

Université Paris Nord, UFR SMBH  
En partenariat avec l'Université Paris Descartes et l'Université  
Paris Diderot

**MEMOIRE**  
**POUR LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE**  
**SANTÉ DES MIGRANTS**

Impact sur la santé des personnes des violences  
subies pendant la phase de transit migratoire

**Présenté par Molho Sonia**  
**et soutenu publiquement le 2 Juin 2017 à Bobigny**

Responsable Pédagogique:

M. Olivier BOUCHAUD, UFR SMBH

Comité pédagogique:

Mme Annabel DESGREES DU LOU, Directrice de recherche, Paris Descartes

M. Stéphane TESSIER, médecin de santé publique, Mairie de Vitry sur Seine et UP 13

M. Nicolas VIGNIER, médecin, Hôpital de Melun et UP 13

## Sommaire

<b>Abréviations</b> .....	<b>2</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>A. Evolution des flux migratoires vers l'Europe : la route de la Méditerranée centrale</b> .....	<b>3</b>
<b>B. Les violences subies par les migrants pendant la phase de transit migratoire: l'exemple de la situation Libyenne</b> .....	<b>4</b>
1. Conflit armé et absence de gouvernement reconnu : une situation dangereuse pour les migrants .....	5
2. Absence de protection pour les migrants et détention arbitraire dans des conditions inhumaines.....	5
3. Mauvais traitements, torture, enlèvements et traite d'êtres humains .....	7
4. Violences liées au genre sur le parcours migratoire.....	8
5. Vulnérabilité des mineurs migrants .....	9
<b>II. Objectifs</b> .....	<b>9</b>
<b>III. Méthodologie</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. Etat de santé des migrants subissant des violences au cours de leur parcours migratoire</b> .....	<b>11</b>
<b>A. Psychotraumatisme et conséquences sur la santé mentale liés aux mauvais traitements, aux tortures et à la détention</b> .....	<b>14</b>
<b>B. Maladies de la précarité liées aux conditions de vie en détention</b> .....	<b>16</b>
<b>C. Conséquences sanitaires des violences sexuelles liées au genre</b> .....	<b>18</b>
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>20</b>
<b>Références</b> .....	<b>21</b>
<b>Annexe : Variables et complétude des données d'analyse</b> .....	<b>23</b>

## Abréviations

COMEDE	Comité pour la santé des exilés
FIDH	Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JFSM	Justice Sans Frontières pour les Migrants
MdM	Médecins du Monde
MEDU	Medici per i Diritti Umani
MNA	Mineurs non accompagnés
MSF	Médecins sans Frontières
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
SPT	Stress post-traumatique
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

## I. Introduction

Zimmerman et al. décrivent la migration comme un phénomène global qui peut se décomposer en plusieurs phases: avant le départ, le transit, l'arrivée à destination, l'interception et le retour. Ces différentes phases présentent des sources de vulnérabilités qui s'accumulent au long du parcours migratoire des personnes. Ainsi le transit migratoire est souvent marquée par des conflits armés ou la persécution en raison d'une appartenance ethnique ou religieuse, auquel s'ajoute des difficultés liées aux politiques migratoires extrêmement restrictives dans de nombreux pays traversés (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011).

### A. Evolution des flux migratoires vers l'Europe : la route de la Méditerranée centrale

Depuis Avril 2016, après l'accord UE-Turquie, la route centrale de Méditerranée est devenue le point d'entrée principal des réfugiés et migrants<sup>1</sup> en Europe. Ainsi, l'IOM dénombre 181,436 personnes arrivées en Italie en 2016 dont 90% sont partis de Libye contre 153,842 en 2015. Ces arrivées concernent majoritairement des hommes (71%). Cependant, on dénombre 28 223 enfants, soit 16 %, dont neuf sur dix étaient non accompagnés. En tout, 25 846 mineurs non accompagnés (MNA) ont fait la traversée, un chiffre deux fois supérieur à celui de 2015 (UNICEF, 2017).

De plus, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a identifié environ 256 000 migrants en Libye fin septembre 2016, parmi lesquels 28 031 femmes (soit 11 %) et 23 102 enfants (soit 9 %), dont un tiers sont des mineurs non accompagnés (soit 7 600 environ) (OIM, 2016). Ces chiffres semblent sous-estimer l'ampleur de la situation et seraient au moins trois fois supérieurs. Le nombre réel serait compris entre 700 000 et un million de personnes fin 2016. Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) quant à lui avait enregistré 38 241 réfugiés en Libye à la fin de l'année 2016 (Amnesty International, 2016).

---

<sup>1</sup> En droit international, le terme réfugié est défini par la Convention de 1951 relative au statut des

