). 26,5 % des enquêté-e-s ont rapporté des épisodes de violence sexuelle (18,9 % des hommes et 53,3 % des femmes,  $p = 0,01$ ). En outre, 49,1 % des hommes et 22,2 % des femmes avaient été soumis au travail forcé ( $p = 0,03$ ). Enfin, 17,6 % des femmes avaient eu un avortement non médicalisé pendant leur séjour en Libye. Il n'y avait pas de différence statistique significative en fonction des autres variables sociodémographiques et liées au séjour.

Il peut être constaté que dans plus de la moitié de cas, les auteurs-autrices des violences n'avaient pas été identifié-e-s. Par rapport à la fréquence des épisodes de violence, pour la violence physique, dans 38 % des cas, il s'agissait d'une violence quotidienne (tous ou presque tous les jours), dans 42 % des cas d'une violence régulière (toutes les semaines), dans 15 % des cas d'une violence occasionnelle (moins d'une fois par semaine) et dans 5 % des cas d'une violence très occasionnelle (épisodes sporadiques). Ces pourcentages sont respectivement de 37 %, 54 %, 9 % et 0 % pour les cas de violence par privation et de 41 %, 35 %, 24 % et 0 % pour les cas de violence sexuelle.

## ÉPISODES DE VIOLENCE EN ITALIE

En Italie, 25 % des participant-e-s avaient subi au moins un type de violence (25,5 % d'hommes et 23,5 % de femmes), 16,7 % des participant-e-s avaient souffert de violence physique (17,6 % des hommes et 16,4 % des femmes) et 16,7 % des participant-e-s avaient subi des violences par privation (17,6 % des hommes et 16,4 % des

femmes). Le pourcentage de personnes ayant souffert au moins une fois de violence sexuelle était de 1,4 %. Il n'y avait pas de différence statistique significative en fonction des autres variables sociodémographiques et liées au séjour.

Les auteurs de ces violences étaient dans 83 % des cas des civils et dans 10 % des cas des représentants officiels de l'État. Dans 17 % des cas, il s'agissait d'une violence régulière, occasionnelle dans 58 % des cas, et très occasionnelle dans 25 % des cas. En ce qui concerne les conditions d'hébergement, la plupart des migrants (83 %) étaient hébergés dans des centres d'accueil (« campos »), 6 % dans la rue, 3 % chez des amis et ou familiaux et 3 % dans des squats.

## ÉPISODES DE VIOLENCE EN FRANCE

En France, 15,3 % des participant-e-s avaient subi au moins un type de violence (16,3 % d'hommes et 11,5 % de femmes). 12,5 % des participant-e-s avaient souffert de violence physique (14,5 % des femmes et 5,9 % des hommes), 8,3 % des participant-e-s avaient subi des violences par privation (10,9 % des hommes et 0 % des femmes). Aucun épisode de violence sexuelle n'a été déclaré pour les personnes enquêtées. Il n'y avait pas de différence statistique significative en fonction des autres variables sociodémographiques et liées au séjour.

Les auteurs de ces violences étaient dans 89 % des cas des civils et dans 11 % des cas des représentants officiels de l'état. Il peut être observé que dans 22 % des cas, il s'agissait d'une violence régulière, occasionnelle dans 33 % des cas et très occasionnelle dans 45 % des cas. En ce qui concerne les conditions d'hébergement, la plupart des personnes enquêtées (47 %) dormaient dans la rue, 40 % chez des amis et/ou familiaux, 10 % dans des Squats et 3 % dans des centres d'accueil.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La vaste majorité des personnes témoignent de violences directes et indirectes à grande échelle subies pendant le parcours migratoire en Libye. Les femmes sont notamment très exposées aux violences sexuelles.

Après l'arrivée en Europe, en Italie les personnes exilées ont largement soulevé le manque d'accès aux structures de soins. En France, ce sont surtout des problèmes liés aux conditions de vie et d'hébergement.

La souffrance des exilé-e-s est une constante du départ à l'arrivée. La majorité des personnes enquêtées ont sollicité du soutien psychologique après la réalisation du questionnaire. Il existe une urgente nécessité de soutien des personnes migrantes qui ont traversé la Libye.

En raison de l'importance des violences directes subies en Libye, le manque d'accès aux soins en Italie et le manque d'accès à l'hébergement en France, des actions de dépistage et un accompagnement de ces populations pour accéder à leurs droits et au système de santé s'avèrent indispensables.

Les professionnel-le-s 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 par des conditions d'accueil et des situations administratives souvent précaires.

Les patients victimes de violences doivent par conséquent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique et adaptée (sociale, psychologique, médicale). Or, ils ne sont pas toujours pris en charge sur le plan médico-psychosocial, notamment du fait de l'absence de formation systématique des professionnel-le-s aux problématiques de violence.

Pour atteindre cet objectif nous recommandons :

## DANS LES PROGRAMMES DE MDM

- Développer la connaissance et la compétence des acteurs MdM sur les effets des troubles psycho-traumatiques des personnes migrantes, l'identification d'épisodes de violence subis et la conduite à tenir (écoute et prise en charge physique et psychologique);
- Développer des outils spécifiques d'identification d'épisodes de violence subis par les personnes migrantes;
- Renforcer les équipes et les services de soutien psychosocial et psychologique pour les personnes ayant été victimes de violence;
- Faciliter la possibilité d'expression pour les personnes au sein des programmes par la mise en place d'espace d'écoute collectif ou individuel et de temps dédié des professionnels lors des consultations médicales;
- Renforcer la prise en charge des potentiels troubles fonctionnels dérivés des épisodes de violence, en incluant des consultations spécialisées en santé sexuelle et reproductive et des services de dépistage et prévention;
- Assurer un mapping des différents acteurs du territoire qui peuvent proposer une prise en charge et/ou un suivi des personnes ayant subi des violences (somatiques, psychologiques, juridiques);
- Proposer des orientations vers des relais associatifs ou institutionnels identifiés des personnes rencontrées sur les programmes de MdM;
- Développer des prises en charges spécifiques lorsque les réseaux identifiés ne peuvent répondre aux besoins;
- Renforcer les services d'interprétariat, d'accompagnement et de médiation en santé pour les personnes victimes de violence;
- Interroger l'analyse des besoins et des pratiques du programme avec une approche de genre.

## DANS LES STRUCTURES DE SOINS

- Développer la connaissance auprès du public des dispositifs existants pour la prise en charge

des violences récentes (centres de proximité, hôpitaux, numéros d'urgence);

- Assurer une formation pluridisciplinaire des professionnels de santé sur le sujet de la violence et des effets des troubles psycho-traumatiques pour assurer la prise en charge adaptée des personnes ayant subi des violences;
- Analyser les besoins et les pratiques des services en incorporant une approche de genre.

### EN MATIÈRE DE POLITIQUE SANITAIRE

- Améliorer l'accès aux soins généraux et soins psychosociaux, psychologiques et psychiatriques des personnes migrantes, accessibles pour tous, avec ou sans couverture maladie;
- Renforcer et adapter les structures existantes (PASS, EMPP, CMP, LAM, LHSS...) pour la prise en charge physique, psychosociale, psychologique et psychiatrique des personnes migrantes qui ont été victimes de violence;
- Permettre la prise en charge des consultations psychologiques par la couverture maladie pour les personnes sans ressources (bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C);
- Développer des structures d'accompagnement et médiation pour les personnes migrantes victimes de violence;
- Systématiser le recours à l'interprétariat en santé dans toutes les structures de soins qui accueillent des personnes migrantes;
- Développer des dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psycho-traumatisme des personnes migrantes.

### EN MATIÈRE DE POLITIQUE MIGRATOIRE NATIONALE ET EUROPÉENNE

- Améliorer les conditions de vie et d'accueil à destination des personnes migrantes arrivant en France;
- Mettre en place une protection dite Humanitaire qui a vocation à protéger les personnes qui ont connu un parcours traumatique comme celles qui transitent par la Libye;

- Soutenir et renforcer des actions de secours en mer, avec notamment la réquisition de bateaux pour des actions humanitaires;
- Assurer la protection temporaire de ressortissant-e-s de pays tiers en cas d'afflux massif de réfugié-e-s;
- Réviser les politiques migratoires des États membres de l'UE en élargissant l'accès à un droit d'asile européen, dans le respect du libre choix par les personnes de leur pays d'accueil;
- Améliorer les conditions d'accueil et de protection des personnes migrantes, en assurant une prise en compte systématique des vulnérabilités et des violences et en assurant un accès effectif à l'hébergement;
- Faire cesser toutes formes de violences à l'encontre des personnes dans les pays d'accueil, comme la détention et la criminalisation;
- Veiller pour que le Commissaire européen des droits de l'homme assure que chaque État respecte effectivement ses obligations.

### EN MATIÈRE DE RECHERCHE

- Élargir les objectifs des études en incluant les épisodes de violence subis pendant la traversée de la Méditerranée, ainsi qu'à travers des autres voies migratoires;
- Étudier les types d'accompagnement et prise en charge qui peuvent être efficaces pour aider les personnes à se rétablir suite à un vécu de violences;
- Mener des études longitudinales pour évaluer les effets des violences subies sur leur santé à long terme;
- Intégrer des études qualitatives pour approfondir l'analyse des expériences vécues et des barrières trouvées pendant le parcours migratoire et dans les pays d'accueil;
- Intégrer une approche de genre dans les recherches en lien avec la migration et les violences pour pouvoir documenter l'impact de ces questions en termes de vulnérabilité et violences subies et pouvoir faire des recommandations qui prennent en compte ces dimensions.

# INTRODUCTION

## LES VIOLENCES LIÉES AU PARCOURS MIGRATOIRE

Partout dans le monde, des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants fuient leurs pays d'origine pour des raisons diverses. La migration est un droit des êtres humains, le droit de choisir où habiter et le droit d'avoir une protection internationale en cas de besoin. Néanmoins, les réponses des États européens sont de fermer les frontières et de mettre en place des politiques qui mettent en danger les personnes qui ont souvent été déjà victimes de la misère, des violences et de la guerre. Ces migrants et migrantes s'en remettent parfois à des trafiquant-e-s, s'entassent dans des embarcations de fortune et défient les éléments au péril de leur vie pour aller vers d'autres pays.

Les politiques migratoires ont fait que le parcours de migration s'est progressivement durci et est devenu de plus en plus dangereux. De nombreuses ONGs ont récolté des témoignages pour dénoncer des épisodes de violence subies sur le parcours incluant agressions physiques, tortures et violences liées au genre (1-6).

### CONDITIONS DU TRANSIT PAR LA LIBYE

Parmi les routes migratoires empruntées principalement par les migrant-e-s subsaharien-ne-s, celle appelée « Route de la Méditerranée Centrale » (RMC) qui traverse la Libye est l'une des plus dangereuses (8-10).

Les personnes migrantes ont pour origines principales le Niger (20 %), l'Égypte (15 %), le Tchad (14 %), le Soudan (12 %) et le Nigéria (10 %). Parmi elles, 87 % sont des hommes et 9 % sont mineurs (5). La politique migratoire de contrôle aux frontières a énormément limité les déplacements (118 912 personnes en 2017, 23 276 en 2018 et une très forte restriction en 2019) (7).

Depuis quelques années, les personnes qui empruntent les routes à travers la Libye sont confrontées à des conditions difficiles : les conditions environnementales, l'absence d'un État de



droit et la prédominance des réseaux criminels, et peu ou pas du tout d'accès à la nourriture, à l'eau et aux soins. Le long du trajet, elles sont souvent victimes d'extorsion et de mauvais traitements, y compris d'insultes, de violences, de vols ou de détention jusqu'à ce qu'elles paient plus d'argent. Certaines finissent par être soumises à la traite, au travail forcé, à la violence et à l'exploitation sexuelle (8-12). L'instabilité actuelle du pays a accru la menace de la violence armée, de la xénophobie et de l'extrémisme. La population migrante subsaharienne est fortement discriminée par les passeurs et la population locale (7). Ces témoignages sont pour la majeure partie recueillis par les associations non-gouvernementales (4-6,13-15).

### **POLITIQUE EUROPÉENNE DE MIGRATION : LE CONTRÔLE DES FRONTIÈRES**

Depuis quelques années et en ce qui concerne la responsabilité de l'ONU, de l'UE et des autorités italiennes, un grand nombre d'ONG dénoncent l'externalisation du contrôle des frontières de l'UE aux libyens. En 2017, les dirigeant-e-s de l'UE ont approuvé le plan de migration de la RMC à Malte (14). Il vise à fermer la voie migratoire de la Méditerranée centrale, à l'instar de la fermeture de la route des Balkans occidentaux en 2016 avec l'accord UE-Turquie. La priorité de l'UE reste le contrôle de ses frontières. Le soutien aux autorités libyennes comprend la formation, l'équipement et l'appui aux garde-côtes libyennes, alors que leur implication dans les violations des droits humains des migrant-e-s a été très bien documentée (13). En outre, le Fond fiduciaire de l'UE pour l'Afrique - sur proposition de la Commission européenne - a adopté un programme de financement des autorités libyennes pour renforcer la protection des migrant-e-s et la gestion des migrations en Libye. Malgré de nombreuses critiques, l'accord controversé signé en 2017 entre l'Italie et la Libye a été renouvelé mercredi 30 octobre. Soutenu par l'Union européenne, le texte prévoit une aide financière et la formation des garde-côtes libyens pour bloquer les départs de migrants (16).

### **LA VIOLENCE ENVERS LES MIGRANT-E-S À L'ARRIVÉE EN EUROPE**

#### **DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR L'EUROPE**

Les tendances migratoires entre la Libye et l'Italie ont été très liées aux politiques des frontières. Ainsi, le nombre des nouvelles arrivées a fluctué pendant les dernières années (de 15 000 personnes en 2012 jusqu'à presque 200 000 en 2016 et 120 000 en 2017). Cependant, le nombre total d'arrivées en Italie en 2018 était de 23 370 personnes, ce qui implique une réduction importante (5,7).

Toutefois, le nombre de décès enregistrés parmi les migrant-e-s tentant d'entrer en Europe par la route de la Méditerranée centrale a considérablement augmenté. En 2018, deux fois plus de décès que l'année précédente ont été enregistrés : selon les chiffres de l'OIM 1.306 personnes seraient décédées en tentant de traverser la RMC en 2018 (5). En 2018, 15.478 migrant-e-s ont été accompagné-e-s sur les côtes libyennes par les garde-côtes libyens (5).

#### **CONTEXTE DE LA SITUATION D'ACCUEIL DES MIGRANT-E-S EN EUROPE : L'ITALIE ET LA FRANCE**

En Europe, depuis plusieurs années, une logique sécuritaire imprègne les gouvernements devant le droit des étrangers. Malgré le règlement de Dublin, adopté en 2003 et visant à « déterminer rapidement l'État membre responsable pour les demandeurs et demandeuses d'asile » (17), le système actuel ne garantit pas une protection équitable. L'Europe des vingt-huit ne semble pas parvenir à s'accorder sur une politique commune d'accueil.

En Italie, le pays affiche un durcissement de la politique d'immigration notamment vis à vis du droit de séjour et du système d'accueil des demandeurs et demandeuses d'asile (18).

En France, la campagne des Européennes au printemps 2019 a remis le sujet des politiques

d'accueil, du sauvetage en mer et du respect des droits des migrants dans le débat public. Le manque de logements ou de structures d'accueil adéquats pour les personnes en situation de précarité, incluant les personnes exilées en Europe, ainsi que la fermeture des frontières qui a augmenté le nombre de passeurs, ont exacerbé la violence et l'insécurité (8). La stigmatisation sociale, les conditions de vie précaires et le climat de peur et de suspicion généré par des politiques d'immigration de plus en plus restrictives entravent l'accès des migrants sans papiers aux droits à la santé et minimisent en outre le sentiment des migrants à ces droits dans ce contexte européen (19).

### ÉPISODES DE VIOLENCE PERPÉTRÉS EN EUROPE ET ACCÈS AUX SOINS

Les épisodes de violence perpétrés dans les pays d'accueil ont aussi fait l'objet de quelques publications généralement basées sur des enquêtes qualitatives et de recueil de témoignages. Ces publications font référence aux épisodes de violences policières en Belgique ou en France (15,19), la situation des migrant-e-s à Calais (20) et au niveau de la frontière entre l'Italie et la France (21), ou encore les violences sexuelles perpétrées contre des migrantes, spécialement d'origine subsaharienne (3,22-26). Néanmoins, des données quantitatives manquent encore dans la documentation de ces violences. De plus, le manque d'accès aux soins dans les pays d'accueil comme l'Italie a été citée comme une des raisons justifiant de quitter l'Italie pour la France (21).

### RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE PENDANT LE PARCOURS MIGRATOIRE : LA SANTÉ MENTALE DES MIGRANT-E-S

Les liens entre santé et migration sont complexes, les personnes qui migrent étant la plupart du temps en bonne santé, mais leur santé pouvant se détériorer suite à des conditions de migration ou de vie dans les pays de transit et d'accueil défavorables (27). La santé mentale se situe dans l'exact angle mort des politiques

publiques concernant les personnes exilées. Elle constitue pourtant une urgence sanitaire (28,29).

Les publications traitant des problèmes de santé mentale des migrant-e-s comme conséquence du parcours migratoire sont nombreuses (2,30-36). Ces problèmes peuvent être liés aux conditions de vie dans le pays d'origine, à l'expérience migratoire et la durée du parcours avant l'arrivée en Europe (le parcours incluant la Libye et la traversée de la Méditerranée) et/ou à l'instabilité et aux incertitudes auxquelles ils-elles sont confronté-e-s une fois en Europe (1,31,33).

Comme indiqué précédemment, la politique européenne d'accueil a également un impact sur la santé mentale des migrant-e-s. Le manque de structures et de moyens destinés à la prise en charge psychiatrique et le soutien psychologique, les obstacles tels que les barrières linguistiques, l'absence de protection maladie, le contexte de précarité sociale et/ou administrative rendent complexe l'inscription de cette population dans une prise en charge à long terme. De plus, les soignants témoignent des fréquentes décompensations des syndromes post traumatiques et des dépressions lors de la détérioration socio administrative ou le rejet de la demande d'asile, qui concerne deux demandeurs sur trois (37). Par ailleurs, la prise en charge des patientes allophones reste spécialement problématique ; la question de l'interculturalité est rarement prise en compte et le recours à l'interprétariat reste encore résiduel (37).

### APPROCHE CHEZ MDM : SANTÉ GLOBALE DES MIGRANT-E-S

Pour répondre aux déplacements de populations, MdM est présent dans de nombreux pays du pourtour méditerranéen : en Algérie, en Tunisie, en Italie, en Espagne, en Grèce, en France, en Turquie, en Jordanie et au Liban.

Les centres d'accueil, soins et orientation (Caso) de MdM constituent un lieu de premiers

recours aux soins et d'accès aux droits pour toute personne en situation de grande précarité ou en situation d'exclusion. Ces dispositifs sont des passerelles vers les dispositifs de droit commun. Les équipes du Caso proposent des consultations médicales, para médicales, un accompagnement dans les démarches d'ouverture de droits à la santé et vers les dispositifs de droits commun tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez 9 % des patients reçus en consultation médicale généraliste. Ainsi, 13 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso présentaient un trouble d'ordre psychologique (38), un chiffre très probablement sous-estimé dans la mesure où ces troubles sont rarement isolés et s'inscrivent souvent en toile de fond à d'autres problèmes de santé. La plupart des besoins relèvent de troubles dépressifs et anxieux, dont l'état de stress post-traumatique. Des événements à potentiel traumatique sont très souvent identifiés dans l'histoire des patient-e-s.