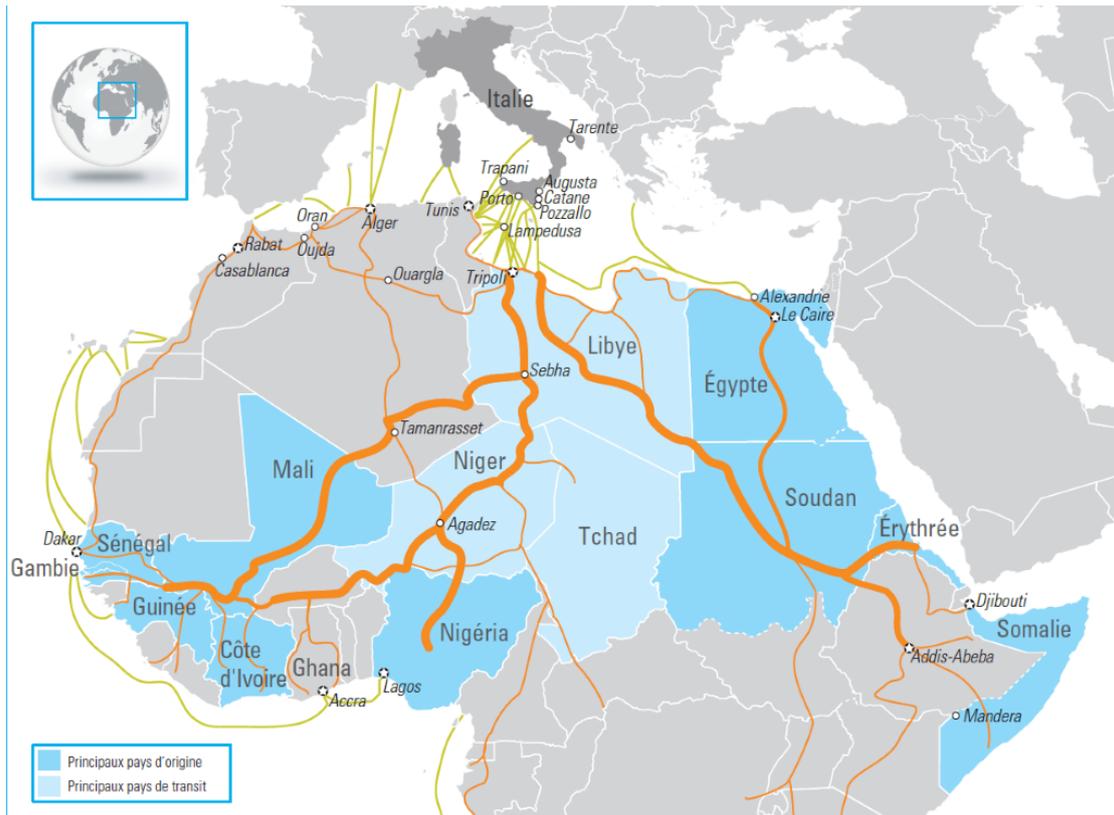


Figure 1 : Routes de migration de la Méditerranée centrale<sup>2</sup>

## B. Les violences subies par les migrants pendant la phase de transit migratoire: l'exemple de la situation Libyenne

Il existe plusieurs types de violences auxquelles les migrants sont particulièrement exposés pendant leur phase de transit migratoire. Les personnes sont alors soumises à l'exposition accrue aux détentions arbitraires dans des conditions inhumaines, à la torture et autres mauvais traitements, à l'exploitation et la traite. De plus l'accès aux soins est difficile et la fragilisation des réseaux familiaux et sociaux pendant cette phase participe également à accentuer la précarité des personnes. Certains groupes de personnes sont d'autant plus vulnérables qu'ils cumulent des facteurs de vulnérabilité et sont plus à même d'être victimes d'exploitation forcée ou encore de violences. C'est le cas des femmes, des enfants et des adolescents mineurs non accompagnés.

<sup>2</sup> Adapté du Centre de coordination de la réaction d'urgence (ERCC), Commission européenne, Refugee Crisis – Central Mediterranean Route: ECHO Daily Map, 4 novembre 2016, <http://erccportal.jrc.Ec.europa.eu/getdailymap/docId/1801>, rapport UNICEF

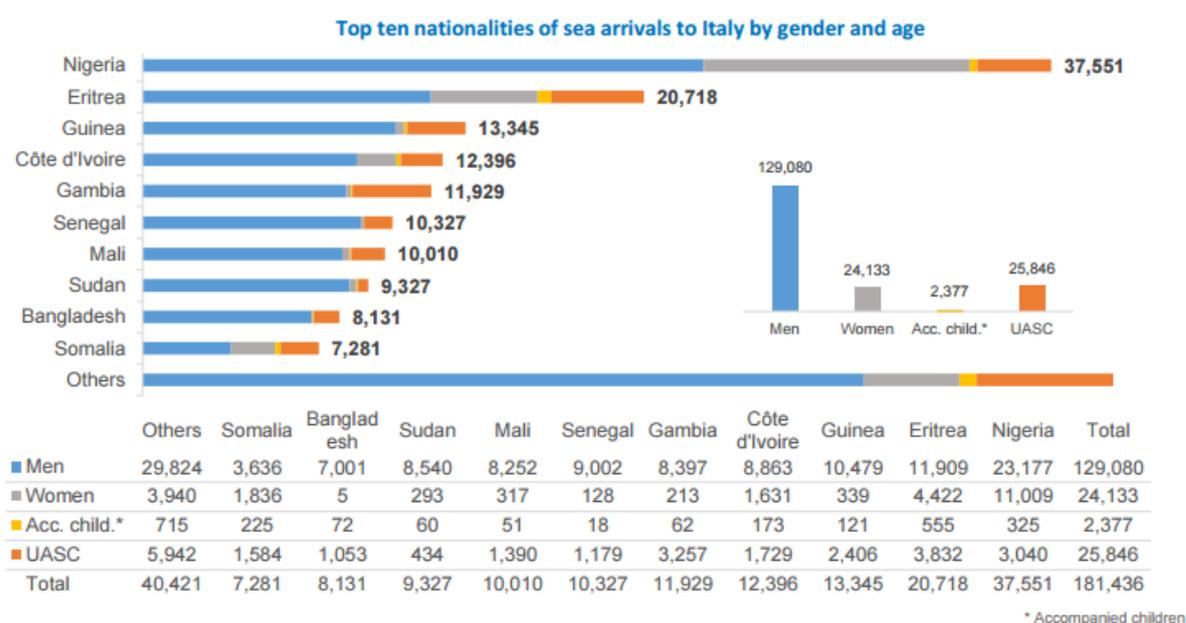
## 1. Conflit armé et absence de gouvernement reconnu : une situation dangereuse pour les migrants