## LE CASO DE SAINT DENIS

Le Caso participant à cette enquête est celui situé à la Plaine Saint Denis, en Seine Saint Denis, département emblématique en matière de précarité et de migration en France. En effet, la Seine Saint Denis est un lieu d'accueil de populations migrantes, qui ont souvent été exposées à des risques de santé du fait de leur parcours migratoire, de la prévalence de certaines maladies dans leur pays d'origine et des conditions de vie précaires en France (38).

En 2017, la file active du Caso de Saint Denis était de 5924 personnes et 689 consultations de santé mentale avaient eu lieu. En 2017, 63 % des personnes reçues étaient des hommes ; l'âge moyen de la population était de 32,7 ans. 97 % des personnes étaient de nationalités étrangères, originaires principalement d'Afrique subsaharienne (45 %), du Maghreb (24 %) et de l'Union européenne (13 %). Près de 60 % des personnes

étaient hébergées par la famille, des ami-e-s ou une association, 8 % vivaient en squat ou en bidonville et 26 % étaient sans domicile fixe. Moins de 16 % des personnes en âge de travailler exerçaient une activité et 98,5 % des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté (37).

Le Caso bénéficie de l'engagement bénévole de quatre professionnel-le-s de santé mentale (psychologues et psychiatres). Depuis leur mise en place en 2011, les besoins de prise en charge en santé mentale n'ont cessé d'augmenter. La situation de grande précarité de ces personnes en France et la non prise en charge des patient-e-s dans le droit commun (39), aggravée en Seine-Saint Denis par le manque de structures, est encore plus criant pour les soins liés à la santé mentale.

Depuis quelques années, les professionnel-le-s soignant-e-s ainsi que les travailleurs-euses/accueillant-e-s sociaux-sociales ont multiplié les dénonciations des violences dont témoignent les migrant-e-s et qui se traduisent par une symptomatologie clinique très diverse. Parmi les problèmes médicaux physiques, les soignant-e-s ont pu souligner les conséquences physiques à long terme des épreuves endurées au cours du voyage migratoire, liées aux coups et à la torture subis, ainsi qu'aux conditions de détention en Libye ainsi qu'aux conditions de vie en Europe. Les bénévoles ainsi que les salarié-e-s du Caso ont vivement manifesté leur intérêt dans la dénonciation des violences subies, sur cette voie migratoire particulièrement.

## JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Devant le constat par les professionnel-le-s de terrain de l'épuisement mental des migrant-e-s ayant traversé la route de la Méditerranée centrale et arrivant en France, du manque de données scientifiques quantitatives sur les violences subies sur ce parcours migratoire et de la nécessité de la mise en place d'un parcours d'accompagnement psychologique solide en France, MdM a choisi de documenter spécifiquement les violences

subies dans le parcours migratoire de la route de la Méditerranée centrale. L'objectif de l'étude est de quantifier ces violences selon leur typologie et les auteurs de la Libye à la France en passant par l'Italie.

Cette étude contribuera à mieux informer les décideurs et décideuses sur le passage par la Libye, sur les violences subies et les besoins en matière de santé mentale et soutien psychosocial des personnes arrivant sur le territoire européen, encore loin des conditions de vie acceptables.

# OBJECTIFS



**OBJECTIF PRINCIPAL**

- Estimer la prévalence des violences directes et indirectes subies pendant le parcours migratoire en Libye, France et Italie, par les migrant-e-s consultant dans le Centre d'Accueil de Soins et d'orientation (CASO) de MdM à Saint-Denis (93).

**OBJECTIFS SECONDAIRES**

- Analyser les épisodes de violence subis dans chaque pays (Libye, Italie, France) en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes migrant-e-s et leur séjour.
- Analyser les auteurs et autrices des violences et la fréquence des épisodes subis dans chaque pays .
- Documenter l'accès aux soins lié aux épisodes de violence.
- Documenter les besoins de soutien psychologique.
- Renforcer la sensibilisation sur ce sujet au sein les équipes pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles.
- Contribuer au plaidoyer sur le sujet avec une objectivation de la dimension du problème.





# MÉTHODOLOGIE

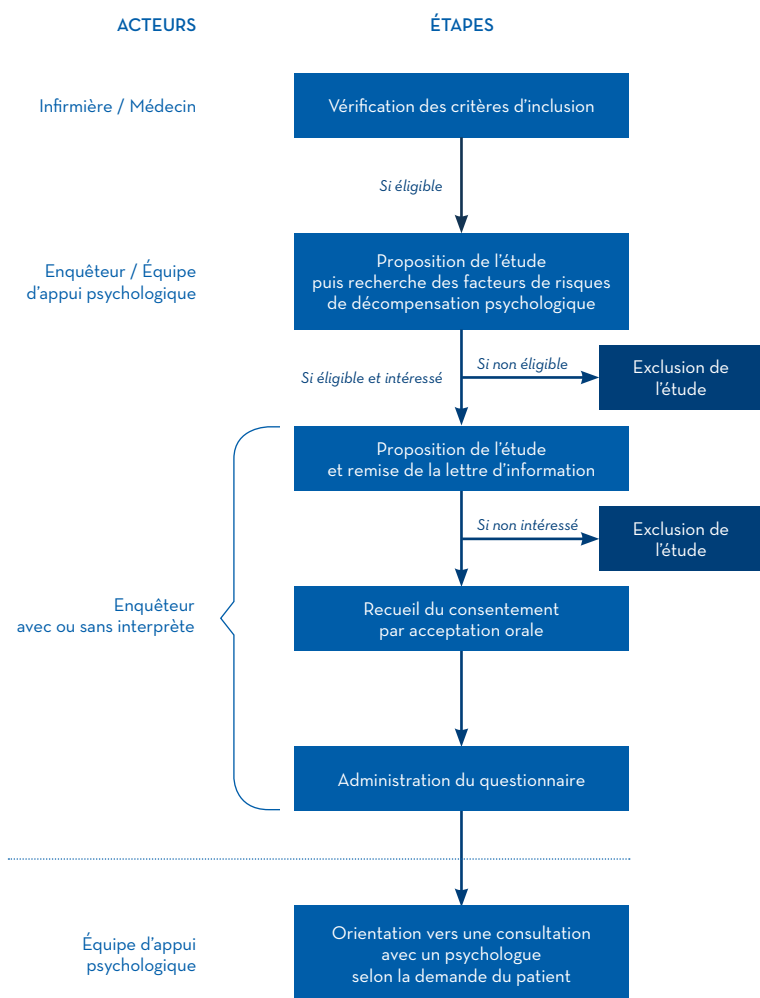


FIGURE 1 Parcours des participants.

## TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude transversale mono-centrique, basée sur un questionnaire hétéro administré.

L'étude a incorporé un volet qualitatif (récolte des témoignages et discours significatifs) pour illustrer les situations décrites par les personnes enquêtées.

## TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon retenue pour cette étude est au minimum de 72 personnes incluses. Cette taille a été estimée en fonction des paramètres suivants: une proportion estimée de migrant-e-s ayant subi des violences de 95 % (20), une marge d'erreur de 5 % (proportion estimée  $\pm$  5 % = intervalle de confiance), un intervalle de confiance (IC) de 95 % et une population cible de 3 000 personnes attendues dans le Caso.

## PÉRIODE D'ÉTUDE

La période de recrutement a commencé le 8 février 2019 et s'est terminée le 7 mai 2019.

## CRITÈRES D'INCLUSION

- Personne âgée de 18 ans ou plus;
- Nationalité étrangère (quel que soit le statut administratif);
- Transit par la Libye et arrivée en Europe à partir de 2017;
- Transit en Europe par l'Italie et la France.

## CRITÈRES D'EXCLUSION

- Absence de capacité de donner un consentement éclairé pour la participation à l'étude;
- Participation antérieure à l'étude ou à d'autres études sur la même thématique;

- Personnes avec signes de décompensation psychiatrique identifiés.

Il a été décidé de d'inclure les personnes migrantes arrivées en Europe à partir de 2017 pour éviter le possible biais de mémoire.

## SÉLECTION DES PARTICIPANT-E-S

La population cible de notre étude incluait les personnes accueillies au Caso de Saint-Denis pour une consultation médicale/infirmière. La sélection des patient-e-s a été réalisée par des médecins et infirmières consultant-e-s. Cette sélection n'était pas faite en fonction des problèmes de santé rapportés. Une fois la personne identifiée et les critères d'inclusion vérifiés, le-la candidat-e potentiel-le passait à une autre salle avec un-e enquê-teur-trice formé-e. Les deux enquêtrices étaient médecins spécialistes en santé publique et épidémiologie et faisaient partie de l'équipe de recherche. La personne qui menait les entretiens vérifiait les critères d'inclusion et d'exclusion, lisait la lettre d'information de l'étude, demandait le consentement éclairé et réalisait l'évaluation psychologique. La possibilité d'un soutien psychologique était mise à disposition tant au cours de l'entretien qu'après la réalisation de celui-ci. De même, l'interprétariat professionnel a été proposé aux personnes peu ou pas francophones. Le parcours des participant-e-s dans l'étude est illustré dans la figure 1.

## COLLECTE ET GESTION DE DONNÉES

L'outil de collecte des données était un questionnaire comportant des questions fermées et ouvertes (annexe 1, page 73). Les questionnaires étaient sous format électronique (application Kobo Collect). Ainsi, la collecte des données était automatique et s'intégrait de manière directe dans une base de données sécurisée.

**FIGURE 2** Description des types de violence.

Nature de la violence étudiée	Description de différents actes
<b>Physique</b>	
Avec arme à feu	Blessure, agression Coup de feu
Sans arme à feu	Blessure physique coups
<b>Sexuelle</b>	Harcèlement sexuel Viol
<b>Privation et négligence</b>	Détention Privation alimentaire Extorsion Confiscation des biens Racket Séparation de conjoints, familiales ou accompagnants

## ANALYSE STATISTIQUE

### DÉFINITIONS

La définition des types de violence est décrite dans la figure 2. Cette étude distinguait trois types de violences : les violences physiques, les violences par privation et les violences sexuelles (12).

Ces violences pouvaient être :

- *Directes* : la personne enquêtée était la victime de l'épisode ;
- *Indirectes* : la personne enquêtée a été le témoin visuel d'un épisode de violence.

L'identification des auteurs des épisodes de violence incluait :

- *Civils* : personnes ne représentant pas un collectif ;
- *Groupes armés* : groupes organisés indépendants ;
- *Représentants officiels de l'État* : police, représentants institutionnels ;
- *Non identifiés* : la personne enquêtée n'est pas capable d'identifier ses agresseurs.

La fréquence des épisodes différenciail la violence :

- *Quotidienne* : tous les jours ;

- *Régulière* : au moins une fois par semaine ;
- *Occasionnelle* : moins d'une fois par semaine ;
- *Très occasionnelle* : épisodes ponctuels.

Les variables sociodémographiques incluait l'âge, le sexe, le niveau d'études, le pays d'origine, les raisons pour le départ du pays d'origine (sécuritaires, politiques, économiques, formation), le type de voyage (seul, en compagnie de famille, autre compagnie) et la durée du séjour dans chaque pays (en jours).

L'accès à l'hébergement dans chaque pays d'accueil a été catégorisé en cinq catégories : centre d'accueil, logement particulier des ami-e-s ou familial, squats/bidonvilles, dans la rue ou autres.

### ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse descriptive a consisté en calcul de la moyenne ffl écart type ainsi que la médiane et l'intervalle interquartile pour les données continues. Les pourcentages avec un intervalle de confiance à 95 % ont été utilisés pour les données discontinues. En fonction de la distribution et des effectifs, nous avons utilisé le test de t-Student ou celui de Kruskal-Wallis pour les données quantitatives continues et le test exact

du Chi2 ou celui de Fisher pour les données catégoriques.

L'analyse descriptive des participant-e-s a inclus l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les raisons de la migration, la voie migratoire, le pays d'origine, la durée du séjour et l'accès aux soins par pays.

L'analyse des violences a inclus la proportion de participant-e-s ayant subi directement ou indirectement des violences dans les trois pays de l'étude (Libye, Italie et France), la fréquence des types de violence, les catégories d'auteurs-auteurs des violences, la fréquence d'accès aux soins, l'accès à l'hébergement et la proportion de participant-e-s orienté-e-s vers l'équipe de soutien psychologique à la suite de l'entretien.

Une analyse bivariable a été réalisé pour chaque type de violence et chaque pays en fonction des variables sociodémographiques et liées au séjour.

### QUESTIONS OUVERTES ET RECUEIL DE TÉMOIGNAGES

Des questions ouvertes sur les épisodes de violence subis ont été posées et des témoignages ont été enregistrés si la personne décidait de raconter son expérience de façon parallèle aux réponses au questionnaire après son consentement explicite. De plus, les témoignages explicatifs au cours de l'enquête ont été retranscrits pour repérer les plus illustratifs et récurrents (annexe 2, page 76).

### ÉTUDE PILOTE

L'enquête a été testée avec un nombre réduit de participant-e-s pendant deux journées, afin de s'assurer de l'adaptation du parcours de recrutement ainsi que de la compréhension et une réalisation correctes du questionnaire. L'étude pilote a permis la reformulation de certaines questions pour faciliter leur compréhension et a relevé que l'utilisation d'outils standardisés de mesure de décompensation psychiatrique n'était

pas la plus adaptée aux personnes sélectionnées, ce qui a permis une réorientation de l'évaluation psychologique focalisée sur des signes d'alerte (annexe 3, page 77).

### ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX

Le protocole de recherche a été soumis et examiné par le Comité d'évaluation de l'éthique de l'Inserm (CEEI/IRB) le 16 octobre 2018 (annexe 4, page 78). Un Comité de pilotage au sein de MdM a été mis en place pour encadrer la mise en œuvre de l'étude.

Une lettre d'information a été remise et lue avant l'inclusion de chaque personne, avec la présence d'un-e interprète si nécessaire (annexe 5, page 79). La lettre présentait le sujet de l'étude et les objectifs pour les participant-e-s. Après l'information et la confirmation de la bonne compréhension du-de la participant-e, le consentement éclairé a été recueilli oralement. L'étude était anonyme et l'entretien s'est déroulé dans une salle fermée afin de garantir la confidentialité des échanges.



# RÉSULTATS

	Total (N = 72)		Femmes (N = 17)		Hommes (N = 55)		p-value
<b>Âge en années (moyenne, ET)</b>	<b>31,9</b>	<b>(ET 7,4)</b>	<b>30,2</b>	<b>(ET 7,8)</b>	<b>32,5</b>	<b>(ET 7,3)</b>	<b>0,27</b>
<b>Niveau d'études (%)</b>							
Primaire	<b>76,4</b>	<b>(55/72)</b>	100,0	(17/17)	69,1	(38/55)	0,03*
Secondaire	<b>18,1</b>	<b>(13/72)</b>	0,0	(0/17)	23,6	(13/55)	
Supérieur	<b>5,5</b>	<b>(4/72)</b>	0,0	(0/17)	7,3	(4/55)	
<b>Pays d'origine (%)</b>							
Côte d'Ivoire	<b>66,6</b>	<b>(48/72)</b>	82,4	(14/17)	61,8	(34/55)	0,51
Mali	<b>23,6</b>	<b>(17/72)</b>	17,6	(3/17)	25,5	(14/55)	
Érythrée	<b>1,4</b>	<b>(1/72)</b>	0,0	(0/17)	1,8	(1/55)	
Cameroun	<b>5,6</b>	<b>(4/72)</b>	0,0	(0/17)	7,3	(4/55)	
<b>Raisons du départ du pays d'origine (%)</b>							
Sécuritaire	<b>59,7</b>	<b>(43/72)</b>	82,3	(14/17)	52,7	(29/55)	0,12
Politique	<b>15,3</b>	<b>(11/72)</b>	5,9	(1/17)	18,2	(10/55)	
Économique	<b>22,2</b>	<b>(6/72)</b>	11,8	(4/17)	25,5	(14/55)	
Études	<b>2,8</b>	<b>(2/72)</b>	0,0	(0/17)	3,6	(2/55)	
<b>Type de voyage (%)</b>							
Seule	<b>69,4</b>	<b>(50/72)</b>	41,2	(7/17)	78,2	(43/55)	0,01*
En compagnie de la famille	<b>19,4</b>	<b>(14/72)</b>	35,3	(6/17)	14,5	(4/55)	
Autre compagnie	<b>11,1</b>	<b>(8/72)</b>	23,5	(4/17)	7,3	(8/55)	
<b>Grossesse pendant le séjour (%)</b>	-	-	29,4	(5/17)	-	-	-
<b>Embarquement sous la menace (%)</b>	<b>58,1</b>	<b>(42/72)</b>	47,1	(8/17)	61,8	(34/55)	0,68
<b>Durée du séjour par pays en jours (moyenne, RIC)</b>							
Libye	<b>180</b>	<b>(RIC 120-365)</b>	120,0	(RIC 60-180)	200	(RIC 120-365)	0,02*
Italie	<b>200</b>	<b>(RIC 90-365)</b>	180	(RIC 120-365)	255	(RIC 90-365)	0,32
France	<b>60</b>	<b>(RIC 15-120)</b>	60	(RIC 10-200)	60	(RIC 15-150)	0,82
<b>Accès aux soins par pays (%)</b>							
Libye	<b>2,8</b>	<b>(2/72)</b>	0	(0/17)	3,6	(2/55)	0,05*
Italie	<b>41,7</b>	<b>(30/72)</b>	29,2	(5/17)	44,4	(25/55)	0,03*
<b>Besoin de soutien psychologique (%)</b>	<b>63,9</b>	<b>(46/72)</b>	70,8	(12/17)	61,8	(34/55)	0,35

Les p-values se rapportent au test T à deux échantillons pour les variables continues et au test chi-carré pour les variables catégorielles. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives. ET : écart type. RIC : range inter quartile.

**TABEAU 1** Analyse descriptive des participants de l'étude.



## DIAGRAMME DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Au total, 98 personnes ont été recrutées entre février et mai 2019. Parmi elles, 81 ont accepté de participer à l'étude (taux de participation de 92,7 %) et 9 ont été exclues parce qu'elles ont présenté des signes de décompensation avant l'entretien (taux d'exclusion de 11,1 %). Finalement, 72 personnes ont été interviewées. La figure 3 présente le diagramme d'inclusion et de participation.

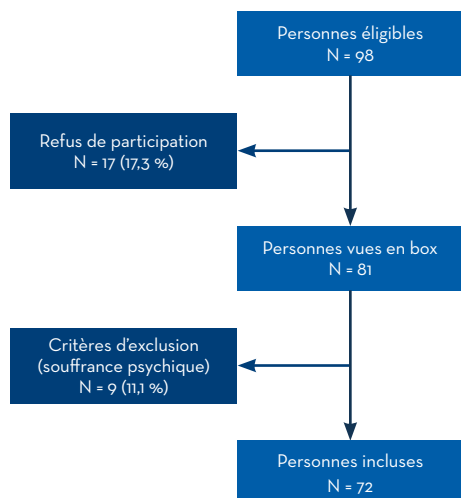


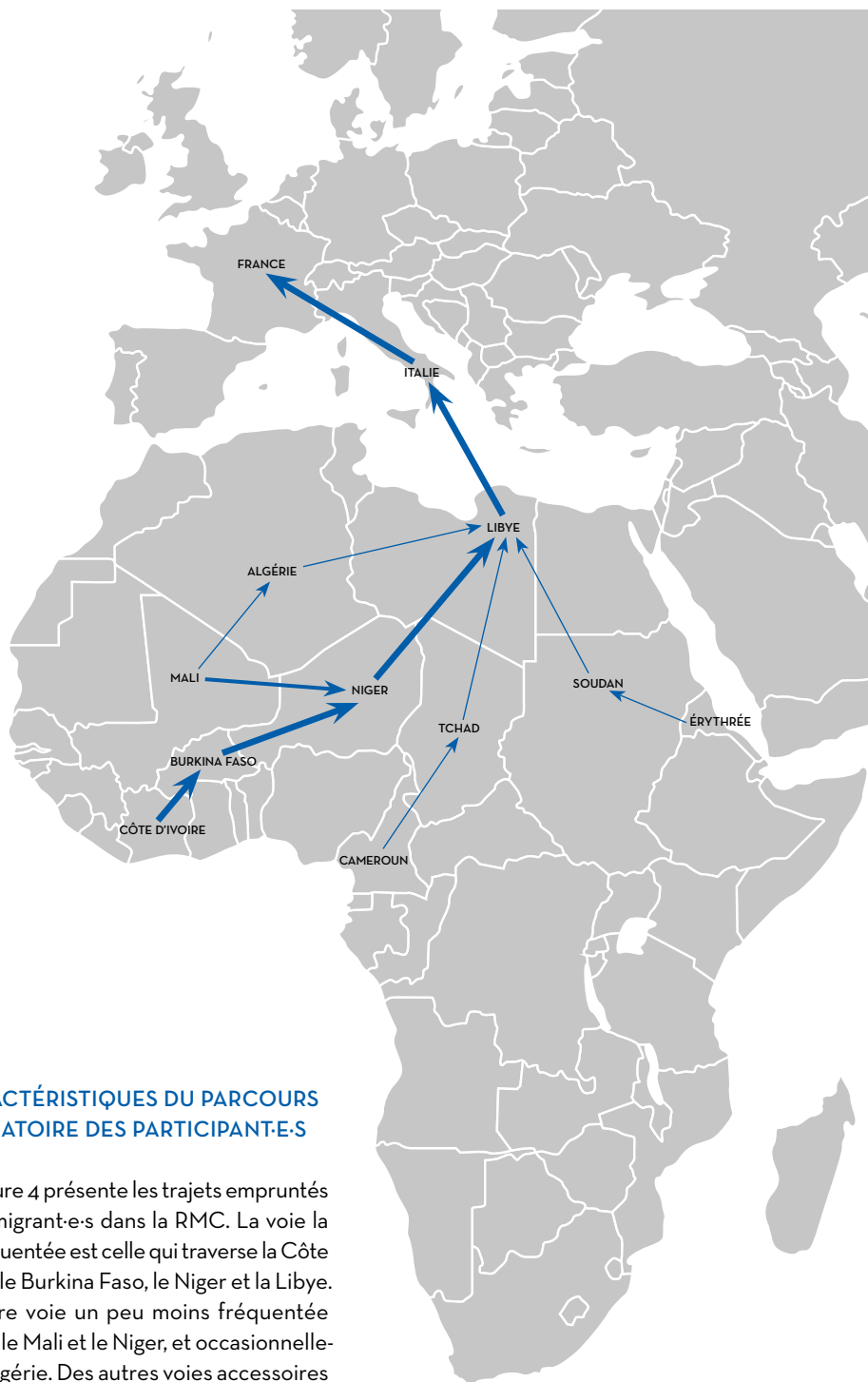
FIGURE 3 Diagramme de participation.

## CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée. Les résultats montrent que pour les 72 personnes interrogées (55 hommes et 17 femmes), l'âge moyen était de 31,9 ans (32,5 ans pour les hommes et 30,2 % pour les femmes), 76,4 % d'entre eux-elles avaient fait des études primaires et 66,6 % étaient originaires de Côte d'Ivoire (suivi du Mali avec 23,6 %). De plus, 59,7 % des participant-e-s avaient quitté leur pays pour des raisons d'insécurité et 22,2 % pour des raisons économiques. 69,4 % des participant-e-s avaient voyagé seul-les et 29,4 % des femmes étaient enceintes pendant le voyage.

Le séjour moyen en Libye était de 180 jours et seuls 2,8 % avaient accès aux soins de santé dans ce pays au cours du séjour. Le séjour moyen en Italie était de 200 jours et seuls 41,7 % avaient accès aux soins de santé dans ce pays au cours du séjour. Le séjour moyen en France était de 90 jours. 63,9 % des participants ont déclaré avoir besoin d'un traitement psychologique et ont été orientés à l'issue du questionnaire.

Des différences statistiquement significatives selon le sexe ont été trouvées dans le niveau d'éducation ( $p = 0,03$ ), le type de voyage ( $p = 0,01$ ), la durée du séjour en Libye ( $p = 0,02$ ) et l'accès aux soins de santé en Libye ( $p = 0,05$ ) et en Italie ( $p = 0,03$ ).



### CARACTÉRISTIQUES DU PARCOURS MIGRATOIRE DES PARTICIPANT-E-S

La figure 4 présente les trajets empruntés par les migrant-e-s dans la RMC. La voie la plus fréquentée est celle qui traverse la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Niger et la Libye. Une autre voie un peu moins fréquentée traverse le Mali et le Niger, et occasionnellement l'Algérie. Des autres voies accessoires passent par l'Érythrée et le Soudan ou le Cameroun et le Tchad.

FIGURE 4 Parcours migratoire des participants.

## PARTIE 1. ÉTUDE DESCRIPTIVE DES ÉPISODES DE VIOLENCE EN LIBYE

Le tableau 2 et la figure 5 montrent les différents types de violence que les participant-e-s ont subie (violence directe) ou dont ils-elles ont été témoins (violence témoignée) en Libye. Les résultats montrent que 94,4 % des participant-e-s ont subi au moins un type de violence (93,6 % des hommes et 88,2 % des femmes).

91,1 % des participant-e-s ont souffert d'épisodes de violence physique (94,3 % des hommes et 80,0 % des femmes). Les hommes étaient plus susceptibles de subir des violences avec des armes à feu (82,7 %) que les femmes (53,5 %) ( $p = 0,02$ ) ainsi que les violences sans armes ( $p = 0,05$ ).

89,5 % des participant-e-s ont subi des violences par privation (81,7 % des hommes et 86,7 % des femmes). Le pourcentage des personnes ayant subi des épisodes avec privation de nourriture, racket, demande de rançon et séparation des conjoints étaient respectivement de 88,2 %, 58,8 %, 58,8 % et 37,6 %. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe pour aucune de ses variables.

En ce qui concerne la violence sexuelle, 26,5 % des enquêté-e-s ont rapporté des faits d'agression sexuelle (18,9 % des hommes et 53,3 % des femmes). Dans ce cas, la différence selon le sexe était très significative ( $p = 0,01$ ).

En outre, 49,1 % des hommes et 22,2 % des femmes ont été soumis au travail forcé. Cette différence selon le sexe était également statistiquement significative ( $p = 0,03$ ). Finalement, 17,6 % des femmes ont eu un avortement non médicalisé pendant le voyage (60 % des femmes enceintes à un moment donné du voyage).

En ce qui concerne les épisodes de violence indirectes (témoignages), les différences ne sont pas notables en comparaison avec la violence directe.

100 % des participant-e-s ont été témoins de violences (93,1 % de violences physiques, 94,4 % de violences par privation, 79,2 % de violences sexuelles et 88,2 % d'autres types de violences). Aucune différence statistiquement significative par sexe n'a été constatée.

L'analyse bivariable n'a pas relevé de différence significative en fonction des variables sociodémographiques ou de caractérisation du séjour, sauf dans le cas de la violence sexuelle par sexe (tableau 5 en annexe, page 70).

### Verbatims significatifs des types de violence subis en Libye

*« J'ai vu tuer un groupe de 20 personnes qui essayent de s'échapper. »*

*« Il y a beaucoup de monde qui sont morts devant nous. »*

*« Ils te font creuser un trou aussi profond que toi, puis ils t'arrosent de balles et t'immolent à l'essence. Tu as creusé ta propre tombe. »*

*« J'ai perdu des amis en chemin. »*

*« On était environ 800 personnes dans la prison, on n'a pas donné à manger pendant des jours même à des petits enfants, ceux qui n'ont pas pu tenir (face à la torture) sont morts sous nos yeux. »*

*« Ils séparent surtout les couples. »*

*« Ils prennent les enfants et puis ils vont avec les enfants. Ils vendent les enfants. »*

*« Il y en a pleins qui ont eu la grossesse à cause des viols et qui sont arrivées avec en Italie, des autres ont perdu leur bébés. »*

*« Ils violent même les femmes enceintes. »*

*« Quand ils veulent te violer, que tu refuses, ils te frappent, il faut se laisser, et c'est comme ça presque tous les jours, plusieurs hommes... »*

*« Sur les hommes je ne suis pas témoin oculaire mais je sais qu'il y en a eu beaucoup de viols aussi. »*

	Total (N=72)		Femmes (N=17)		Hommes (N=55)		p-value	
Violence directe (%; IC 95 %)	<b>Violence globale</b>	<b>94,4</b>	<b>(89,0-99,9)</b>	88,2	(71,3-100)	96,3	(91,3-100)	0,21
	<b>Violence Physique</b>	<b>91,1</b>	<b>(84,3-98,1)</b>	80,0	(57,1-100)	94,3	(87,9-100)	0,05*
	Avec armes à feu	<b>76,1</b>	<b>(65,6-86,6)</b>	53,5	(24,7-81,9)	82,7	(72,1-93,3)	0,02*
	Sans armes à feu	<b>89,5</b>	<b>(82,1-97,1)</b>	73,3	(48,0-98,7)	94,3	(87,9-100)	0,02*
	<b>Violence par privation</b>	<b>89,5</b>	<b>(82,1-97,1)</b>	86,7	(67,7-100)	91,7	(85,6-100)	0,10
	Détenition avec privation de nourriture/eau	<b>88,2</b>	<b>(79,3-98,1)</b>	86,7	(67,7-100)	88,7	(78,3-99,0)	0,85
	Détenition avec racket	<b>58,8</b>	<b>(46,1-71,5)</b>	46,7	(18,1-75,2)	62,3	(47,7-76,8)	0,31
	Détenition avec demande de rançon	<b>58,8</b>	<b>(46,1-71,5)</b>	60,1	(31,9-88,0)	58,5	(43,8-73,2)	0,92
	Séparation des conjoints	<b>37,6</b>	<b>(24,2-49,2)</b>	46,7	(18,1-75,2)	34,0	(19,7-48,2)	0,40
	<b>Violence sexuelle</b>	<b>26,5</b>	<b>(15,7-37,2)</b>	53,3	(24,7-81,9)	18,9	(7,9-24,8)	0,01*
	<b>Autres types de violence</b>							
	Travail forcé	<b>33,3</b>	<b>(19,9-47,5)</b>	22,2	(9,8-35,6)	49,1	(17,5-82,1)	0,03*
	Avortement insécurisé	-	-	17,6	(5,3-29,9)	-	-	-
	Violence indirecte (%; IC 95 %)	<b>Violence globale</b>	<b>100,0</b>	<b>(100-100)</b>	100,0	(100-100)	100,0	(100-100)
<b>Violence Physique</b>		<b>93,1</b>	<b>(85,9-100)</b>	88,2	(71,1-100)	94,3	(87,9-100)	0,46
Avec armes à feu		<b>87,5</b>	<b>(78,7-93,2)</b>	82,4	(62,1-100)	89,1	(79,1-99,0)	0,52
Sans armes à feu		<b>93,1</b>	<b>(85,9-100)</b>	88,2	(71,1-100)	92,7	(83,9-100)	0,87
<b>Violence par privation</b>		<b>94,4</b>	<b>(89,0-99,9)</b>	88,2	(71,3-100)	96,3	(91,3-100)	0,21
Détenition avec privation de nourriture/eau		<b>87,5</b>	<b>(78,3-96,5)</b>	88,2	(71,2-100)	87,3	(76,8-97,7)	0,93
Détenition avec racket		<b>76,4</b>	<b>(65,6-87,1)</b>	76,4	(54,0-99,0)	76,4	(63,7-89,1)	0,99
Détenition avec demande de rançon		<b>79,2</b>	<b>(68,8-89,6)</b>	70,6	(46,4-94,7)	81,8	(70,1-93,6)	0,37
Séparation des conjoints		<b>61,1</b>	<b>(48,9-73,3)</b>	52,9	(26,5-79,4)	63,6	(49,5-77,6)	0,46
<b>Violence sexuelle</b>		<b>79,2</b>	<b>(68,8-89,6)</b>	82,4	(62,1-100)	78,2	(65,8-90,6)	0,74
<b>Autres types de violence</b>								
Travail forcé		<b>88,2</b>	<b>(79,3-98,1)</b>	86,7	(67,7-100)	88,7	(78,3-99,0)	0,85
Avortement insécurisé		-	-	49,1	(17,5-82,1)	-	-	-

\*Les p-values se rapportent au test chi-carré. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives.

**TABEAU 2** Épisodes de violence directe et indirecte subis en Libye par sexe.

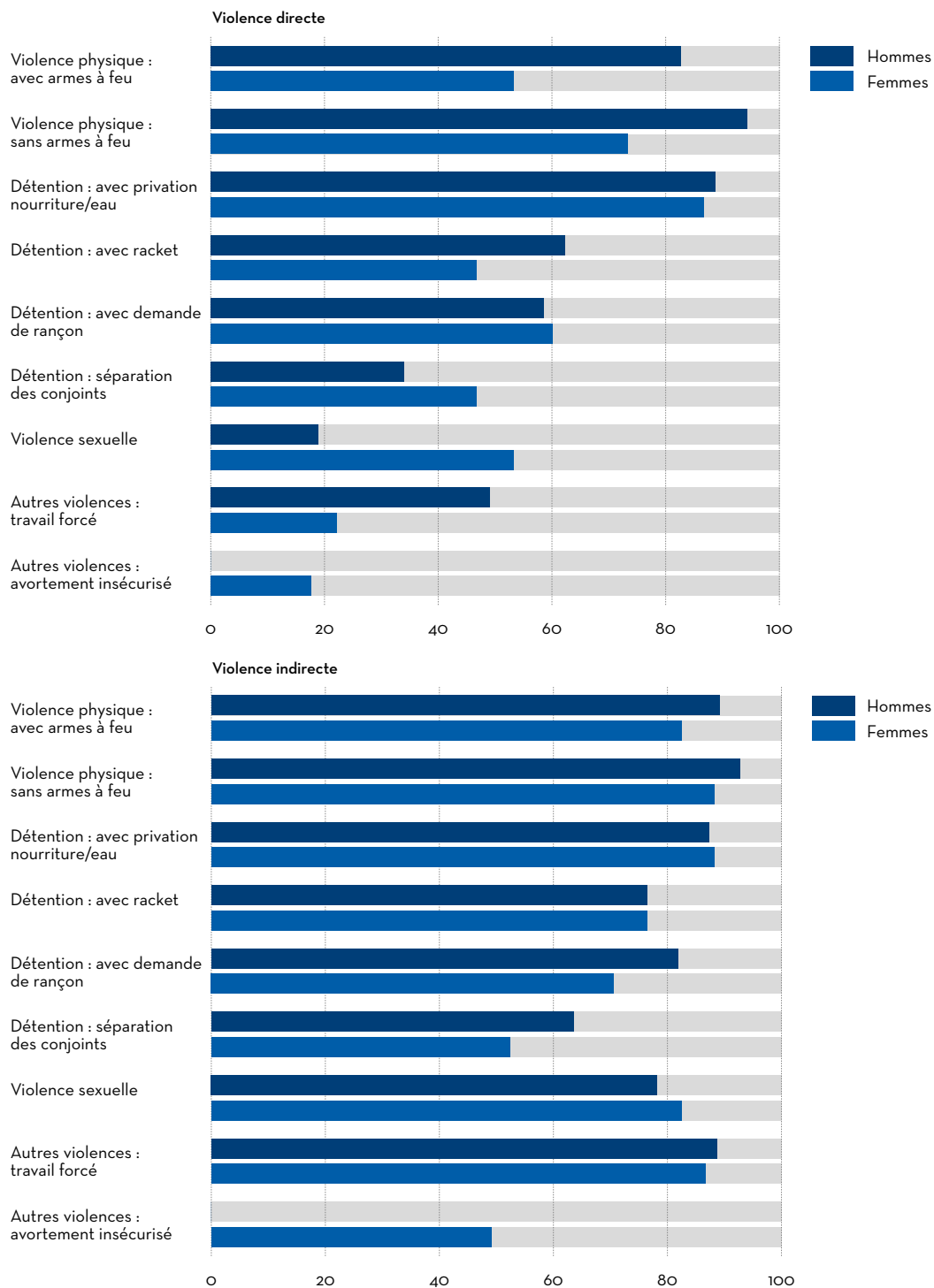


FIGURE 5 Épisodes de violence directe et indirecte subis en Libye par sexe.

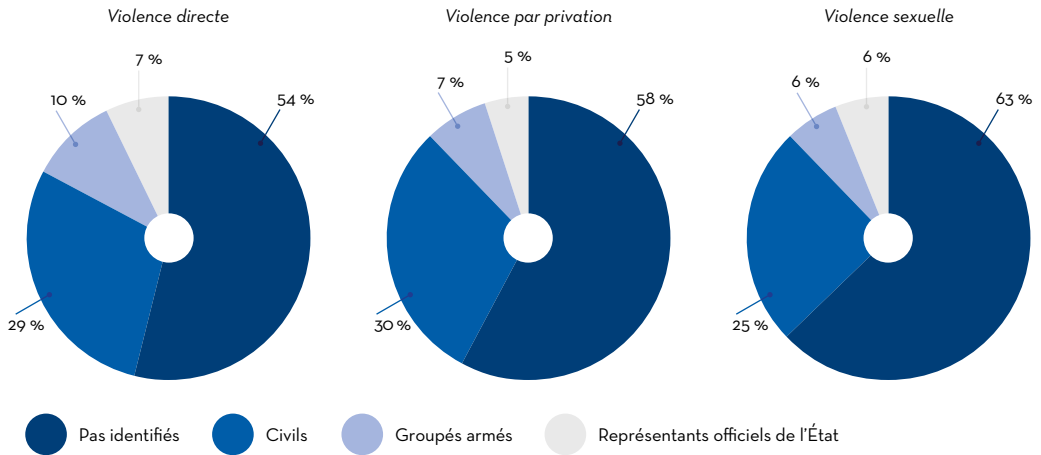


FIGURE 6 Auteurs des épisodes de violence subis en Libye.

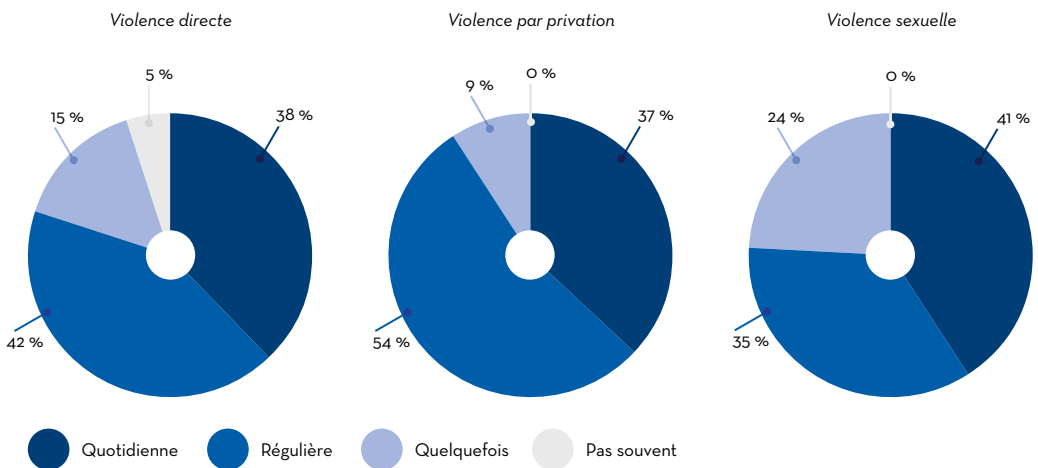


FIGURE 7 Fréquence des épisodes de violence subis en Libye.