La Libye est un pays en pleine insécurité caractérisée par une absence de gouvernement, la présence de dizaines de milices armées ainsi que du groupe Etat Islamique. Cette situation a pour conséquences de nombreuses attaques de civils qui ont entraîné le déplacement de milliers de personnes à l'intérieur du pays et provoqué une crise humanitaire. Ainsi l'effondrement économique est responsable de l'accès difficile aux besoins de base comme la nourriture, l'eau, l'électricité, le carburant, l'éducation ou encore les soins médicaux. En effet le système de santé libyen est déstructuré et affaibli. L'absence de gouvernement engendre un manque de politiques et stratégies sanitaires nationales tandis qu'il faut faire face au manque en personnels, infrastructures, matériels et médicaments. L'OMS estimait, en juin 2016, que près de 60 % des hôpitaux publics situés dans les zones de conflit étaient fermés ou inaccessibles (Amnesty International, 2016). Ainsi, l'accès aux soins est le plus souvent impossible pour les personnes migrantes avec pour conséquence la rupture de soins des personnes ayant des maladies chroniques et la perte de chance liée à l'absence de prise en charge de blessures ou maladies. Les personnes interrogées lors de l'enquête menée par Médecins Sans Frontières (MSF) à Calais en 2015 ont témoigné que l'accès aux soins est une difficulté, en particulier dans les pays traversés, notamment en Libye (69,2%) (MSF, 2016).

## 2. Absence de protection pour les migrants et détention arbitraire dans des conditions inhumaines

Les migrants en situation irrégulière sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils transitent par la Libye pour se rendre en Europe. Leur statut de ressortissants de pays tiers, souvent sans la documentation requise, empêche leur accès aux possibilités de subsistance, à la protection, aux services de santé et à la sécurité. Pour ceux pouvant prétendre au statut de réfugié, il n'existe pas de procédure nationale d'asile en Libye et ainsi pas de mécanisme de protection ; la Libye n'ayant pas ratifié la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés. Aucun accord ne prévoit que le HCR puisse accompagner les demandeurs d'asile dans leur parcours migratoire (FIDH, JSFM et Migreurop, 2012).

Pourtant, parmi les personnes arrivées en Italie en 2016, la grande majorité vient d'Afrique sub-saharienne et peut prétendre à une protection au titre de l'asile. De plus, on dénombre de nombreux mineurs non accompagnés (25 846 en 2016) qui viennent principalement d'Erythrée, de Gambie et du Nigéria. Les femmes qui représentent seulement 13% des arrivées sont majoritairement d'origine Nigériane (29%) et plus de 20% d'entre elles viennent de Somalie, du Cameroun, d'Ethiopie, et d'Erythrée (UNHCR, 2017).



**Figure 2 :** les arrivées enregistrées par le HCR en Italie par la mer par âge, sexe et nationalité d'origine (UNHCR, 2017).

Amnesty International rapporte que des réfugiés et des migrants ont été victimes de graves atteintes à leurs droits fondamentaux commises par des membres de groupes armés, des passeurs et des trafiquants d'êtres humains ainsi que par des gardiens dans les centres de détention officiels lors de leur transit en Libye (2016). Une étude de l'IOM sur 3000 migrants arrivant en Italie du sud (Sicile, Calabre et Apulie) depuis la route de la méditerranée centrale entre septembre et Novembre 2016 a montré que 59% des personnes avaient été détenues contre leur volonté de manière arbitraire par des individus ou groupes armés. Il s'agissait le plus souvent d'enlèvement contre rançon ou de détention en raison de leur situation irrégulière. La Libye est le pays le plus concerné avec 98% des cas rapportés (OIM, 2016). Les exigences selon lesquelles la détention doit résulter d'une décision définitive prise par

une juridiction nationale et être conforme à la législation nationale ainsi qu'aux normes internationales pertinentes sont des garanties essentielles contre la détention arbitraire (UNHCR). Or la situation conflictuelle régnant en Libye ne permet pas au système judiciaire d'être fonctionnel et ainsi conduit à la privation de liberté injustifiée de nombreuses personnes (UNHCR, 1999). La détention arbitraire des migrants va à l'encontre du droit à la liberté qui est un droit fondamental consacré dans les instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.

Le HCR a recensé 24 centres de détention dans le pays. Il est également rapporté que les détenus sont très souvent torturés et maltraités par les gardiens et que de nombreux centres sont tenus par des milices armées et des trafiquants où les personnes sont exploitées et soumis à des violences sexuelles. De plus, les conditions de détention en Libye ne respectent pas les recommandations établies par le HCR<sup>3</sup>. Tant les responsables officiels que les milices soumettent les personnes à une détention prolongée sans supervision judiciaire et dans des conditions déplorables, caractérisées notamment par le surpeuplement et une nourriture insuffisante (Human Rights Watch, 2017).

### 3. Mauvais traitements, torture, enlèvements et traite d'êtres humains

Le recours à la torture et aux mauvais traitements est très répandu envers les migrants transitant en Libye (Amnesty International, 2016). Le HCR a par ailleurs reçu des informations très préoccupantes sur des cas d'enlèvement de migrants, sur leur détention contre leur gré pendant plusieurs jours, sur des cas d'abus physiques et sexuels ainsi que des cas de torture et d'extorsion (UNHCR, 2017). L'enquête menée

---

<sup>3</sup> 1/Le droit de demander asile doit être respecté  
2/ Les droits à la liberté et à la sécurité de la personne ainsi qu'à la liberté de circulation s'appliquent aux demandeurs d'asile  
3/La détention doit être conforme à la loi et autorisée par elle  
5/La détention ne doit pas être discriminatoire  
6/Les conditions de détention doivent être respectueuses de la dignité humaine  
7/La détention illimitée est arbitraire et la loi doit instaurer une durée de détention maximale  
8/Les décisions de détenir une personne ou de prolonger sa détention doivent respecter les garanties procédurales minimales  
9/La situation et les besoins particuliers de certains demandeurs d'asile doivent être pris en considération  
10/La détention doit être soumise à un suivi et à un contrôle indépendants  
La détention ne doit pas être arbitraire et toute décision de détenir une personne doit être fondée sur une évaluation de sa situation particulière  
4.1:La détention est une mesure exceptionnelle et ne peut être justifiée que dans un but légitime  
4.2:Le recours à la détention ne doit l'être qu'en dernier ressort, lorsqu'il est établi qu'elle est nécessaire, raisonnable et proportionnelle à un but légitime  
4.3:Nécessité d'envisager des alternatives à la détention

par MSF interrogeant 425 personnes dans la jungle de Calais en 2015 fait état de violences rapportées dont 23,2% ont transitées par la Libye. Les violences les plus souvent mentionnées étaient les coups et blessures, la détention et les violences avec séquestration (MSF, 2016). Le rapport sur la Libye de Human Rights Watch note aussi que de nombreuses personnes ont été soumis au travail forcé, à des actes de torture, à des abus sexuels et à des extorsions de fonds par des groupes armés et des gardes dans les centres de détention pour migrants lorsqu'ils étaient en Libye (2017). Entre Aout 2014 et Mars 2015, 70 témoignages sont recueillis par Amnesty International à l'arrivée depuis la Libye par bateau en Italie du sud. Ils révèlent abus et maltraitance par des passeurs, des trafiquants, des bandes criminelles organisées et des groupes armés, notamment des cas d'enlèvements, de torture et de violences sexuelles (Amnesty International, 2015)

Le droit international définit la traite d'êtres humains comme étant « le recrutement, le transport, le transfert, l'accueil ou la prise en charge de personnes par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes »<sup>4</sup>. L'OIM a montré en octobre 2016 que 71 % des migrants qui avaient suivi la route de la Méditerranée centrale se disaient victime de pratiques s'apparentant à de la traite et que 49 % avaient été victimes d'enlèvement et d'extorsion en Libye (OIM, 2016).

#### 4. Violences liées au genre sur le parcours migratoire

Les femmes représentent une population vulnérable à plus grand risque de traite pour prostitution et de violences sexuelles. A l'arrivée en Italie, les jeunes femmes et jeunes filles rencontrées rapportent souvent avoir subies des violences sexuelles (Human Rights Watch, 2016). Lors de visites dans 3 centres de réception de

---

<sup>4</sup> Protocole (...) visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, article 3.

migrants en Italie du sud, Amnesty International a recueilli le témoignage de 15 femmes arrivées qui déclaraient avoir craint de subir des violences sexuelles pendant leur transit en Libye. 16 personnes ont témoigné avoir été victimes ou témoins de violence sexuelles au cours de leur traversée de la Libye (UNHCR, 2016). 23 femmes victimes de traite pour prostitution ont déclaré avoir été enfermées, battues et violées pendant la phase de transit vers l'Europe.

## 5. Vulnérabilité des mineurs migrants

Concernant les migrants mineurs, ils sont régulièrement détenus ou menacés de détention en raison de leur entrée illégale dans le pays ou de celle de leurs parents. Cette détention peut présenter des risques graves pour leur bien-être, leur éducation et leur épanouissement psychologique (UNHCR, 1999). De plus, les mineurs non accompagnés sont à risque majeur d'exploitation et de traite d'êtres humains pour travail forcé et travail du sexe. Ainsi Save the Children dénonce la violation de droits fondamentaux de l'enfant incluant le droit à la survie, le droit à la protection contre la violence, l'exploitation et les abus, le droit aux soins de santé et à l'éducation et le droit d'être entendu (2016).

## II. Objectifs

L'objectif de ce travail est de documenter les conséquences sur l'état de santé des personnes subissant des violences au cours de la phase de transit migratoire afin de mettre en évidence leurs besoins spécifiques de prise en charge. Il s'agit d'évaluer les impacts de la détention, des mauvais traitements et des tortures sur la santé mentale des migrants ainsi que les maladies liées à leurs conditions de vie précaires au cours de cette phase de transit migratoire. Un focus est fait sur les populations vulnérables que sont les mineurs et les femmes. Ainsi on s'intéresse aux conséquences des violences sexuelles subies par les femmes.

### III. Méthodologie

Ce travail consiste en une revue documentaire renseignant les conséquences sanitaires des violences subies par les migrants au cours de la phase de transit migratoire. En complément, il est apparu intéressant d'analyser les données de consultations médicales des primo-arrivants des programmes de Médecins du Monde ayant transité par la Libye. Les personnes transitant par la Libye sont principalement les migrants vus dans les programmes de Médecins du Monde en Italie et en France, et originaires de pays d'Afrique subsaharienne. En effet la route migratoire de la méditerranée centrale (figure 1) montre que les pays de provenance sont principalement les pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et de la corne de l'Afrique.

On s'intéresse de façon spécifique aux motifs de consultations avec un focus sur la santé mentale des personnes et leur santé perçue. Une attention particulière est portée aux populations vulnérables que sont les femmes, les enfants et les personnes rapportant avoir subies des violences. Un focus est fait sur les personnes vues en consultation par le programme de Médecins du Monde lors de leur arrivée en Calabre (Italie).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R 3.2.0. Une analyse descriptive simple est réalisée sur l'ensemble de la population vue pour la première fois en consultation par les programmes de Médecins du Monde originaire de pays d'Afrique sub-saharienne consultant en Italie et en France. Cette description porte sur les données socio-démographiques (sexe, âge, zone géographique d'origine et nationalité), les violences rapportées spontanément, les motifs de consultations, l'existence d'une grossesse actuelle ou d'une suspicion de grossesse et la santé perçue (globale, physique et psychique). Puis une analyse descriptives des sous-groupes de populations vulnérables est réalisée : les femmes, les mineurs et les personnes rapportant avoir subies des violences.

#### IV. Etat de santé des migrants subissant des violences au cours de leur parcours migratoire

Les personnes migrantes font partie des populations vulnérables présentant des risques sanitaires accrus tout au long de leur parcours. Au cours de l'année 2016, en France et en Italie, Médecins du Monde a vu en consultation 679 migrants originaires d'Afrique sub-saharienne dont 89% sont de sexe masculin et 11% de sexe féminin. Les programmes de Médecins du Monde accueillant les primo-arrivants reçoivent principalement des mineurs (80%) dont seulement 23% sont connus accompagnés. La figure 3 montre la répartition par classe d'âge.