La figure 6 montre l'identification des auteurs et autrices des épisodes de violence par type de violence. Il peut être constaté que dans plus de la moitié des cas, les auteurs-autrices ne sont pas identifié-e-s. Dans le cas de la violence physique, 29 % ont identifié les auteurs-autrices comme civils, 10 % comme groupes armés et 7 % comme représentant-e-s officiels de l'État. Dans le cas des violences par privation, ces pourcentages sont de 30 %, 7 % et 5 %, et dans le cas des violences sexuelles, de 25 %, 6 % et 6 %.

Enfin, la figure 7 montre la fréquence des épisodes de violence décrits. Il peut être constaté que pour la violence physique, dans 38 % des cas, il s'agissait d'une violence quotidienne, dans 42 % des cas d'une violence régulière, dans 15 % des cas d'une violence occasionnelle et dans 5 % des cas d'une violence très occasionnelle. Ces pourcentages sont respectivement de 37 %, 54 %, 9 % et 0 % pour les cas de violence par privation et de 41 %, 35 %, 24 % et 0 % pour les cas de violence sexuelle.

- 94,4 % des personnes enquêtées ont subi des épisodes de violence en Libye (91,1 % de la violence physique, 89,5 % de la violence par privation et 26,5 % de la violence sexuelle).
- La violence en Libye est généralisée, structurelle et quotidienne. Les hommes se déclarent plus exposés aux épisodes de violence physique et au travail forcé. Les femmes se déclarent plus exposées à la violence sexuelle.
- Les auteurs des épisodes violents sont difficiles à identifier.
- L'accès aux soins en Libye est presque inexistant.

### Verbatims significatifs relatifs aux auteurs des épisodes de violence

- « Ce sont des groupes organisés jusqu'à l'international, réseaux de milices en lien avec les représentants de l'État. »
- « Les tortionnaires sont des Libyens et des Nigériens. Ils sont trop dangereux. »
- « Ils consommaient de la drogue. Quand ils étaient très drogués, ils frappaient et frappaient. »
- « Même un enfant de 5 ans peut te frapper. Mais les femmes je peux pas dire, en Libye c'est rare qu'on voit les femmes libyennes. »
- « Je peux pas dire qui ils sont, ils sont des arabes, les arabes... »

### Verbatims significatifs relatifs à la fréquence des épisodes de violence

- « On ne voit pas le soleil pendant des mois. »
- « On ne savait pas si c'était le jour ou la nuit. »
- « Il faut aller là-bas pour voir. »
- « Il n'y a pas de loi là-bas. »
- « Nous on comprend pas, il n'y a pas une communauté internationale pour faire quelque chose là-bas ? C'était inhumain. »
- « C'est l'enfer, c'est un calvaire. Personne ne peut imaginer ce que j'ai vécu là-bas et je ne l'ai jamais raconté à personne depuis que j'ai quitté la Libye. »

### Verbatims les plus significatifs relatifs à l'accès aux soins en Libye

- « J'ai perdu mon bébé en Libye. Il n'y avait pas de docteur. »
- « J'avais la jambe blessée et infectée. J'ai encore les cicatrices. C'était très mal pendant des semaines, je ne pouvais presque pas marcher, mais il n'y avait pas de médicaments... »
- « J'ai jamais vu un médicament en Libye, on m'a jamais donné une seule pilule en Libye. »
- « Il y a pas de docteur ni médicament, si on tombait malade, on mourrait. »

## PARTIE 2. ÉTUDE DESCRIPTIVE DES ÉPISODES DE VIOLENCE EN ITALIE

Le tableau 3 et la figure 8 montrent les différents types de violence que les participant-e-s ont subi (violence directe) ou dont ils-elles ont été témoins (violence témoignée) en Italie. Dans ce cas, 25,0 % des participant-e-s ont subi au moins un type de violence (25,5 % des hommes et 23,5 % des femmes).

16,7 % des participant-e-s ont souffert d'épisodes de violence physique (16,4 % des femmes et 17,6 % des hommes), sans différence statistique significative en fonction du sexe.

16,7 % des participant-e-s ont subi des violences par privation (16,4 % des femmes et 17,6 % des hommes). Il n'y a pas eu d'épisodes de détention avec demande de racket ou de rançon. Le type de violence par privation le plus fréquent a été la privation de nourriture/eau (11,7 % des hommes, 10,9 % des femmes) et les détentions policières (7,2 % des hommes, pas d'épisodes parmi les femmes). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe pour aucune de ces variables.

Concernant la violence sexuelle, le pourcentage de personnes ayant souffert d'au moins un épisode était de 1,4 % (seulement des femmes). Il n'y avait aucun cas parmi les hommes.

En ce qui concerne les épisodes de violence indirecte (témoignés), les pourcentages sont légèrement plus élevés que ceux des violences directes. 33,3 % des participant-e-s ont été témoins de violences (25,0 % de violences physiques, 5,5 % de violences par privation, 2,8 % de violences sexuelles et 12,5 % d'autres types de violences). Aucune différence statistiquement significative par sexe n'a été constatée.

L'analyse bivariable n'a pas relevé de différence significative en fonction des variables sociodémographiques ou de caractérisation du séjour (tableau 6 en annexe, page 71).

La figure 9 illustre l'identité des auteurs et autrices de violences et la fréquence des épisodes de violence par type de violence. Nous constatons que dans 83 % des cas il s'agit de violence perpétrée par des civils, et dans 10 % des cas par des représentants officiels de l'État. Il peut être observé que dans 17 % des cas, il s'agit d'une violence régulière, occasionnelle dans 58 % des cas, et très occasionnelle dans 25 % des cas.

Enfin, la figure 10 montre les conditions d'hébergement pendant le séjour en Italie. La plupart des migrant-e-s (83 %) étaient hébergé-e-s dans des centres d'accueil (« camposos »), 6 % étaient à la rue, 3 % étaient logé-e-s chez des ami-e-s et ou par la famille, et 3 % dans des squats.

→ 25 % des personnes enquêtées ont subi des épisodes de violence en Italie (16,7 % de la violence physique, 16,7 % de la violence par privation, 1,4 % de la violence sexuelle, 8,3 % d'autres violences).

→ La violence en Italie est occasionnelle et sans différenciation par sexe.

→ Les auteurs des épisodes violents sont principalement des civils et occasionnellement des représentants officiels de l'État.

→ 58,3 % des personnes enquêtées ont déclaré l'insuffisance de l'accès aux soins pendant leur séjour.



### Verbatims les plus significatifs des types de violence subie en Italie

« Nous on a fait la grève dans le campo : la nourriture n'était pas bonne et était insuffisante. »

« Ce que je n'ai pas aimé en Italie, c'est le racisme, c'est ça. »

« Quand vous entrez dans le bus en Italie... Là-bas on nous appelle les négros (homo nero). Si tu rentres à l'arrière du bus ils se dirigent vers l'avant, vers le conducteur. »

« Il y a des menaces en Italie, on nous traite pas bien, ils ne nous considèrent même pas. »

« L'Italie : tous des problèmes, on est fatigués là-bas, tous les jours sont compliqués, les gens, la police, c'est pas facile... »

### Verbatims les plus significatifs relatifs aux conditions de vie et d'hébergement en Italie

« Dès notre arrivée on nous a obligé de demander l'asile, mais il y a eu un durcissement des traitements des dossiers de demande d'asile depuis l'arrivée de Salvini. »

« Oui c'est dur de se rappeler d'autant que en Italie, là-bas aussi les conditions n'étaient pas bonnes. Mes deux enfants étaient malades et il n'y avait pas d'école pour les enfants. »

« En Italie, je comprends pas la langue. »

« Le logement au campo était difficile, il était insalubre et il n'avait pas de chauffage. Il y a même eu un incendie. »

« Le travail était dur et sans rémunération. »

### Verbatims les plus significatifs relatifs à l'accès aux soins en Italie

« Tout ce qu'ils savent faire c'est qu'il enlèvent le sang (la personne parle de 28 prises de sang). Et ce qui est marrant, y'a pas les résultats. »

« Il n'y a que des vaccinations à la chaîne à l'arrivée sur le territoire. »

« Dans le campo pas d'accès aux soins. Un collègue avait besoin de soins, et il est mort en attendant. »

« À l'arrivée, on a eu une prise de sang et des radios des deux mains. On nous a remis une disquette, mais je ne sais pas pourquoi. »

	Total (N=72)		Femmes (N=17)		Hommes (N=55)		p-value
<b>Violence globale</b>	<b>25,0</b>	<b>(13,6-37,3)</b>	23,5	(2,4-42,6)	25,5	(13,6-37,3)	0,87
<b>Violence Physique</b>	<b>16,7</b>	<b>(7,8-25,5)</b>	17,6	(0,2-37,8)	16,4	(6,2-26,4)	0,90
Avec armes à feu	1,4	(0-4,1)	0,0	(0-0)	1,8	(0-5,4)	0,58
Sans armes à feu	16,7	(7,8-25,5)	17,6	(0,2-37,8)	16,4	(6,2-26,4)	0,90
<b>Violence par privation</b>	<b>16,7</b>	<b>(7,8-25,5)</b>	17,6	(0,2-37,8)	16,4	(6,2-26,4)	0,90
Détenition avec privation de nourriture/eau	11,1	(3,7-18,5)	11,7	(0-28,8)	10,9	(2,4-19,4)	0,92
Détenition avec racket	0,0	(0-0)	0,0	(0-0)	0,0	(0-0)	-
Détenition avec demande de rançon	0,0	(0-0)	0,0	(0-0)	0,0	(0-0)	-
Séparation des conjoints	1,4	(0-4,2)	0,0	(0-0)	1,8	(0-5,4)	0,58
Autres détentions	5,5	(0,1-11,0)	0,0	(0-0)	7,2	(0,1-14,4)	0,26
<b>Violence sexuelle</b>	<b>1,4</b>	<b>(0-4,2)</b>	5,9	(0-18,3)	0,0	(0-0)	0,07
<b>Autres types de violence</b>	<b>8,3</b>	<b>(1,8-14,9)</b>	5,9	(0-18,3)	9,1	(1,2-16,9)	0,68
<b>Violence globale</b>	<b>33,3</b>	<b>(19,9-47,5)</b>	36,8	(17,5-57,1)	31,2	(19,8-52,6)	0,57
<b>Violence Physique</b>	<b>25,0</b>	<b>(14,8-35,2)</b>	29,4	(5,2-53,5)	23,6	(12,0-35,2)	0,63
Avec armes à feu	1,4	(0-4,2)	0,0	(0-0)	1,8	(0-5,4)	0,58
Sans armes à feu	25,0	(14,8-35,2)	29,4	(5,2-53,5)	23,6	(12,0-35,2)	0,63
<b>Violence par privation</b>	<b>5,5</b>	<b>(0,1-11,0)</b>	5,9	(0-18,3)	5,2	(0,1-10,4)	0,78
Détenition avec privation de nourriture/eau	4,1	(0-9,0)	5,9	(0-18,3)	3,6	(0-8,7)	0,69
Détenition avec racket	2,8	(0-6,7)	0,0	(0-0)	3,6	(0-8,7)	0,38
Détenition avec demande de rançon	1,4	(0-4,2)	0,0	(0-0)	1,8	(0-5,4)	0,58
Séparation des conjoints	2,8	(0-6,7)	0,0	(0-0)	3,6	(0-8,7)	0,43
<b>Autres types de détentions</b>	<b>12,5</b>	<b>(4,7-20,3)</b>	17,6	(0-37,9)	10,9	(2,4-19,4)	0,47
<b>Violence sexuelle</b>	<b>2,8</b>	<b>(0-6,7)</b>	5,9	(0-18,3)	1,8	(0-5,4)	0,38
<b>Autres types de violence</b>	<b>12,5</b>	<b>(4,7-20,3)</b>	17,6	(0-37,9)	10,9	(2,4-19,4)	0,47

\*Les p-values se rapportent au test chi-carré. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives.

TABLEAU 3 Épisodes de violence directe et indirecte subis en Italie par sexe

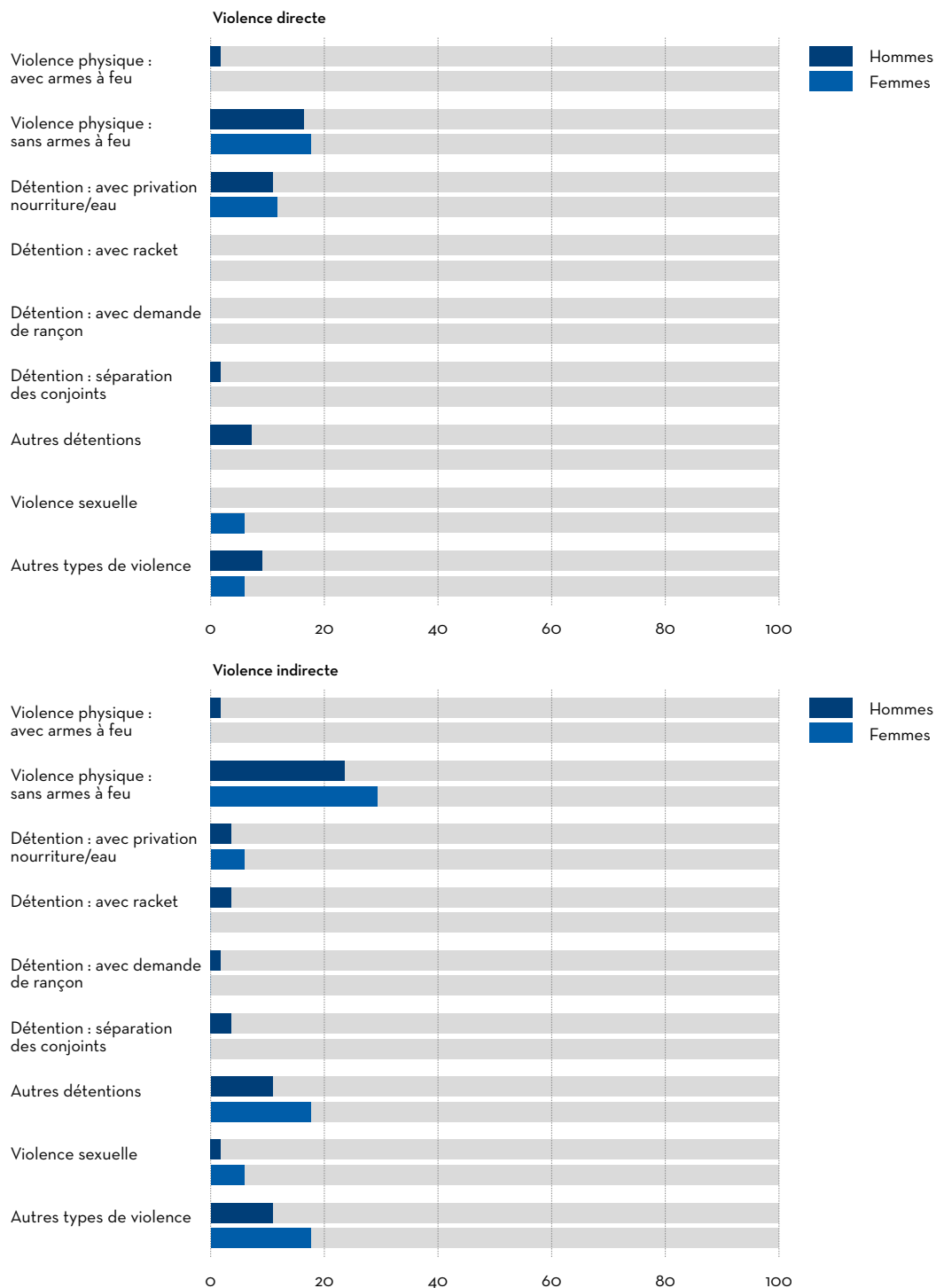


FIGURE 8 Épisodes de violence directe et indirecte subis en Italie par sexe.

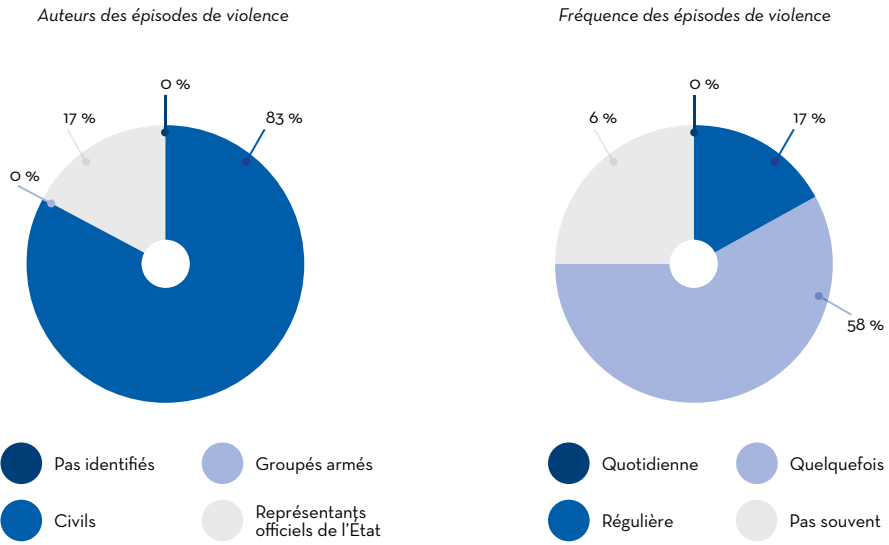


FIGURE 9 Auteurs et fréquence des épisodes de violence subis en Italie.

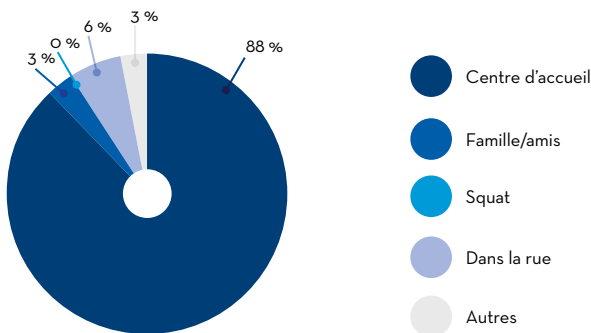


FIGURE 10 Conditions d'hébergement pendant le séjour en Italie.