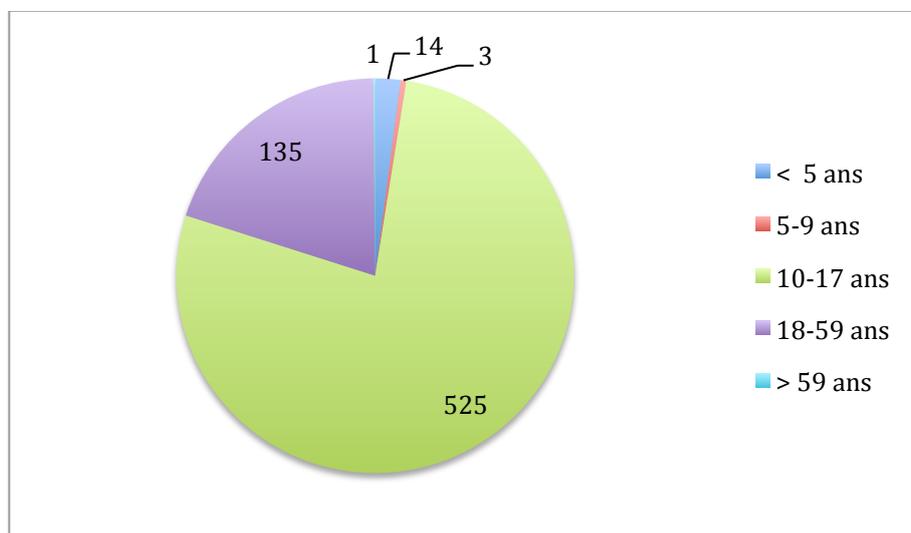


Figure 3 : Répartition par tranche d'âge des migrants vus en consultation par Médecins du Monde pour la 1<sup>ère</sup> fois à leur arrivée en France ou en Italie

Les personnes viennent principalement d'Afrique de l'Ouest (88%) puis de la corne de l'Afrique (7%) et de l'Afrique centrale (4%). La figure 4 montre la répartition par nationalité d'origine.

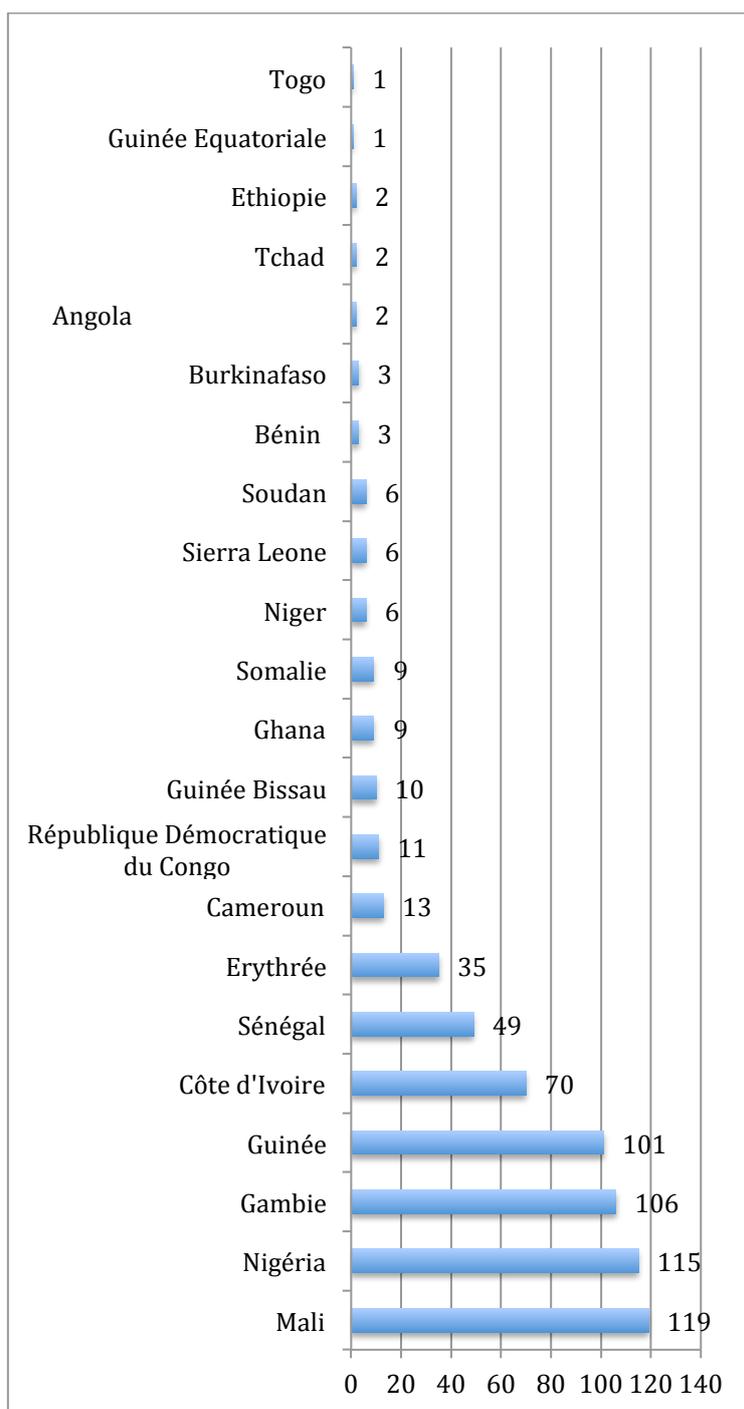


Figure 4 : Nationalités d'origine des migrants vus en consultation par Médecins du Monde pour la 1<sup>ère</sup> fois à leur arrivée en France ou en Italie

Uniquement 33 personnes ont rapportées avoir subi des violences or la question n'a été posée que dans 13% des cas. Il apparaît donc que les migrants rapportent avoir subis des violences dans 38% des cas lorsque la question leur est posée. Concernant leur état de santé, ils l'évaluent majoritairement bonne et très bonne tant au niveau physique que psychologique (figure 5).