	Total (N=72)	Femmes (N=17)	Hommes (N=55)	p-value	
Violence directe (%; IC 95 %)	<b>Violence globale</b>	<b>15,3 (6,8-23,8)</b>	11,8 (0-28,8)	16,3 (6,2-26,5)	0,65
	<b>Violence Physique</b>	<b>12,5 (4,7-20,3)</b>	5,9 (0-18,3)	14,5 (4,9-24,2)	0,35
	Avec armes à feu	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Sans armes à feu	<b>12,5 (4,7-20,3)</b>	5,9 (0-18,3)	14,5 (4,9-24,2)	0,35
	<b>Violence par privation</b>	<b>8,3 (1,8-14,9)</b>	0,0 (0-0)	10,9 (2,4-19,4)	0,16
	Détention avec privation de nourriture/eau	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Détention avec racket	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Détention avec demande de rançon	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Séparation des conjoints	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Autres détentions	<b>8,3 (1,8-14,9)</b>	0,0 (0-0)	10,9 (2,4-19,4)	0,16
<b>Violence sexuelle</b>	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-	
<b>Autres types de violence</b>	4,2 (0-8,9)	5,9 (0-18,3)	3,6 (0-8,7)	0,69	
Violence indirecte (%; IC 95 %)	<b>Violence globale</b>	<b>25,0 (14,8-35,2)</b>	29,4 (5,2-53,5)	23,6 (12,0-35,2)	0,63
	<b>Violence Physique</b>	<b>19,4 (10,1-28,8)</b>	23,5 (10,5-46,0)	18,2 (7,7-28,7)	0,63
	Avec armes à feu	1,4 (0-4,2)	0,0 (0-0)	1,8 (0-5,4)	0,58
	Sans armes à feu	<b>18,1 (8,9-27,1)</b>	23,5 (10,5-46,0)	16,3 (6,2-26,5)	0,51
	<b>Violence par privation</b>	<b>12,5 (4,7-20,3)</b>	11,7 (0-28,8)	12,7 (3,6-21,8)	0,92
	Détention avec privation de nourriture/eau	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Détention avec racket	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Détention avec demande de rançon	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Séparation des conjoints	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	0,0 (0-0)	-
	Autres détentions	<b>12,5 (4,7-20,3)</b>	11,7 (0-28,8)	12,7 (3,6-21,8)	0,92
<b>Violence sexuelle</b>	8,3 (0,8-14,9)	17,6 (0-37,8)	5,5 (0-11,7)	0,12	
<b>Autres types de violence</b>	2,7 (0-6,7)	0,0 (0-0)	3,6 (0-8,7)	0,43	

\*Les p-values se rapportent au test chi-carré. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives.

TABLEAU 4 Épisodes de violence directe et indirecte subis en France par sexe.

### PARTIE 3. ÉTUDE DESCRIPTIVE DES ÉPISODES DE VIOLENCE EN FRANCE

Le tableau 4 et la figure 11 montrent les différents types de violence que les participant-e-s ont subi (violence directe) ou dont ils-elles ont été témoins (violence témoignée) en France. Dans ce pays, 15,3 % des participant-e-s ont subi au moins un type de violence (16,3 % des hommes et 11,5 % des femmes).

12,5 % des participant-e-s ont souffert d'épisodes de violence physique (14,5 % des femmes et 5,9 % des hommes), sans différence statistique significative en fonction du sexe.

8,3 % des participant-e-s ont subi des violences par privation (0 % des femmes et 10,9 % des hommes). Il n'y a pas eu d'épisode de détention avec demande de rançon ni d'épisode de privation de nourriture et/ou d'eau. La violence la plus fréquente a été liée aux détentions policières (10,9 % des hommes, pas d'épisodes parmi les femmes). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe pour ces variables.

En ce qui concerne la violence sexuelle, aucun épisode n'a été déclaré par les personnes ayant participé à l'enquête.

En ce qui concerne les épisodes de violence indirecte, les pourcentages sont aussi légèrement plus élevés que ceux des violences directes. 25 % des participant-e-s ont été témoins de violences (19,4 % de violences physiques, 12,5 % de violences par privation, 8,3 % de violences sexuelles et 2,7 % d'autres types de violences). Aucune différence statistiquement significative par sexe n'a été constatée.

L'analyse bivariable n'a pas relevé de différence significative en fonction des variables sociodémographiques ou de caractérisation du séjour (tableau 7 en annexe, page 72).

La figure 12 montre l'identification des auteurs-autrices de violences et la fréquence des épisodes de violence par type de violence. Il peut être constatée que dans 89 % des cas, il s'agissait de violence perpétrée par des civils, et dans 11 % des cas par des représentants officiels de l'état. Il peut être observé que dans 22 % des cas il s'agissait d'une violence régulière, occasionnelle dans 33 % des cas et très occasionnelle dans 45 % des cas.

Enfin, la figure 13 décrit les conditions d'hébergement pendant le séjour en France. La plupart des enquêté-e-s (47 %) dorment à la rue, 40 % chez des ami-e-s et ou de la famille, 10 % dans des squats et seulement 3 % dans des centres d'accueil.

- 15,3 % des personnes enquêtées ont subi des épisodes de violence en France (12,5 % de la violence physique, 8,3 % de la violence par privation et 4,2 % d'autres violences). Il n'y a pas eu d'épisodes de violence sexuelle.
- La violence en France est occasionnelle et sans différenciation par sexe.
- Les auteurs des épisodes violents sont principalement des civils et occasionnellement des représentants officiels de l'état.
- Le problème principal à l'arrivée en France est représenté par les conditions de vie et d'hébergement : plus de la moitié des enquêtés n'ont pas d'hébergement fixe.
- Il faut prendre en compte le fait que la majorité des enquêtés étaient primo arrivants en France au moment de l'étude.

### Verbatims les plus significatifs des types de violence subis en France

*« En France, je ne sais pas les violences. Je viens d'arriver. »*

*« On dort dans la rue et parfois il y a des problèmes pour la place, on te frappe. »*

*« La police est méchante. Parfois ils viennent et nous tapent pour nous jeter dehors. »*

*« J'étais pris par la police et ils ont pas dit pourquoi, j'ai passé deux jours en prison, je n'avais pas de pièce d'identité. »*

### Verbatims les plus significatifs relatifs aux conditions de vie et d'hébergement en France

*« Ici le problème de maison c'est trop. Arrivé en Italie tu peux dormir sous un toit mais ici non. »*

*« Je dors dehors, j'ai deux enfants. Ils sont tout le temps malades maintenant. »*

*« Je reste chez des personnes que je connais. Je fais la cuisine et le nettoyage et je peux dormir mais je n'ai pas d'argent. Je suis toujours en train de bouger. »*

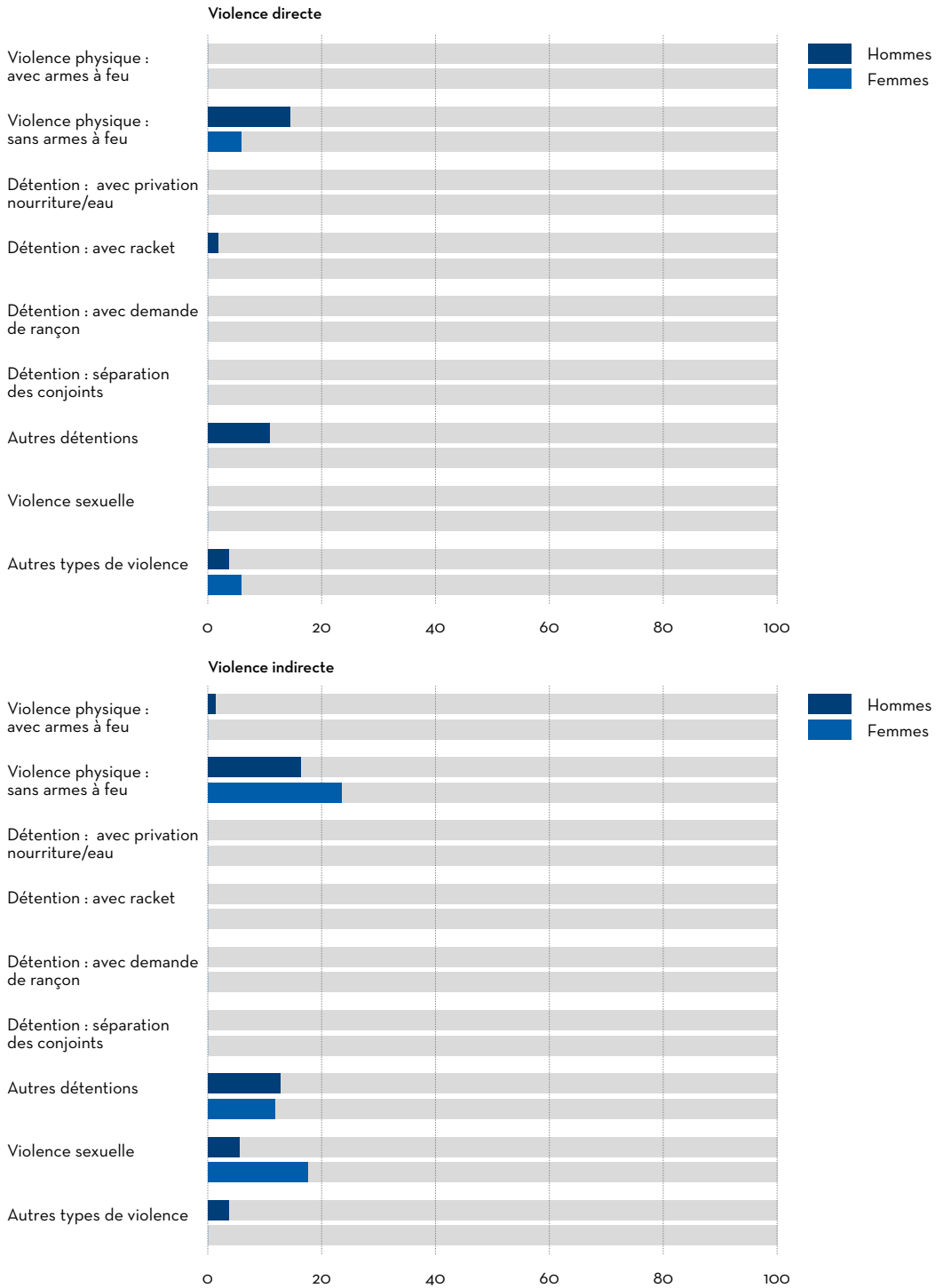


FIGURE 11 Épisodes de violence directe et indirecte subis en France par sexe.



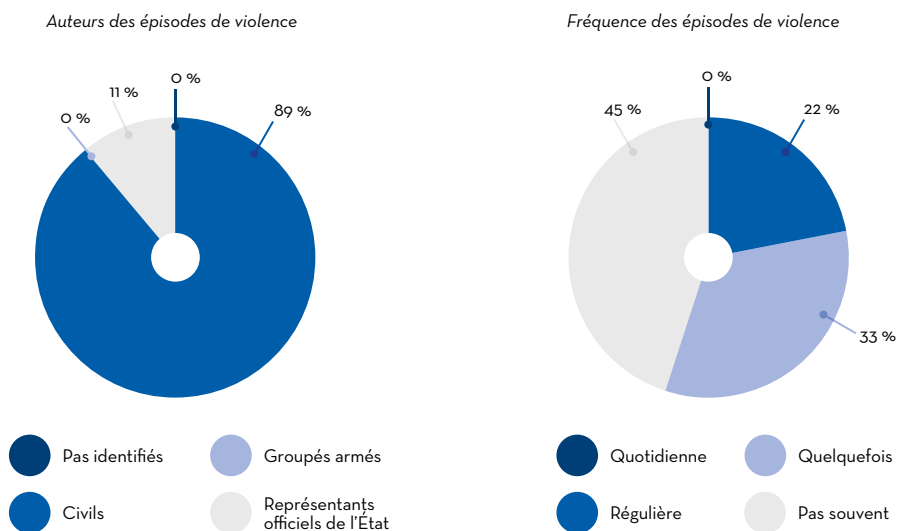


FIGURE 12 Auteurs et fréquence des épisodes de violence subis en France.

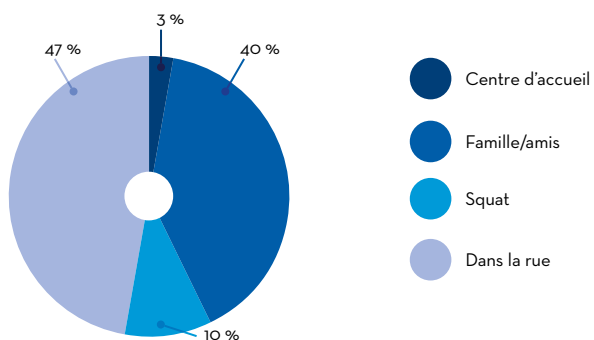


FIGURE 13 Conditions d'hébergement en France au moment de l'entretien.



# DISCUSSION

## PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

La violence en Libye est généralisée. Les épisodes de violence physique et les violences par privation sont très fréquents pour les hommes et les femmes. Ces dernières sont aussi très exposées à la violence sexuelle. La fréquence des épisodes de violence est régulière ou quotidienne. Les auteurs de la violence sont en général difficiles à identifier. Il n'y a pas de différences significatives dans la proportion d'épisodes de violence subis en fonction des autres variables sociodémographiques et de caractérisation du séjour. Il n'y a quasiment aucun accès aux soins en Libye.

En Italie, la violence est surtout liée à des emprisonnements occasionnels et à de la violence physique entre civils. Il y a une difficulté généralisée d'accès aux soins et les conditions d'hébergement ne sont pas optimales. En France, le principal problème évoqué est le manque d'accès à un hébergement digne. Les épisodes de violence ne sont pas fréquents mais une majorité de personnes enquêtées sont primo arrivant-e-s.

La plupart des participant-e-s ont eu besoin de soutien psychologique et ont été orienté-e-s vers une consultation de soutien après la réalisation de l'entretien.

## VIOLENCE SUR L'INTÉGRALITÉ DU PARCOURS MIGRATOIRE

L'OMS définit la violence comme « *l'usage intentionnel de la force physique ou réelle, menacée ou réelle, contre soi-même, une autre personne, ou un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort de provoquer un cas de blessure, de mort, de préjudice psychologique, de mauvais développement ou de privation.* » (12)

Notre étude se focalise sur les épisodes de violence subie dans trois localisations de la RMC, mais la violence peut être considérée comme inhérente à tout le parcours migratoire (40,41). En fait, nous avons constaté que beaucoup de départs du pays

d'origine sont dus à des conflits sécuritaires, et notamment à des problèmes ethniques, religieux ou liés au genre (violence conjugale, fratricide ou conflits autour d'un héritage).

Pour la suite du trajet, nous avons recueilli un certain nombre de témoignages rapportant des violences liées à la traite des êtres humains et au racket, perpétrées par des groupes organisés laissant derrière eux des mort-e-s dans le désert, au Niger, en Algérie, au Maroc ou au Mali: « *Au Mali c'est pas bien non plus (en lien avec les rebelles à GAO)* »; « *C'est un système de passage, même les maliens, même les algériens* »; « *Les algériens, eux, ils s'entendent avec les libyens* »; « *Au Niger, ce qui arrive, ils s'embarquent, mais tu ne vois pas. Alors tu ne sais pas où tu vas, si tu avances ou recules* »; « *Y'en a qui sont morts dans le désert...* »; « *On est resté 4 mois au Niger, déjà au Niger les gens qui nous transportaient demandaient de l'argent* »; « *On m'a dépouillé dès la Tunisie* ».

Enfin, les récits dramatiques de la traversée de la Méditerranée sont nombreux et confirmés par le nombre de décès rapportés ces dernières années (« *Tu t'embarques et tu ne sais pas si tu vas arriver...* »; « *Le bateau est l'enfer aussi* ») et par les chiffres de décès pendant la traverse estimés en nombre croissant ces dernières années (presque 1 800 estimés en 2017 et 800 pendant 2018) (5).

## CONTEXTE GÉOPOLITIQUE DE LA ROUTE MÉDITERRANÉE CENTRALE

La RMC se décompose en plusieurs parcours principaux différents qui ont pour point d'origine les zones de convergences de routes mineures en Afrique du Nord ou en Afrique subsaharienne. Elles ont toutes pour caractéristique de mener à la côte libyenne afin de rejoindre l'Italie (7).

Le nombre de migrant-e-s qui utilisent cette voie pour arriver en Europe n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2017, à cause du renforcement de la politique migratoire aux frontières.

Un très grand nombre d'ONGs et d'agences des Nations Unies ont documenté des violations des droits humains perpétrées contre des migrants qui prennent la RMC, s'inscrivant dans une dynamique plus globale : elles visent à perpétuer la traite des êtres humains depuis des décennies, dans le cadre d'une économie transnationale (13,42). Prévoyant à l'origine d'atteindre la côte libyenne puis l'Europe, les migrants sont dès lors susceptibles d'être victimes du trafic d'êtres humains et d'autres formes d'abus et de violences.

En ce qui concerne la responsabilité des Nations Unies et des autorités européennes, de nombreuses ONGs ont dénoncé l'externalisation du contrôle des frontières de l'UE (36-39). En février 2017, la Déclaration de Malte visant à fermer la RMC comprenait une formation, du matériel et un soutien aux garde-côtes libyens. De plus, divers rapports d'ONGs ont dénoncé les accords conclus toujours en février 2017 et récemment renouvelés entre le gouvernement italien et les autorités libyennes ainsi que la mafia libyenne pour mettre fin à l'afflux de migrants (16,47).

## LA VIOLENCE EN LIBYE : UN ENFER CONTINU

Les violations des droits humains dont sont victimes les personnes migrantes en Libye ont été documentées depuis des années par des ONGs, des agences des Nations Unies, des groupes de réflexion ou des journalistes (13,42,42,44,48,49).

Dans notre étude, la proportion globale de migrant-e-s ayant subi des épisodes de violence en Libye est presque de 95 %. Ces données concordent avec des rapports précédents. Par exemple, selon l'ONG italienne Médecins pour les droits de l'homme MEDU, 85 % des migrant-e-s qui ont transité par la Libye ont subi des actes de torture et des traitements inhumains et dégradants dans ce pays (1).

Les trois villes les plus évoquées étaient Tripoli, Sebha et Sabratah. Mais elles ne sont pas les

seules localisations où des agressions ont été documentées. Les rapports mentionnent une situation similaire dans toutes les principales villes du pays (48,50,51).

Par ailleurs, le type de violence varie en fonction des localisations et de la durée du séjour. La durée moyenne de plus de 6 mois montre que la vaste majorité de personnes souffrent des longs emprisonnements et enfermements. Les séjours en prison exposent notamment à tout type de violences. Le travail forcé et les violences sexuelles sont rapportés plus fréquemment lors des résidences chez des particuliers et l'esclavage reste l'apanage des camps. De plus, les imprécisions chronologiques peuvent autant être en rapport avec les conditions de vie qu'avec l'impact sur la santé mentale (« on ne pouvait pas distinguer le jour de la nuit, j'ai oublié le jour et l'heure »).

## LA VIOLENCE PHYSIQUE

Une des principales constatations de notre étude est que la violence physique est très structurelle, très prégnante, dans plusieurs cas, quotidienne. Cette violence se produit principalement dans les endroits d'enfermement et est très liée à l'exploitation des migrant-e-s, au travail forcé et à l'extorsion. L'utilisation d'armes à feu, généralement à des fins menaçantes, a fréquemment été rapportée dans les entretiens, spécialement parmi les hommes. Des témoignages plus inquiétants relatent aussi des fusillades, des meurtres de masses ainsi que l'utilisation de drogues.

## LA VIOLENCE PAR PRIVATION

Un grand nombre de rapports décrivant des violations des droits des migrant-e-s en Libye mentionnent que l'enlèvement pour extorsion est une pratique courante. Ces enlèvements pourraient avoir lieu à différents stades du voyage. Toutefois, les ONGs constatent que les migrants sont souvent enlevé-e-s par des passeurs à leur arrivée dans le pays. Ils-elles peuvent être libéré-e-s s'ils-elles paient, eux-elles-mêmes ou leurs familles. S'ils-elles ne peuvent pas payer, ils-elles

travaillent gratuitement jusqu'à leur libération. Ils-elles pourraient également être vendu-e-s à un autre groupe pratiquant la traite humaine (48,51).

Dans son rapport de 2016, la MANUL (Mission politique des Nations unies en Libye) a souligné que les migrant-e-s sont détenu-e-s dans des lieux de détention non officiels lorsqu'ils-elles transitent par la Libye, y compris dans des centres de détention gérés par des groupes armés et des « maisons de liaison » – des lieux où des passeurs et des trafiquant-e-s retiennent des migrant-e-s en transit avant leur transfert vers le prochain emplacement. Les migrant-e-s sont également détenu-e-s dans des fermes, des entrepôts, des maisons et des appartements sécurisés par des passeurs, des trafiquant-e-s et des groupes armés (42). La FIDH, la JSFM et Migreurop décrivent dans leur rapport de 2012 de graves violations des droits humains fondamentaux (44).

Selon Médecins sans frontières (MSF), les conditions de détention ne sont « ni humaines ni dignes ». Dans son rapport publié en décembre 2017, MEDU souligne que 79 % des 2600 migrant-e-s qu'ils-elles ont rencontrés entre 2014 et 2017 ont été détenu-e-s dans des endroits surpeuplés et dans de mauvaises conditions sanitaires; 70 % ont souffert de privations constantes de nourriture, d'eau et de soins médicaux (48,50-52). Le manque de lumière, de ventilation, d'installations sanitaires, de nourriture adéquate, d'eau potable, de literie a aussi été mentionné par les participant-e-s de notre étude. L'instabilité croissante du pays et la situation de guerre civile à partir de 2014 ont aggravé de cette situation. Toutes ces constatations ont été retrouvées dans les témoignages recueillis dans notre étude.

## LA VIOLENCE SEXUELLE

Les femmes sont très exposées aux violences sexuelles. Ces résultats viennent renforcer les résultats d'autres études réalisées dès 2016, sur la surexposition des femmes et des filles aux violences sexuelles dans les routes migratoires vers l'Europe ou une fois sur le territoire européen

(8,23,26,53). Ils font également échos aux rapports du HCR qui considère les violences sexuelles et sexistes comme des problèmes majeurs des déplacements de populations (54). Les résultats de l'étude montrent également que les hommes sont aussi exposés aux violences sexuelles réalisées par d'autres hommes. Les récits et les données autour des violences sexuelles peuvent être néanmoins sous-représentées. La nature propre de ces violences, qui touchent à l'intime, à la sexualité et à l'identité de genre des personnes, fait qu'il est plus difficile de témoigner ou d'en parler, puisqu'elles restent dans beaucoup de cas encore une honte pour la personne qui les ont subies (26).

La violence sexuelle en Libye a été aussi documentée par d'autres études. Amnesty International a publié un rapport sur ce sujet (52) concernant plusieurs cas de femmes forcées à des relations sexuelles en échange de leur libération (3).

Le rapport de la MANUL mentionne que *« des survivants et des témoins oculaires ont décrit (...) comment des femmes et des filles migrantes ont été violées et abusées sexuellement d'une autre manière lors de leur transit en Libye. Ils ont décrit leurs violeurs comme extrêmement violents. (...) »*. Les femmes et les filles ont déclaré que les passeurs semblaient être conscients des risques de viol et de violence sexuelle en Libye, et certaines ont expliqué qu'il leur avait été conseillé de prendre une injection de contraception de trois mois avant le départ. (3)

### AUTEURS DE VIOLENCE

L'identification des auteurs de la violence est très difficile pour les migrant-e-s. En général, ils-elles se réfèrent à eux-elles comme *« les arabes »*. En effet, les réseaux d'exploitation de personnes sont complexes et un large éventail d'acteurs et actrices est impliqué, avec une collusion et une coopération entre les responsables de la détention libyens et les passeurs. Les citoyen-ne-s libyen-ne-s peuvent être également impliqué-e-s. Une telle économie de trafic a été documentée par plusieurs ONGs et agences des

Nations Unies, notamment en ce qui concerne le rôle joué par les garde-côtes libyens (13).

Selon des informations parvenues à la MANUL, des groupes armés, des passeurs et des trafiquants, des employeurs privés, la police, les garde-côtes libyens et le personnel de la DCIM (Directorate for Combatting Illegal Migration) ont amené des migrant-e-s dans des centres de détention, sans enregistrement officiel, sans procédure légale et sans accès aux avocat-e-s ou aux autorités judiciaires. La MANUL a également reçu des informations crédibles indiquant que certains membres des institutions de l'État et certain-e-s responsables locaux avaient participé au processus de trafic (42).

### L'ACCÈS AUX SOINS EN LIBYE

L'accès aux soins, selon notre étude, est pratiquement inexistant. Il est généralement limité à celui fourni par de très peu nombreuses organisations internationales dans le cadre du *« Groupe de travail sur la détention en Libye »* (51). Néanmoins, dans notre étude, aucun-e participant-e ne rapporte le fait d'avoir bénéficié d'une consultation médicale ou d'avoir reçu des médicaments.

De manière générale, le système de santé en Libye est sur le point de s'effondrer et est confronté à des graves problèmes en raison des dommages causés aux infrastructures, du manque de médicaments, de matériel médical et de personnel (10). L'accès aux soins médicaux est devenu un problème pour toutes les personnes vivant en Libye, en particulier les personnes en situation de migration, qu'ils-elles soient détenu-e-s ou pas. Les hôpitaux locaux exigent un paiement pour traiter les ressortissant-e-s étranger-e-s (10). La MANUL a reçu des informations selon lesquelles certaines personnes auraient refusé de traiter des migrant-e-s, invoquant un manque de rémunération et la peur des maladies infectieuses (42).

## L'ARRIVÉE EN EUROPE : LA VIOLENCE N'ARRÊTE PAS

### LA SITUATION DES MIGRANT-E-S À L'ARRIVÉE EN ITALIE

L'immigration en Italie a augmenté de manière exponentielle au cours des dernières décennies en raison des changements politiques au niveau international et des conflits au Moyen-Orient. L'Italie est l'un des principaux pays d'Europe du Sud accueillant un grand nombre de migrant-e-s sans papiers et légaux-les, créant ainsi une pression majeure sur les ressources (32,55).

Malgré l'augmentation du nombre de centres d'accueil, les rapports soulignent le manque de capacité d'accueil. Dans notre étude, les « camps » ont été décrits comme des lieux très précaires, parfois sans toit, sans chauffage et avec une nourriture de mauvaise qualité. De plus, les enfants n'étaient pas scolarisés. Des témoignages plus spécifiques incluaient un incendie dans un campement insalubre avec probablement des mort-e-s ou des rixes au sein de la communauté.

En effet, le gouvernement central a eu du mal à trouver un logement pour les demandeurs-euses d'asile dans toute l'Italie et de nombreuses communautés ont refusé l'ouverture de centres d'accueil. À Rome, des milliers de personnes vivent dans des squats. Certains sont bien établis, mais d'autres ne disposent même pas des équipements de base (32).

En novembre 2017, le Comité des Nations Unies contre la torture a exprimé sa préoccupation face aux « conditions de vie apparemment inférieures aux normes dans plusieurs centres d'accueil pour demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière, y compris des centres de crise et des centres pour enfants non accompagnés » (42). Des ONGs ont dénoncé les conditions de vie dans le hotspot de Lampedusa (56). Conséquence de ce décrochage, les migrant-e-s établissent des camps de fortune. « Les conditions sont les mêmes dans tous les camps : inhumaines, honteuses et dégradantes pour tous les êtres humains », a déclaré

un membre du personnel de l'ONG italienne Emergency (57).

Néanmoins, MdM Italie souligne quelques changements positifs à partir de 2017 : les services offerts par les centres d'accueil se sont améliorés et les autorités italiennes ont renforcé leur contrôle sur ces centres grâce aux procédures de suivi mises en place (21). Par exemple, les immeubles et les structures inadéquates et insalubres utilisées comme centres d'accueil d'urgence jusqu'en 2016, en Calabre ne sont plus utilisées.

### VIOLENCE EN ITALIE

Dans notre étude, le pourcentage global de violence est proche au 30 %. Dans l'étude de Napolitano en 2018, 46,5 % des participant-e-s ont déclaré avoir subi une forme de violence en Italie au moins une fois depuis leur arrivée et au cours des 12 derniers mois (32). La violence psychologique était la forme la plus répandue chez 53,2 % des participant-e-s, 40,3 % de personnes étaient victimes de violence physique, 18,9 % de violence économique et 6,5 % de violence sexuelle. Le risque de subir au moins une forme de violence au cours des 12 derniers mois en Italie était plus important chez les migrant-e-s qui séjournaient en Italie depuis plus longtemps et moins important chez ceux et celles qui vivaient dans un camp (25).

### ACCÈS AUX SOINS EN ITALIE

Bien que les soins de santé fournis par les services de santé nationaux soient en principe gratuits pour les demandeurs et demandeuses d'asile, l'accès est assez limité. Cela est particulièrement vrai pour les services de santé mentale où les barrières linguistiques et l'insuffisance de médiation interculturelle jouent un rôle majeur.

Le besoin d'un accès rapide aux soins après le passage par la Libye et pendant la traversée de la Méditerranée a été évoqué de manière continue dans notre étude. Néanmoins, cet accès aux



soins est difficile, en particulier quand les problèmes de santé sont complexes. Les épisodes de maltraitance des personnes soignées lors de l'hospitalisation ont aussi été évoqués.

En mars 2018, le Comede (Comité pour la santé des exilés) a publié un rapport décrivant les difficultés rencontrées par les migrant·e·s en Italie pour accéder aux soins de santé (58).

### LA SITUATION DES MIGRANT·E·S EN FRANCE

Selon les personnes migrantes rencontrées, les raisons du choix de la France sont la proximité linguistique et l'existence d'un réseau social communautaire. Ces dernières années, les équipes de MdM en Île-de-France ont constaté une augmentation des situations de détresse vis à vis du logement. Certaines personnes sont en France depuis plusieurs mois et n'ont toujours pas de logement stable (SDF) et il y a de plus en plus de personnes en situation de vulnérabilité (femmes enceintes, famille avec enfants ou personnes malades) qui sollicitent le service d'urgences médicales et ne parviennent pas à être mises à l'abri ou sont confrontées à des ruptures d'hébergement faute de places. Ces situations, exceptionnelles il y a quelques années, deviennent récurrentes aujourd'hui (23,26,38,53).

Plusieurs rapports ont documenté la situation des migrant·e·s dans différents endroits en France. La plupart d'entre eux se sont concentrés sur la situation à Calais et dans les environs de Paris. Tous dénoncent le démantèlement des campements illégaux sans solutions à long terme pour toutes les personnes qui y ont trouvé refuge. Alors, ils-elles sont obligés de trouver de nouveaux camps où ils pourraient rester, jamais trop loin de l'endroit qui a été démantelé (19-21). Certains ont aussi documenté les violences sexuelles et sexistes auxquelles sont spécialement exposés les femmes et les filles sur le territoire français.

### VIOLENCE EN FRANCE

Ces derniers temps, un effort a été fait pour documenter les violences contre les personnes migrantes arrivées sur le territoire français. Ainsi, une étude réalisée par les services du Samu social à l'occasion de 14000 bilans infirmiers entre 2015 et 2018 a documenté une fréquence d'épisodes de violence de 7 % pour les primo arrivants consultés hébergés e Île-de-France (59). De plus, une étude réalisée auprès de 469 femmes hébergées en hôtel e Île-de-France a relevé que 10 % d'entre elles avaient subi des épisodes de violence après leur arrivée. Ces proportions sont similaires à celles documentées dans notre étude mais inférieures à celles documentées dans les rapports d'activités des centres d'accueil de MdM (37) (probablement à cause de l'arrivée récente sur le territoire français).

Par ailleurs, il a été documenté que les femmes migrantes en situation irrégulière sur le territoire français (les «sans-papiers») sont d'autant plus vulnérables à toutes les formes de violence, d'exploitations et d'abus, qu'elles ne peuvent, sous risque d'expulsion, porter en justice en cas d'agression (59). Il a été aussi décrit que les difficultés sociales rencontrées par les femmes d'Afrique subsaharienne après la migration, en particulier l'absence de logement ou de permis de résidence, augmentent leur exposition à la violence sexuelle et à l'infection par le VIH (24,27,53).

La politique globale des autorités françaises à l'égard des migrant·e·s est une source de préoccupation pour la plupart des ONGs. Tout est mis en œuvre pour décourager les migrant·e·s de venir en France et les reconduire vers les pays européens où ils-elles ont laissé leurs empreintes digitales le plus tôt dans leur parcours migratoire, conformément au règlement de Dublin.

## **GENRE ET VIOLENCE DANS LE PARCOURS MIGRATOIRE ET LES PAYS D'ACCUEIL**

Tel qu'il a été mis en avant par le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugié-e-s, les contextes migratoires sont des contextes dans lesquels les personnes peuvent être plus exposées à subir des violences et notamment des violences liées au genre. Ces violences peuvent être aussi bien à l'origine de la décision de migrer, qu'être subies tout au long du parcours ou bien une fois sur le territoire du pays d'accueil. La perte des réseaux d'aide et de protection, le manque de structures d'accueil, les difficultés d'accès au droit commun, les politiques d'accueil qui ne prennent pas compte des aspects de genre, l'isolement, la remise en cause des rôles traditionnels de genre ou l'utilisation des violences sexuelles comme arme de guerre et la peur d'être expulsé-e sont, entre autres, des éléments qui ont été documentés comme étant à l'origine de cette vulnérabilité accrue à subir des violences liées au genre dans le contexte de la migration (8,23,26,54).

L'étude a voulu documenter aussi bien les violences subies par les femmes que par les hommes migrant-e-s, en tenant compte aussi de l'impact du genre dans le vécu des violences.

Ainsi, les résultats de l'étude mettent en avant comment les hommes sont plus exposés à subir des violences dans la sphère publique, où des armes à feu étaient présentes et où les auteurs étaient majoritairement d'autres groupes d'hommes plus ou moins organisés ou appartenaient à différentes institutions de l'État. En ce qui concerne les violences subies par les femmes, celles-ci sont plus exposées à subir des violences et de l'exploitation sexuelle. Elles témoignent de violences individuelles ou collectives d'hommes dans le cadre des centres de rétention. Ces résultats viennent renforcer ceux qui ont déjà été documentés par d'autres ONGs (3,8,23,24,24,26,52,53,60). Un certain pourcentage des hommes qui ont participé à l'étude ont également affirmé avoir subi des violences sexuelles de la part d'autres hommes.

Néanmoins, et tel qui a été expliqué auparavant, étant donné la propre nature de ces violences, ces récits peuvent être sous-représentés.

## **LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES MIGRANTS EN EUROPE**

La plupart des personnes ont demandé un soutien psychologique à l'issue de l'entretien, ce qui reflète un réel besoin. En même temps, l'entretien réactive les réponses émotionnelles aux événements potentiellement traumatiques. La santé mentale constitue une urgence sanitaire (2,28).

Les publications traitant des problèmes de santé mentale des migrant-e-s comme conséquence du parcours migratoire sont nombreuses (2,30-36). Les principaux facteurs évoqués sont des événements traumatiques avant la migration, la migration forcée, non ou insuffisamment planifiée, ou illégale, le faible niveau d'acculturation, l'isolement ou séparation de la famille dans le pays d'accueil, le manque de soutien social, la discrimination perçue et la durée de résidence des personnes migrant-e-s (32,49). La santé mentale des personnes migrantes est encore plus altérée dans le contexte actuel des politiques anti migratoires et d'un environnement social anti-migrants en Europe (23).

En 2019, l'OMS a publié pour la première fois un rapport spécifique sur la santé des personnes migrantes en Europe (61) et une guide spécifique sur la santé mentale des personnes migrantes (62). Ces rapports soulignent le risque particulier de troubles psychologiques et manifestations psycho-traumatiques en lien avec les conditions et les conflits dans leur pays d'origine, le parcours migratoire et les difficultés d'intégration dans le pays d'accueil. Néanmoins, les troubles psychiatriques chroniques ne sont pas plus prévalents.

Il est important que les professionnel-le-s du soin défendent les droits des personnes migrantes pour contribuer à réduire la xénophobie et la discrimination soutenues par certains mouvements culturels et politiques nationaux.

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude comporte un certain nombre de limites :

Premièrement, le lieu de recrutement (Caso Saint Denis) restreint le profil des participant-e-s, pouvant limiter la validité externe de l'étude. C'est la raison pour laquelle les personnes provenaient principalement de l'Afrique subsaharienne (notamment la Côte d'Ivoire ou le Mali). Néanmoins, l'Afrique subsaharienne est l'origine la plus fréquente des personnes qui choisissent la RMC pour atteindre l'Europe.

Deuxièmement, la situation en Libye n'était pas facile à appréhender par une recherche quantitative. Le nombre et la proportion de violences subies en Libye étaient très élevés. Pour approfondir l'analyse des expériences des personnes migrantes et de l'ampleur des épisodes de violence perpétrés en Libye, il serait utile de compléter cette recherche avec une étude à caractère qualitatif.

De plus, il existe une possible sous-estimation de certains types de violence (notamment la violence sexuelle), avec pour raison une honte et/ou une peur d'être accusés d'homosexualité. Le reflet en est la faible proportion d'hommes qui déclarent avoir subi des épisodes de violence sexuelle directe, en comparaison à la haute proportion de violence indirecte ou témoinnée.

De plus, le taux de refus et d'exclusion à cause de risques de décompensation psychiatrique est très probablement lié à la difficulté d'évocation des expériences traumatiques. L'exclusion de ces participant-e-s à l'étude pourrait être à l'origine de perte d'informations sur des expériences de violence encore beaucoup plus traumatiques que celles recueillies. De plus, l'ampleur de la violence subie en Libye pourrait avoir amoindri le ressenti des violences en Italie et en France, avec une sous-estimation du problème dans ces pays d'accueil.

En raison du fait que beaucoup de personnes interrogées étaient primo-arrivantes en France (arrivées depuis moins de trois mois), la prévalence des violences peut avoir été sous-estimée. De plus, les participant-e-s ont été recrutés dans un centre de MdM donc n'avaient pas de raison de plainte concernant l'accès aux soins, puisqu'ils-elles sortaient de la consultation médicale.

Enfin, la faible proportion de femmes rencontrées limite aussi les résultats dans ce groupe, même s'ils orientent vers une claire différenciation des épisodes de violence subis par les femmes, principalement exposées aux violences sexuelles.



# CONCLUSIONS

La vaste majorité des personnes témoignent de violences directes et indirectes à grande échelle subies pendant le parcours migratoire en Libye. Les femmes sont notamment très exposées aux violences sexuelles.

Après l'arrivée en Europe, les personnes exilées ont largement soulevé le manque d'accès aux structures de soins en Italie. En France, ce sont surtout des problèmes liés aux conditions de vie et d'hébergement.

La souffrance des exilé-e-s est une constante du départ à l'arrivée. La majorité des personnes enquêtées ont sollicité un soutien psychologique après la réalisation du questionnaire. Il existe une urgente nécessité de soutien des personnes migrantes qui ont traversé la Libye.

En raison de l'importance des violences directes subies en Libye, du manque d'accès aux soins en Italie et du manque d'accès à l'hébergement en France, des actions de dépistage et un accompagnement de ces populations pour accéder à leurs droits et au système de santé s'avèrent indispensables.

Les professionnel-le-s 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 par des conditions d'accueil et des situations administratives souvent précaires.

Les patients victimes de violences doivent par conséquent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique et adaptée (sociale, psychologique, médicale). Or, ils ne sont pas toujours pris en charge sur le plan médico-psychosocial, notamment du fait de l'absence de formation systématique des professionnel-le-s aux problématiques de violence.