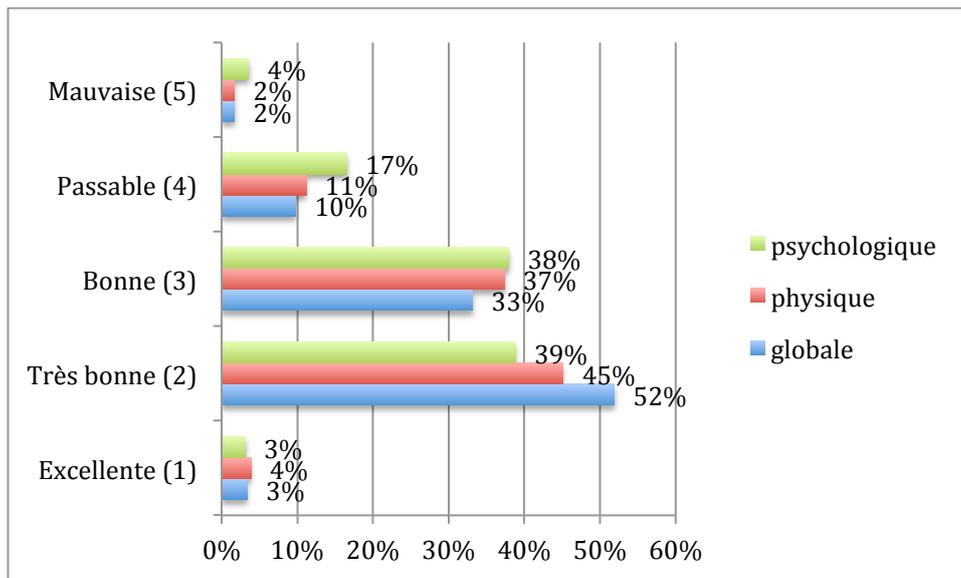


Figure 5 : Evaluation de la santé perçue (générale, physique et psychologique) à l'aide de Classification de niveau de la santé perçue

Les motifs de consultation sont très majoritairement liés à des affections aiguës (78%). Les traumatismes physiques et les troubles psychiques représentent quant à eux respectivement 8% et 5% des consultations. Dans 6% des cas les personnes consultaient pour un bilan de santé sans plainte particulière (figure 6).

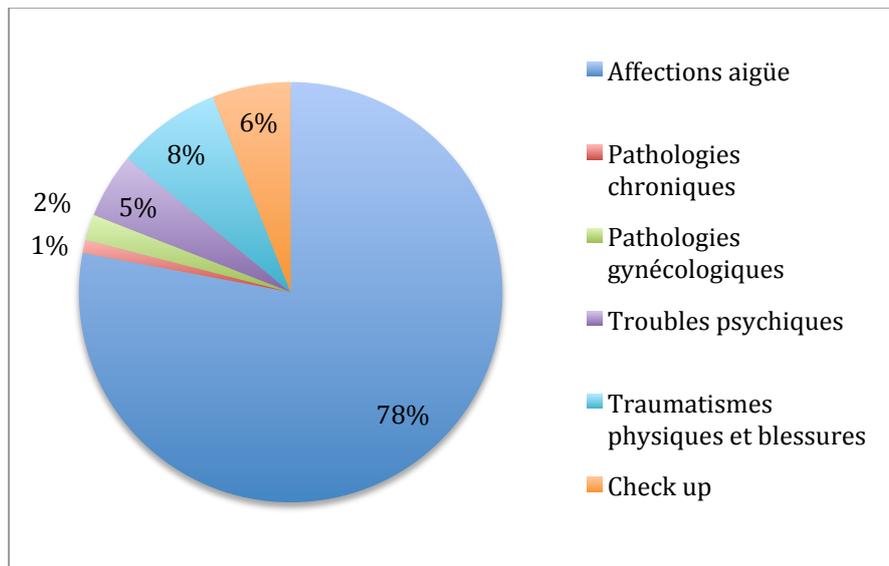


Figure 6 : Motifs de consultation des primo-arrivants vus en consultation par Médecins du Monde en France et en Italie

## A. Psychotraumatisme et conséquences sur la santé mentale liés aux mauvais traitements, aux tortures et à la détention

Les troubles mentaux sont caractérisés selon le DSM-5. Ainsi on identifie notamment les troubles anxieux, les troubles de l'humeur dont les troubles dépressifs, les troubles du sommeil ainsi que les troubles liés à un traumatisme ou un stress<sup>5</sup>. L'état de stress post-traumatique est défini comme une réaction spécifique qui peut se développer suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques tels que la menace concernant la mort, des blessures graves ou les violences sexuelles. La personne peut faire elle-même l'expérience de l'événement ou en être témoin, ou encore apprendre que c'est arrivé à un de ses proches. L'exposition de manière répétée à des agressions peut constituer un traumatisme complexe pouvant entraîner des troubles de la régulation des affects, mais aussi des effractions narcissiques et des troubles identitaires qui affectent profondément la personnalité des victimes<sup>6</sup>.

Les violences subies par les migrants sont des traumatismes aigus qui auront des répercussions psychiques sur le long terme. Il a en effet été montré que les conséquences de la détention sur la santé psychique des personnes sont majeures et augmentent avec la durée de la détention. En effet elle exacerbe les symptômes dépressifs, d'anxiété et l'état de stress post-traumatique (Keller et al., 2003). De plus, il a été montré que parmi les 3 612 patients qui ont consulté un médecin au Comede en 2005, le risque de psychotraumatisme grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence a pu être qualifiée de torture ( $p < 0,001$ ). Sur un plan clinique, il s'agit le plus souvent de troubles anxieux (67% des cas), associant des douleurs diverses, des perturbations inquiétantes comme des troubles de la mémoire, de la concentration, de la sexualité, et une angoisse souvent intense. Un tableau à dominante dépressive, également post-traumatique le plus souvent, est observé dans 30% des cas (Comede, 2005). En 2014, parmi les 190 patients ayant consulté au Comede qui présentaient des troubles psychiques, 57% avaient un syndrome de stress post-traumatique, 26% un trouble dépressif, 11% présentaient un traumatisme complexe, 4% des troubles anxieux et 1% des troubles psychotiques. Les syndromes de stress post-traumatique apparaissent plus fréquents

---

<sup>5</sup> <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnos-tic-y-estado-de-los-trastornos-mentales.pdf>

<sup>6</sup> [http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt\\_21.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html)

chez les personnes ayant subi des tortures (60%) et des violences liées au genre (60%), alors que le traumatisme complexe est fortement corrélé aux antécédents de torture (18%,  $p=0,003$ ) (Comede, 2014). Dans les centres d'accueil de migrants en Sicile (Mineo, Ragusa), 82% soit 162 patients suivis par les équipes medico-psychologiques de Medu présentent des signes physiques de violences subies. Les conséquences psychiques sont importantes. Les troubles diagnostiqués sont le plus fréquemment de états de stress post-traumatique, les troubles anxio-dépressifs et les troubles du sommeil<sup>7</sup> (MEDU, 2016). A l'arrivée en Italie, il est souvent rapporté la présence de troubles psychiques parmi les enfants, incluant troubles dépressifs, des états de stress post-traumatiques, des troubles du sommeil cauchemars ou encore des troubles psychotiques de type paranoïa (Human rights watch 2016).

Parmi les migrants consultant les programmes de Médecins du Monde en France et en Italie, les troubles psychiques représentent seulement 5% des motifs de consultation (figure 6). Les troubles les plus fréquemment rapportés sont les troubles du sommeil (48%) et les troubles dépressifs (32%). Viennent ensuite les troubles anxieux (16%) et les états liés au stress (4%) (Figure 7).

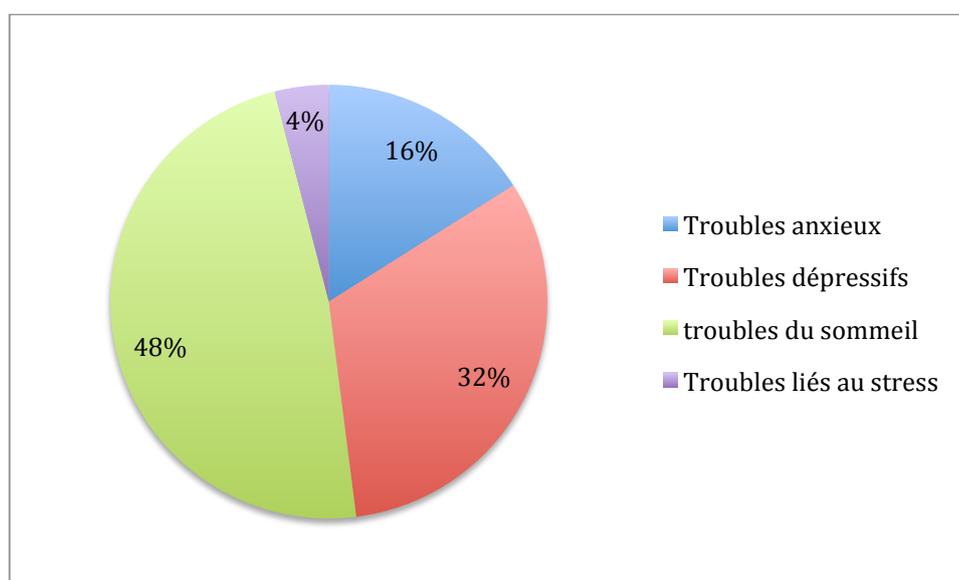


Figure 7 : Répartition des troubles psychiques diagnostiqués chez les migrants vus en consultation par Médecins du monde en France et en Italie

<sup>7</sup> Données collectées en Sicile (Centres of Special Reception for Asylum Seekers/CAS of Ragusa and in the Reception Centre for Asylum Seekers/CARA of Mineo) et à Rome (informal reception centres and Medu Psychè Centre for rehabilitation of victims of torture). Elles concernent 1000 migrants dont 70 hommes, 130 femmes parmi lesquels 133 mineurs

Parmi les personnes rapportant avoir subies des violences, aucune n'a exprimé de plaintes relatives à la santé mentale et leur santé perçue est majoritairement très bonne (figure 8). On peut donc émettre l'hypothèse que les violences ont des conséquences psychiques à plus long terme. De plus les troubles psychiques reçoivent moins d'attention médicale que les pathologies physiques. Ils sont souvent ignorés ou diagnostiqués tardivement avec pour conséquences une détérioration de l'état clinique de la personne et une perte de chances quant à son intégration dans le pays d'accueil. Ces troubles initialement silencieux doivent être activement recherchés à chaque consultation et une prise en charge médicale, sociale et culturellement adaptée doit être mise en œuvre (MEDU, 2016).