Pour atteindre cet objectif nous recommandons :

## DANS LES PROGRAMMES DE MDM

- Développer la connaissance et la compétence des acteurs MdM sur les effets des troubles psycho-traumatiques des personnes migrantes, l'identification d'épisodes de violence subis et la conduite à tenir (écoute et prise en charge physique et psychologique);
- Développer des outils spécifiques d'identification d'épisodes de violence subis par les personnes migrantes;
- Renforcer les équipes et les services de soutien psychosocial et psychologique pour les personnes ayant été victimes de violence;
- Faciliter la possibilité d'expression pour les personnes au sein des programmes par la mise en place d'espace d'écoute collectif ou individuel et de temps dédié des professionnels lors des consultations médicales;
- Renforcer la prise en charge des potentiels troubles fonctionnels dérivés des épisodes de violence, en incluant des consultations spécialisées en santé sexuelle et reproductive et des services de dépistage et prévention;
- Assurer un mapping des différents acteurs du territoire qui peuvent proposer une prise en charge et/ou un suivi des personnes ayant subi des violences (somatiques, psychologiques, juridiques);
- Proposer des orientations vers des relais associatifs ou institutionnels identifiés des personnes rencontrées sur les programmes de MdM;
- Développer des prises en charges spécifiques lorsque les réseaux identifiés ne peuvent répondre aux besoins;
- Renforcer les services d'interprétariat, d'accompagnement et de médiation en santé pour les personnes victimes de violence;
- Interroger l'analyse des besoins et des pratiques du programme avec une approche de genre.

## DANS LES STRUCTURES DE SOINS

- Développer la connaissance auprès du public des dispositifs existants pour la prise en charge des violences récentes (centres de proximité, hôpitaux, numéros d'urgence);
- Assurer une formation pluridisciplinaire des professionnels de santé sur le sujet de la violence et des effets des troubles psycho-traumatiques pour assurer la prise en charge adaptée des personnes ayant subi des violences;
- Analyser les besoins et les pratiques des services en incorporant une approche de genre.

## EN MATIÈRE DE POLITIQUE SANITAIRE

- Améliorer l'accès aux soins généraux et soins psychosociaux, psychologiques et psychiatriques des personnes migrantes, accessibles pour tous, avec ou sans couverture maladie;
- Renforcer et adapter les structures existantes (PASS, EMPP, CMP, LAM, LHSS...) pour la prise en charge physique, psychosociale, psychologique et psychiatrique des personnes migrantes qui ont été victimes de violence;
- Permettre la prise en charge des consultations psychologiques par la couverture maladie pour les personnes sans ressources (bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C);
- Développer des structures d'accompagnement et médiation pour les personnes migrantes victimes de violence;
- Systématiser le recours à l'interprétariat en santé dans toutes les structures de soins qui accueillent des personnes migrantes;
- Développer des dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psycho-traumatisme des personnes migrantes.

## EN MATIÈRE DE POLITIQUE MIGRATOIRE NATIONALE ET EUROPÉENNE

- Améliorer les conditions de vie et d'accueil à destination des personnes migrantes arrivant en France ;
- Mettre en place une protection dite Humanitaire qui a vocation à protéger les personnes qui ont connu un parcours traumatique comme celles qui transitent par la Libye ;
- Soutenir et renforcer des actions de secours en mer, avec notamment la réquisition de bateaux pour des actions humanitaires ;
- Assurer la protection temporaire de ressortissant-e-s de pays tiers en cas d'afflux massif de réfugié-e-s ;
- Réviser les politiques migratoires des États membres de l'UE en élargissant l'accès à un droit d'asile européen, dans le respect du libre choix par les personnes de leur pays d'accueil ;
- Améliorer les conditions d'accueil et de protection des personnes migrantes, en assurant une prise en compte systématique des vulnérabilités et des violences et en assurant un accès effectif à l'hébergement ;
- Faire cesser toutes formes de violences à l'encontre des personnes dans les pays d'accueil, comme la détention et la criminalisation ;
- Veiller pour que le Commissaire Européen des Droits de l'Homme assure que chaque État respecte effectivement ses obligations.

## EN MATIÈRE DE RECHERCHE

- Élargir les objectifs des études en incluant les épisodes de violence subis pendant la traversée de la Méditerranée, ainsi qu'à travers des autres voies migratoires ;
- Étudier les types d'accompagnement et prise en charge qui peuvent être efficaces pour aider les personnes à se rétablir suite à un vécu de violences ;
- Mener des études longitudinales pour évaluer les effets des violences subies sur leur santé à long terme ;
- Intégrer des études qualitatives pour approfondir l'analyse des expériences vécues et des barrières trouvées pendant le parcours migratoire et dans les pays d'accueil ;
- Intégrer une approche de genre dans les recherches en lien avec la migration et les violences pour pouvoir documenter l'impact de ces questions en termes de vulnérabilité et violences subies et pouvoir faire des recommandations qui prennent en compte ces dimensions.



# RÉFÉRENCES

1. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece : experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med.* 13 2018;16(1):40.
2. Arsenijevic J, Schillberg E, Ponthieu A, Malvisi L, Ahmed WAE, Argenziano S, et al. A crisis of protection and safe passage : violence experienced by migrants/refugees traveling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Confl Health.* 2017;11:6.
3. De Schrijver L, Vander Beken T, Krahé B, Keygnaert I. Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe : A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health.* 11 2018;15(9).
4. DRC/RMMS. RMMS Briefing Paper 5: Weighing the Risks: Protection risks and human rights violations faced by migrants in and from East Africa. 2017.
5. IOM. Four decades of cross Mediterranean. *four\_decades\_of\_cross\_mediterranean* [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://publications.iom.int/system/files/pdf/four\\_decades\\_of\\_cross\\_mediterranean.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/four_decades_of_cross_mediterranean.pdf).
6. Situation Mediterranean Situation [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur : <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5205>.
7. Altai Consulting. Mixed migration trends in Libya: Changing dynamics and protection challenges, Altai Consulting in partnership with IMPACT Initiatives, for the UNHCR in Libya, 2017 [Internet]. Disponible sur : [http://www.altaiconsulting.com/wp-content/uploads/2017/08/2017\\_Mixed-Migration-Trends-in-Libya-Final-Report-Web.pdf](http://www.altaiconsulting.com/wp-content/uploads/2017/08/2017_Mixed-Migration-Trends-in-Libya-Final-Report-Web.pdf).

8. Freedman J. Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee « crisis ». *Reprod Health Matters*. mai 2016;24(47):18-26.
9. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 18 mai 2013;381(9879):1721-35.
10. Zarocostas J. Libya: war and migration strain a broken health system. *Lancet Lond Engl*. 03 2018;391(10123):824-5.
11. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr*. 18 mars 2014;6.
12. UN World Health Organization (WHO). World report on violence and health, 2002, ISBN 92 4 154561 5, disponible sur: <http://www.refworld.org/docid/54aa8f744.html>.
13. Dollet S. Violence perpetrated in Libya against exiled persons & consequences on health observed after arrival in Europe A focus on the impact of EU as well as Italian & French policies. *Médecins du Monde*; 2018.
14. Revue Vivre Ensemble. La Libye, l'Europe et les flux migratoires : Pactiser, quoi et à quel prix ? *Bulletin de liaison pour la défense du droit d'asile.*; 2018.
15. Médecins du Monde. Violences policières envers les migrants et les réfugiés en transit en Belgique une enquête quantitative et qualitative. 2018.
16. Infomigrants. L'Italie renouvelle son accord controversé sur les garde-côtes libyens [Internet]. Disponible sur: <https://www.infomigrants.net/fr/post/20545/l-italie-renouvelle-son-accord-controverse-sur-les-garde-cotes-libyens>.
17. Règlement (CE) no 343/2003 du 18 février 2003.
18. Article num 193 de la Loi 2016-41. 2016.
19. Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med* 1982. mars 2012;74(6):858-63.
20. Bouhenia M, Ben Farhat J, Cohuet S. Évaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais, Région Nord-Pas-de-Calais Picardie, France. [Internet]. Epicentre; 2016. Disponible sur: [http://epicentre.msf.org/sites/preprod.epicentre.actency.fr/files/1073\\_%20Rapport%20Calais\\_%20version%20finale\\_O.pdf](http://epicentre.msf.org/sites/preprod.epicentre.actency.fr/files/1073_%20Rapport%20Calais_%20version%20finale_O.pdf).
21. MDM PACA. État de Santé et Accès aux Soins des Personnes en Exil de l'Italie au Briançonnais Impacts sur la santé de la traversée de la frontière Enquête Frontière transalpine France - Italie Briançonnais. 2018.
22. Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Devillé W, Kennedy P, Kováts A, et al. Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health*. févr 2015;25(1):90-6.
23. 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 women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16-23.

24. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K, et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Glob Health*. 8 mai 2014;10:32.
25. Castagna P, Ricciardelli R, Piazza F, Mattutino G, Pattarino B, Canavese A, et al. Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation. *Int J Legal Med*. juill 2018;132(4):1197-204.
26. Bautista O. Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France. Une étude de France terre d'asile Les cahiers du social n°40 // Avril 2018;
27. André J-M, Fassin D. La santé des migrants en question(s) [Internet]. 2019. 120 p. (Débats Santé Sociale). Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-migrants-questions>.
28. Médecins du Monde. La souffrance psychique des exilés: Une urgence de santé publique [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/06/18/la-souffrance-psychique-des-exiles>.
29. Ginot L, Laconde C, Rousseau A. Éditorial. Santé des personnes migrantes, parcours d'exils, violences subies: un enjeu pour l'ensemble du système de santé. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(17-18):310-1. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019\\_17-18\\_o.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_o.html).
30. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *J Nerv Ment Dis*. juin 2000;188(6):357-65.
31. Crepet A, Rita F, Reid A, Van den Boogaard W, Deiana P, Quaranta G, et al. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health*. 2017;11:1.
32. Ventriglio A, Bellomo A, Vitrani G, Stella E, Gentile A, Bhugra D. Migration, violence, and the role of psychiatry in Italy. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2017;29(4):327-33.
33. Abbott A. The mental-health crisis among migrants. *Nature*. 13 2016;538(7624):158-60.
34. Böttche M, Stammel N, Knaevelsrud C. [Psychotherapeutic treatment of traumatized refugees in Germany]. *Nervenarzt*. nov 2016;87(11):1136-43.
35. Anagnostopoulos DC, Giannakopoulos G, Christodoulou NG. The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *Int J Soc Psychiatry*. juin 2017;63(4):352-8.
36. Bianucci R, Charlier P, Perciaccante A, Lippi D, Appenzeller O. The « Ulysses syndrome »: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *Eur J Intern Med*. juin 2017;41:30-2.
37. Médecins du Monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France en 2018. In 2019. p. 185.
38. Médecins du Monde. Mision banlieue Saint-Denis, Île-de-France. Le Centre d'accueil, de soins et d'orientations de Saint-Denis. Rapport d'activités 2017. 2018.
39. Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. *Bull. Epidémiol Hebd*. 2019;

- (17-18):341-50. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019\\_17-18\\_4.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_4.html).
40. Violence, Vulnerability and Migration: Trapped at the Gates of Europe [Internet]. Médecins Sans Frontières (MSF) International. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.msf.org/violence-vulnerability-and-migration-trapped-gates-europe>.
  41. The Political Dynamics of Human Mobility: Migration out of, as and into Violence | Global Policy Journal [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.globalpolicyjournal.com/articles/population-and-migration/political-dynamics-human-mobility-migration-out-and-violence>.
  42. United nations Support Mission in Libya. Detained and dehumanised. Report on human right abuses in Libya. 2016.
  43. Rights Watch. EU/NATO: Europe's Plan Endangers Foreigners in Libya [Internet]. Disponible sur : EU/NATO: Europe's Plan Endangers Foreigners in Libya
  44. Migreurop. Libya. The hounding of migrants must stop [Internet]. Disponible sur : <http://www.migreurop.org/IMG/pdf/109697240-Report-Migrants-Libya.pdf>.
  45. MSF. Obstacle course to Europe. A policy-made humanitarian crisis at EU Borders [Internet]. 2016. Disponible sur : [https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf\\_obstacle\\_course\\_to\\_europe\\_report2.pdf](https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf_obstacle_course_to_europe_report2.pdf).
  46. Quiminal C, Blum Le Coat J-Y. Politiques migratoires et représentations de l'Europe chez les migrants : violences et ambivalences. L'Espace Polit Rev En Ligne Géographie Polit Géopolitique [Internet]. 8 avr 2013 [cité 29 avr 2019];(19). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/2596>.
  47. UNHCR. Mediterranean Situation [Internet]. Disponible sur : <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5205>.
  48. Amnesty International. EU risks fuelling horrific abuse of refugees and migrants in Libya [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/06/eu-risks-fuelling-horrific-abuse-of-refugees-and-migrants-in-libya>.
  49. Oun AM, Hadida EM, Stewart C. Assessment of the Knowledge of Blast Injuries Management among Physicians Working in Tripoli Hospitals (Libya). Prehospital Disaster Med. juin 2017;32(3):311-6.
  50. MEDU. Rapporto sulle condizioni di grave violazione dei diritti umani dei migranti in Libia (2014-2017) [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.mediciperidirittiumani.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapporto-per-Tribunale-Permanente-dei-Popoli.pdf>.
  51. MSF. Arbitrary detention of refugees, asylum-seekers and migrants must stop [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.msf.org/libya-arbitrary-detention-refugees-asylum-seekers-and-migrants-must-stop>.
  52. Amnesty International. Refugees and migrants fleeing sexual abuse and exploitation in Libya [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.amnestyusa.org/press-releases/refugees-and-migrants-fleeing-sexual-violence-abuse-and-exploitation-in-libya>.
  53. Eberhard, M., Garcin E., Quere, M., Segol E. Les femmes seules dans le dispositif de veille sociale : une enquête auprès du public accueilli à l'ESI « Halte Femmes ». Rapport de l'Observatoire du Samu social de Paris; 2018.

54. Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, Principes Directeurs pour la prévention et la protection. 2003.
55. Human Rights Watch. Italy: Police Beat Refugees During Eviction [Internet]. Disponible sur : <https://www.hrw.org/news/2017/08/25/italy-police-beat-refugees-during-eviction>.
56. Liberties. Severe Human Rights Violations Found at Lampedusa Hotspot [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.liberties.eu/en/news/inhuman-conditions-in-the-lampedusa-hotspot/14526>.
57. Emergency. From the field. saturation effect in Rosarno [Internet]. Disponible sur : <https://en.emergency.it/blog/from-the-field/its-saturation-effect>.
58. Rapports annuels [Internet]. Comede. 2016 [cité 17 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.comede.org/rapport-dactivite>.
59. Engliz-Bey E, Cavalin C, Brocvielle M, Le Méner E. Violences subies et état de santé : résultats et enseignements de santé publique tirés de bilans infirmiers réalisés en Île-de-France auprès de populations migrantes (octobre 2015-juillet 2018). Bull Epidémiol Hebd. 2019;(17-18):312-26. [http://beh.santepublique-france.fr/beh/2019/17-18/2019\\_17-18\\_1.html](http://beh.santepublique-france.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_1.html).
60. Médecins sans Frontières. Violence sexuelle et migration. La réalité cachée des femmes subsahariennes arrêtées au Maroc sur la route de l'Europe [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://www.msf.fr/sites/default/files/d87b284fadacoaf3475f1f92bce47b3c.pdf>.
61. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018) [Internet]. 2019 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>.
62. World Health Organisation. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance. 2018.

# ANNEXES

(N=72)	Violence globale			Violence physique			Violence par privation			Violence sexuelle		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p
<b>Sexe (%)</b>												
Homme	3,4	96,4	0,20	5,7	94	0,08	15,1	84,9	0,87	81,1	18,9	0,01*
Femme	11,6	88,2		20	80		13,3	86,7		46,7	53,3	
<b>Âge en années</b>												
Moyenne	30	32	0,53	31	31,8	0,75	32	30,5	0,61	30,7	34,4	0,71
ET	(5,0)	(7,6)		(7,0)	(8,6)		(6,7)	(7,9)		(6,1)	(8,6)	
<b>Niveau d'études (%)</b>												
Primaire	5,5	94,6	0,16	7,7	92,3	0,31	11,5	86,5	0,82	71,2	28,9	0,52
Secondaire	0	100		7,7	92,3		15,4	84,6		76,9	23,1	
Supérieur	25	75,0		33,3	66,7		33,3	66,7		100,0	0	
<b>Pays d'origine (%)</b>												
Côte d'Ivoire	4,1	95,8	0,09	8,7	90,3	0,8	13,0	84,8	0,98	80,4	19,6	0,17
Mali	5,9	94,1		6,5	93,8		18,8	81,3		50,0	50	
Cameroun	0	100		25	75		0,0	100		100,0	0	
Autre	33,3	66,7		0	100		0,0	100		75,0	25	
<b>Type de voyage (%)</b>												
Seule	6	94	0,45	6,4	93,6	0,57	14,9	83	0,79	74,5	25,5	0,55
En compagnie de la famille	0	100		14,3	85,7		14,3	85,7		64,5	35,7	
Autre compagnie	12,5	87,5		14,3	85,7		0,0	100		85,7	14,3	
<b>Durée du séjour en Libye en jours</b>												
Moyenne	118,3	259,5	0,79	122,5	270,3	0,81	104,3	277,4	0,83	109,3	268,5	0,86
ET	(70,1)	(116,2)		(72,1)	(126,6)		(76,1)	(135,9)		(65,1)	(126,2)	

Les p-values se rapportent au test T à deux échantillons pour les variables continues et au test chi-carré pour les variables catégorielles.

Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives.

ET : écart type.

**TABEAU 5** Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en Libye.



(N=72)	Violence globale			Violence physique			Violence par privation			Violence sexuelle		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p
<b>Sexe (%)</b>												
Homme	74,6	25,5	0,87	83,6	16,4	0,90	89,1	10,9	0,92	100,0	0,0	0,07
Femme	76,5	23,5		82,3	17,4		88,2	11,8		94,1	5,9	
<b>Âge en années</b>												
Moyenne	32,3	30,7	0,51	31,7	29,7	0,49	33,7	29,8	0,42	32,0	30,8	0,50
ET	(7,2)	(8,1)		(7,0)	(7,6)		(6,7)	(6,7)		(6,1)	(7,6)	
<b>Niveau d'études (%)</b>												
Primaire	76,4	23,6	0,87	83,6	16,4	0,90	89,1	10,0	0,63	98,2	1,8	0,86
Secondaire	69,2	30,8		84,6	15,4		92,3	7,7		100,0	0,0	
Supérieur	75,0	25,0		75,0	25,0		75,0	25,0		100,0	0,0	
<b>Pays d'origine (%)</b>												
Côte d'Ivoire	77,8	22,9	0,86	85,4	14,6	0,51	87,5	12,5	0,79	100,0	0,0	0,51
Mali	70,6	29,4		76,5	23,5		94,2	5,9		94,1	5,9	
Cameroun	100,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0	
Autre	75,0	25,0		100,0	0,0		75,0	25,0		100,0	0,0	
<b>Type de voyage (%)</b>												
Seul-e	74,0	26,0	0,46	82,0	18,0	0,90	90,0	10,0	0,40	100,0	0,0	0,02*
En compagnie de la famille	85,7	14,3		85,7	14,3		92,9	701,0		100,0	0,0	
Autre compagnie	62,5	37,5		87,5	12,5		75,0	25,0		87,5	12,5	
<b>Durée du séjour en Italie en jours</b>												
Moyenne	237,0	177,0	0,97	225,0	188,0	0,91	239,0	179,0	0,87	242,0	169,0	0,88
ET	(52,3)	(47,8)		(76,3)	(48,6)		(86,7)	(47,9)		(86,1)	(48,6)	

Les p-values se rapportent au test T à deux échantillons pour les variables continues et au test chi-carré pour les variables catégorielles. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatifs. ET : écart type.

**TABLEAU 6** Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en Italie.

(N=72)	Violence globale			Violence physique			Violence par privation			Violence sexuelle		
	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p	Non	Oui	p
<b>Sexe (%)</b>												
Homme	83,6	16,4	0,65	85,5	14,5	0,35	89,1	10,9	0,16	-	-	-
Femme	88,2	11,8		94,1	5,9		100,0	0,0				
<b>Âge en années</b>												
Moyenne	32,3	30,1	0,54	31,8	30,7	0,65	31,5	30,8	0,68	-	-	-
ET	(7,6)	(6,3)		(7,1)	(6,6)		(6,2)	(7,9)				
<b>Niveau d'études (%)</b>												
Primaire	83,6	16,4	0,63	87,3	12,7	0,65	90,9	9,1	0,81	-	-	-
Secondaire	92,3	7,7		92,3	7,7		92,3	7,7				
Supérieur	75,0	25,0		75,0	25,0		100,0	0,0				
<b>Pays d'origine (%)</b>												
Côte d'Ivoire	89,6	10,4	0,18	93,8	6,2	0,05	93,8	6,3	0,24	-	-	-
Mali	70,6	29,4		70,6	29,4		88,2	11,8				
Cameroun	100,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0				
Autre	100,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0				
<b>Type de voyage (%)</b>												
Seul/e	84,0	16,0	0,96	86,0	14,0	0,53	88,0	12,0	0,24	-	-	-
En compagnie de la famille	85,7	14,3		85,7	14,3		100,0	0,0				
Autre compagnie	87,5	12,5		100,0	0,0		100,0	0,0				
<b>Durée du séjour en France en jours</b>												
Moyenne	35,6	62,4	0,53	31,6	60,4	0,48	34,1	65,1	0,57	-	-	-
ET	ET (12,3)	ET (27,8)		ET (12,0)	ET (26,8)		ET (11,9)	ET (26,3)				

\*Les p-values se rapportent au test T à deux échantillons pour les variables continues et au test chi-carré pour les variables catégorielles. Les valeurs marquées avec un astérisque sont statistiquement significatives. ET: écart type.

**TABEAU 7** Épisodes de violence physique, par privation et sexuelle en fonction des variables secondaires en France.

## ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE

## ENQUÊTE SUR LES VIOLENCES SUBIES PAR LES MIGRANTS AYANT TRANSITÉ PAR LA LIBYE

Date et heure	
Initiales de l'interviewer	
Code participant	

N°	Questions	Réponses	Instructions
<b>Section A : données sociodémographiques</b>			
QA01	Quel âge avez-vous ?	..... ans	Valeur possible : de 18 à 99 ans; exclure la personne si mineure
QA02	De quel sexe êtes-vous ?	1. Homme 2. Femme 3. Transgenre	
QA03	Quel est votre pays d'origine	.....	Inscrire le pays d'origine
QA04	Quel est votre niveau d'éducation ?	1. Primaire ou moins 2. Secondaire 3. Supérieur 9. Ne sait pas 99. Ne souhaite pas répondre	
QA05	Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu au centre? (Plusieurs réponses possibles)	1. Consultation médicale 2. Soutien psychologique 3. Soutien social 4. Soutien juridique 7. Autres (préciser) .....	
<i>Nous allons maintenant revenir sur votre parcours migratoire</i>			
<b>Section B : Parcours migratoire</b>			
QB01	Pour quelles raisons avez-vous quitté votre pays d'origine ?	1. Économique 2. Environnementale (catastrophes naturelles) 3. Politique 4. Sécuritaire (violences intra-familiale, inter-éthniques) 5. Éducation (pour venir étudier)	
QB02	Comment avez-vous réalisé le voyage ?	1. Seul-e 2. En compagnie de membres de la famille 3. Autre compagnie (préciser) 9. Ne sait pas 99. Ne souhaite pas répondre	
QB03	Quels sont les pays que vous avez traversé entre votre pays d'origine et la France ?	.....	
QB04	Date de départ du pays d'origine	..... mois/années	
QB05	Date d'arrivée en Libye	..... mois/années	
QB06	Date d'arrivée en Europe	..... mois/années	
QB07	Date d'arrivée en France	..... mois/années	

N°	Questions	Réponses	Instructions
<b>Section C : transit en Libye</b>			
QC01	Combien de temps êtes-vous resté en Libye ?	1. .... jours 2. .... mois 3. .... années 88. Ne sais pas	
QC02	Lors de votre transit en Libye, étiez-vous enceinte ?	1. Oui 2. Non	
QC03	Lors de votre transit en Libye, étiez-vous mineur non accompagné ?	1. Oui 2. Non	
QC04	De manière générale, avez-vous eu accès à des soins médicaux pendant votre transit en Libye au moins une fois ?	1. Oui 2. Non 3. Je n'en ai pas eu besoin 88. Ne sais pas	
QC05	Avez-vous embarqué en mer sous la menace pour quitter la Libye ?	1. Oui 2. Non 99. Ne souhaite pas répondre	
<b>Violences directes en Libye</b> <i>Expliquer avant de commencer la définition de violences directes</i>			
QC06	Avez-vous subi vous-même des violences ou des mauvais traitements pendant votre transit en Libye ?	1. Oui 2. Non	<i>Si non, passer à la question QC23 (violences indirectes).</i>
<b>Violences physiques en Libye</b>			
QC08	Avez-vous subi vous-même des violences physiques lors de votre séjour en Libye ? (Remplir pour chaque épisode 1, 2, 3)	1. Oui 2. Non	<i>Si non, passer à la question QC13 (violences par privation).</i>
QC9	Quel type de violence physique avez-vous subi ?	1. Violence physique avec armes (arme à feu, arme blanche). 2. Violence physique sans arme. (préciser) 99. Ne souhaite pas répondre	
QC10	Quels étaient les auteurs de ces violences physiques ?	1. Représentants officiels de l'État 2. Groupes armés non officiels 3. Civils 77. Autres (préciser)..... 88. Je n'ai pas pu les identifier 99. Ne souhaite pas répondre	1. Expliquer : police, garde-côtes, etc. 2. Expliquer : gangs, groupes religieux, groupes tribaux, etc. 3. Expliquer : chauffeur de taxi, marchands, hôteliers, habitants, etc.
<b>Violences par privation/négligence en Libye</b>			
QC11	Avez-vous subi vous-même par privation et négligence lors de votre séjour en Libye ? (Citer les réponses proposées en exemple si besoin) (Remplir pour chaque épisode 1, 2, 3)	1. Oui 2. Non	<i>Si non, passer à la question QC16 (violences sexuelles).</i>
QC12	De quel type de privation et/ou négligence s'agissait-il ?	1. Détention sans nourriture et/ou sans eau 2. Détention avec demande de rançon 3. Racket 4. Séparation définitive de votre conjoint/de vos enfants/de vos parents/amis 77. Autres (préciser).....	

N°	Questions	Réponses	Instructions
QC13	Quels étaient les auteurs de ces violences par privation et/ou négligence ?	1. Représentants officiels de l'État 2. Groupes armés non officiels 3. Civils 77. Autres (préciser) ..... 88. Je n'ai pas pu les identifier 99. Ne souhaite pas répondre	1. Expliquer : police, garde-côtes, etc. 2. Expliquer : gangs, groupes religieux, groupes tribaux, etc. 3. Expliquer : chauffeur de taxi, marchands, hôteliers, habitants, etc.
<b>Violences sexuelles en Libye</b>			
QC14	Avez-vous subi vous-même des violences sexuelles lors de votre séjour en Libye ? (Remplir pour chaque épisode 1, 2, 3)	1. Oui 2. Non	Si non, passer à la question QC18 (autres violences).
QC15	Quels étaient les auteurs de ces violences sexuelles ?	1. Représentants officiels de l'État 2. Groupes armés non officiels 3. Civils 77. Autres (préciser) ..... 88. Je n'ai pas pu les identifier 99. Ne souhaite pas répondre	1. Expliquer : police, garde-côtes, etc. 2. Expliquer : gangs, groupes religieux, groupes tribaux, etc. 3. Expliquer : chauffeur de taxi, marchands, hôteliers, habitants, etc.
<b>Autres violences en Libye</b>			
QC16	Avez-vous subi vous-même d'autres types de violences ? (préciser) (Remplir pour chaque épisode 1, 2, 3)	Si oui : .....	Si non, passer à la question QC21 (violences indirectes)
QC17	Quels étaient les auteurs de ces violences ?	1. Représentants officiels de l'État 2. Groupes armés non officiels 3. Civils 77. Autres (préciser) ..... 88. Je n'ai pas pu les identifier 99. Ne souhaite pas répondre	1. Expliquer : police, garde-côtes, etc. 2. Expliquer : gangs, groupes religieux, groupes tribaux, etc. 3. Expliquer : chauffeur de taxi, marchands, hôteliers, habitants, etc.
<b>Autres informations</b>			
QC18	Autres informations		
QC19	Avez-vous eu besoin de soins médicaux suite à ces violences ?	1. Oui 2. Non	
QC20	Avez-vous eu accès à des soins médicaux suite à ces violences ?	1. Oui 2. Non 88. Ne sait pas	
<b>Violence indirecte en Libye</b> (même structure que ci-dessus)			
<b>Violence directe en Italie</b> (même structure que ci-dessus)			
<b>Violence indirecte en Italie</b> (même structure que ci-dessus)			
<b>Violence directe en France</b> (même structure que ci-dessus)			
<b>Violence indirecte en France</b> (même structure que ci-dessus)			

## ANNEXE 2. TÉMOIGNAGES DU PARCOURS MIGRATOIRE

### HOMME, 26 ANS, CÔTE D'IVOIRE

« Je suis parti de la maison à cause de la violence. J'avais une copine qui était chrétienne et j'étais musulman, donc ça ne marchait pas. A la fin, toute ma famille était menacée et je savais que n'avais d'autre possibilité, je devais partir ou l'on pourrait mourir, moi et ma famille... donc j'ai quitté mon pays. Je suis parti tout seul, mais j'ai trouvé des personnes en chemin; j'ai traversé le Burkina et le Niger. Trois mois après, je suis arrivé en Libye. J'ai passé 6 mois en Libye. On passait toute la journée enfermés. Après minuit, on nous faisait sortir et voler des choses dans les magasins et les marchés. Si tu arrives sans matériel, on te frappe. Si ça arrive plusieurs fois, on te tue. Les arabes nous frappaient de toute façon. On dormait sur le sol, il y avait de l'eau mais pas de nourriture. Normalement ils nous donnaient du pain une fois par jour. Pour la violence sexuelle, oui, il y avait, pour les femmes surtout mais pour les hommes aussi. Pas pour moi, mais je sais que des autres hommes ont été violés aussi. J'ai encore des cicatrices des tortures dans les jambes. Une fois ils ont tué un groupe de vingt personnes parce qu'ils essayaient de s'échapper. Un jour on a pu embarquer. Dans le bateau il y a aussi de personnes qui sont mortes. En Italie on a passé quelques mois dans un campo. C'était plutôt tranquille, mais il y avait quelques problèmes. Un ami était malade et il y avait quelques médicaments, mais pas d'hôpital. Il devait être opéré. On nous a dit qu'ils allaient l'aider mais il est mort avant d'être opéré. Après j'ai passé un an dans la ville, c'était chaud. On ne nous aime pas beaucoup et je ne comprends pas pourquoi; Je pense que les Italiens n'aiment pas les Africains. J'ai décidé de venir en France, c'est plus facile pour la langue et on m'a dit qu'ici il y a plus d'opportunités. Ça fait deux mois que je suis arrivé, je dors dans la rue. Ici je n'ai pas de problèmes, mais ce n'est pas facile, dormir dans la rue et chercher du travail..., je veux travailler mais ce n'est pas facile ».

### FEMME, 32 ANS, CÔTE D'IVOIRE

« J'ai quitté la Côte d'Ivoire à cause de la violence maritale. J'avais deux enfants et j'étais enceinte; J'avais peur de perdre mon bébé. J'ai laissé là-bas mes deux enfants avec ma mère et je suis partie avec un groupe de personnes qui allaient en Europe. On m'a dit que c'était bien organisé mais qu'on devait payer et j'ai pris tout mon argent et l'argent de ma mère. L'arrivée en Libye a pris quelques semaines; on est passé pour le Burkina et le Niger, mais le voyage n'était pas trop long et je n'étais jamais seule. Une fois qu'on est arrivé en Libye, on nous a enfermés dans une maison, dans une chambre avec beaucoup de personnes, quelques semaines, sur le sol. On ne sortait pas. On était plus de quatre-vingts personnes. Il y avait les arabes et ils criaient tout le temps et ils nous frappaient. Ils n'étaient pas tout le temps les mêmes personnes et normalement ils étaient armés. Quelquefois on ne mangeait pas pendant deux jours. Sinon, ils nous donnaient à manger une fois par jour. Une fois ils m'ont dit de leur donner tout l'argent que j'avais et j'ai perdu l'argent que j'avais encore sur moi. Comme j'étais enceinte je n'étais pas touchée, mais les autres femmes... Ils les prenaient quand ils voulaient. On est restés toujours enfermés, il n'y avait pas de médecin, pas de médicaments. Quelques personnes étaient blessées, quelques personnes ont été tuées. Finalement on avait un bateau et on est embarqués. L'expérience dans le bateau était très difficile aussi. Après, le passage par l'Italie a été très vite, juste quatre jours. Quand je suis arrivée en France je suis allée d'abord à Marseille et après à Paris. Quand j'étais à Marseille, j'ai commencé à sentir mal au ventre et à saigner et je suis allée à l'hôpital; j'ai perdu mon bébé. C'était la première fois que j'allais à l'hôpital. Après je suis venue à Paris. Maintenant je suis en bonne santé, mais mon bébé.... Ici je connais des autres personnes de mon pays et je peux dormir chez eux, après je fais le ménage et la cuisine mais on ne me donne pas d'argent. Mais je peux dormir... Je voudrais avoir mes enfants avec moi mais ce n'est pas possible, ils sont encore là-bas ».

### ANNEXE 3. RAPPORT SUR LES RECOMMANDATIONS FAITES À LA SUITE DU TEST PILOTE

#### ÉTUDE VIOLENCES SUBIES SUR LE PARCOURS MIGRATOIRE (LIBYE, ITALIE ET FRANCE)

##### Aperçu général du questionnaire

Une phase test a eu lieu le 25 janvier 2019 au Caso.

La sélection des patients était réalisée par le psychiatre pour l'un des patients et par l'infirmière pour un deuxième patient volontaire. Deux hommes de 32 et 35 ans originaires de Côte d'Ivoire ont été pré-testés.

Le premier entretien s'est fait sur papier (défaut sur le questionnaire électronique), le deuxième à l'aide de la tablette.

Les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes.

La lettre d'information a été distribuée pour la première personne qui lisait le français. Pour la deuxième personne, la lettre a été lue à haute voix.

Le questionnaire RHS-15 a été testé chez les deux personnes. Il s'avère long et le scoring un peu « haut » ce qui pourrait mener à de nombreuses exclusions dans l'étude. Un des patients donnait une note de 5 à la question 15 tandis que la deuxième personne avait une note supérieure à 14 pour les 14 premières questions. Le questionnaire a tout de même été mené pour les deux personnes.

Les deux sujets ont eu des problèmes à identifier ou se rappeler des pays du parcours migratoire et la chronologie des souvenirs.

##### Recommandations

- Information à rajouter au début du questionnaire pour informer le patient que l'entretien durera 30 minutes.
- Lettre d'information à distribuer si la personne est en mesure de la lire, dans le cas contraire la lettre sera lue au patient.
- Il est décidé de revoir le scoring et la note limite du RHS-15 avec l'équipe psychologique. Si le scoring est trop haut, un accord de l'équipe psychologique sera nécessaire pour faire tout de même l'entretien. La décision de maintenir l'entretien ne peut se faire par l'interviewer seul.

- Proposition d'une cartographie A4 plastifiée pour aider l'entretien et la chronologie des souvenirs.
- Faire un classeur dédié à l'étude avec l'ensemble des documents nécessaires à l'entretien (lettre d'information, outil RHS-15, cartographie, questionnaire version papier...) qui restera sur place.
- Prévoir une réunion au Caso une dernière fois avant le début de l'étude pour fixer correctement le parcours, les jours d'étude et les personnes du Caso participant à l'étude.

##### Questionnaire

Les raisons de la venue sont souvent des raisons « sécuritaires » (conflits familiaux).

La quantification des événements est difficile pour les personnes ayant subi/été témoin de violences quotidiennement. Il y a beaucoup d'amnésie qui rend la quantification difficile.

Les autres types de violences notés sont essentiellement le travail forcé et l'abandon.

##### Recommandations

- Ajouter l'identificateur DPI pour avoir la possibilité de croiser d'autres informations du patient avec l'information du questionnaire.
- Nombre d'épisodes : changement du questionnaire pour avoir une réponse plus large « quotidiennement », « souvent », « quelques fois », puis laisser une case libre pour une quantification précise si possible.
- Revoir le questionnaire en détail sur la tablette en dehors d'un entretien.
- Création d'un compte spécial pour l'étude sur Kobo.
- Il faudra faire une formation brève aux bénévoles volontaires pour inclure des patients, et particulièrement, insister sur la saisie des données.

## ANNEXE 4. APPROBATION DU COMITÉ D'ÉVALUATION ÉTHIQUE DE L'INSERM

CEEI / IRB  
Comité d'Évaluation Éthique  
de l'Inserm

IRB00003888



# Inserm

La science pour la santé  
From science to health

CEEI / IRB  
Comité d'Évaluation Éthique de l'Inserm

Dossier suivi par : Christine Dosquet  
[ceei@inserm.fr](mailto:ceei@inserm.fr)

Nos réf. CD/EB 18-125

Dr Niklas LUHMANN  
Head of Research and Knowledge Management Unit,  
Responsable de Pôle Recherche et Apprentissages,  
Médecin du Monde,  
62 rue Marcadet  
75018 PARIS

Paris, le 23 octobre 2018

Monsieur,

Veillez trouver ci-joint votre **avis n°18-524** pour votre projet intitulé :

**" Etat des lieux sur les violences subies en Libye et en Europe (Italie et France) par les migrants ayant transités par la Libye ",**

examiné lors de la réunion du CEEI du 16 octobre 2018.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Emilie Bujeaud  
Secrétaire du CEEI



## ANNEXE 5. LETTRE D'INFORMATION DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE



Bonjour,

Médecins du Monde mène actuellement une étude visant à documenter les violences directes et indirectes subies en Libye et en Europe (France et Italie) par les personnes ayant transité par Libye et étant arrivées en Europe en 2017 et 2018.

Dans le cadre de cette étude, nous vous proposons de participer à un questionnaire sur votre parcours migratoire.

Il est possible que ce questionnaire évoque des souvenirs difficiles.

Vous pouvez à tout moment décider d'interrompre le questionnaire si les questions sont trop difficiles pour vous. Un psychologue et des médecins sont à votre disposition si vous le souhaitez.

Cette étude se fait sous la forme d'un questionnaire, passé par un professionnel de santé.

#### IMPORTANT

Au cours de cette étude :

- Votre identité ne sera jamais révélée
- Un numéro d'anonymat vous sera attribué, sans tableau de correspondance et ne permettra pas de retrouver votre identité
- Vous pourrez consulter les résultats sur le site internet de Médecin du Monde au terme de l'étude
- Vous pourrez poser toutes les questions que vous souhaitez au professionnel de santé lors de l'entretien
- Un interprète sera présent lors de l'entretien si vous ne parlez pas français

Vous pouvez arrêter de répondre aux questions à n'importe quel moment si vous le souhaitez.

Votre accord de participation au questionnaire tient lieu de consentement pour cette étude.

Cette recherche a fait l'objet d'un avis favorable du Comité d'évaluation Éthique de l'INSERM/IRB00003888 le 16 octobre 2018.