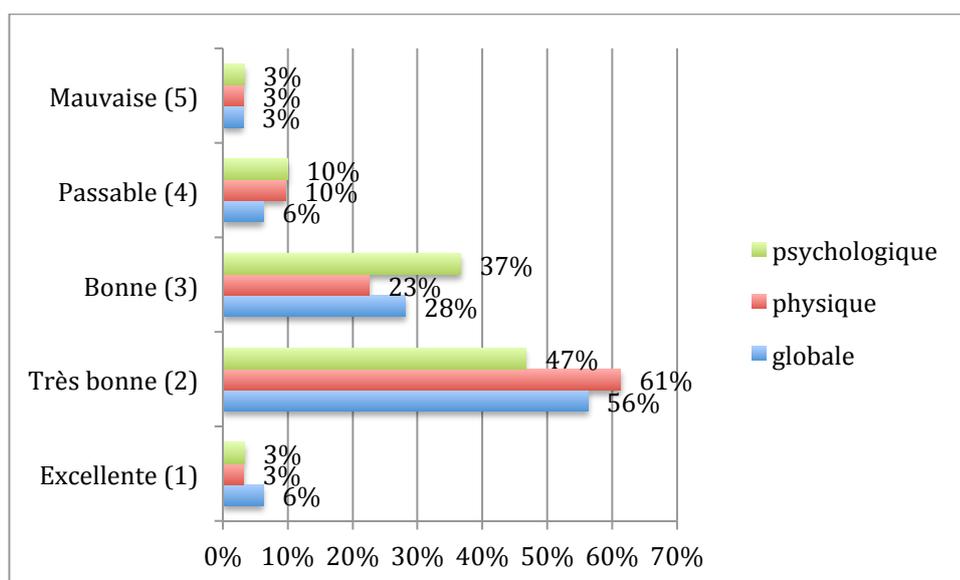


Figure 8 : Santé perçue des personnes rapportant avoir subies des violences

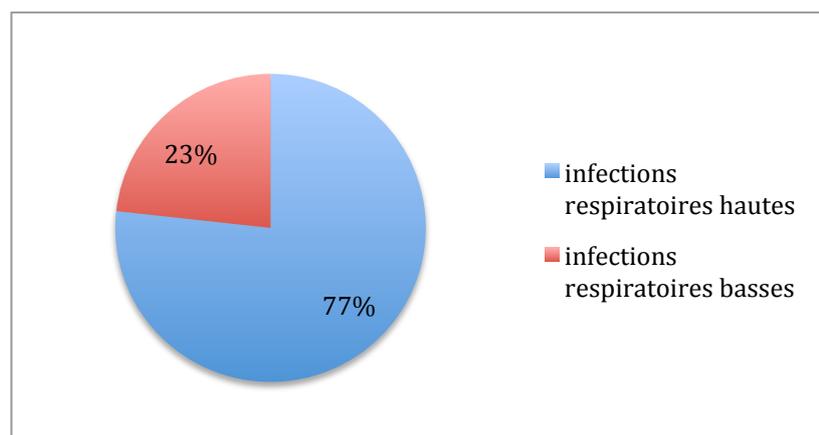
## B. Maladies de la précarité liées aux conditions de vie en détention

Les privations, notamment l'absence systématique de soins médicaux et/ou de prévention, le manque d'hygiène et le surpeuplement dans les camps de détention sont à l'origine de différentes maladies. Ainsi, les migrants en détention sont exposés au risque de contracter des infections respiratoires et gastro-intestinales (fièvre typhoïde, diarrhées et parasitoses intestinales) ainsi que des infections cutanées, comme la gale, des infections bactériennes ou encore des mycoses. De nombreux troubles gastro-

intestinaux, sont liés à une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique et à un stress important. De plus des troubles musculo-squelettiques sont souvent rapportés dus, entre autres causes, à l'espace limité, au manque d'exercice et à l'environnement froid et inconfortable (MSF, 2013).

MSF a pu mettre en évidence une proportion importante d'affections respiratoires ainsi que des épidémies de gale au cours de 5 000 consultations médicales avec des migrants et des demandeurs d'asile dans des institutions de détention pour immigrés en Grèce et à Malte entre 2008 and 2011 (2013). Leurs programmes médicaux de prise en charge dans 7 centres de détention libyens depuis Juillet 2016 ont permis de mener 5579 consultations médicales. Il est ainsi rapporté également que les infections cutanées et les infestations par les poux, les puces et la gale sont très fréquentes en raison des conditions d'hygiène déplorable dans les camps de détention libyens (MSF, 2016).

Les infections respiratoires représentent 13% des motifs de consultations de primo-arrivants en Italie et en France par les programmes de Médecins du Monde. Ces infections touchent principalement la sphère ORL (77%), les infections bronchiques et pulmonaires concernaient 20 personnes (figure 9)



**Figure 9 : Proportion d'infections respiratoires basses (bronchiques et pulmonaires) et hautes (ORL) chez les migrants vus en consultation par Médecins du Monde à leur arrivée en Italie ou en France**

La proportion de gale diagnostiquée par Médecins du Monde représentent 11% des personnes ayant consulté soit 75 personnes. Parmi les primo-arrivant en

Calabre de Mai à décembre 2016, 2640 migrants avaient la gale soit 26% des personnes (tableau 1)

**Table 1 : Nombre et proportion de personnes ayant la gale à leur arrivée au port en Calabre**

Mois	Cas de gale	Prévalence
mai	469	25%
juin	385	19%
juillet/Août	637	20%
Septembre	345	31%
Octobre	NA	NA
Novembre	559	42%
Décembre	245	49%
<b>Total</b>	<b>2640</b>	<b>26%</b>

### C. Conséquences sanitaires des violences sexuelles liées au genre

Les risques sanitaires les plus importants pendant la phase de transit migratoire sont liés aux violences et aux abus sexuels qui exposent les femmes aux infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et aux grossesses non désirées. Des répercussions sur la santé mentale de ces femmes à plus long terme est également un souci majeur.

Le Public Centre for Sexual and Domestic Violence (SVSeD) situé à Milan, a mis en évidence depuis Juillet 2016 une augmentation du besoin de prise en charge de grossesses non désirées. Ainsi, 8 femmes se sont présentées pour la prise en charge de grossesse non désirées à la suite de viols en Libye, dont 7 ont avorté. Le besoin d'avortement amène donc les femmes victimes de violences sexuelles à consulter et laisse supposer que beaucoup plus de femmes victimes de violences sexuelles ne sont pas vues en consultation (Barbara et al., 2017). En effet seulement 2 femmes enceintes ont été vues en consultation par les programmes de Médecins du Monde en France et en Italie au cours de l'année 2016 alors qu'il est mis en évidence une prévalence de grossesses de 5% à l'arrivée au port en Calabre entre mai et Décembre 2016<sup>8</sup> (tableau 2).

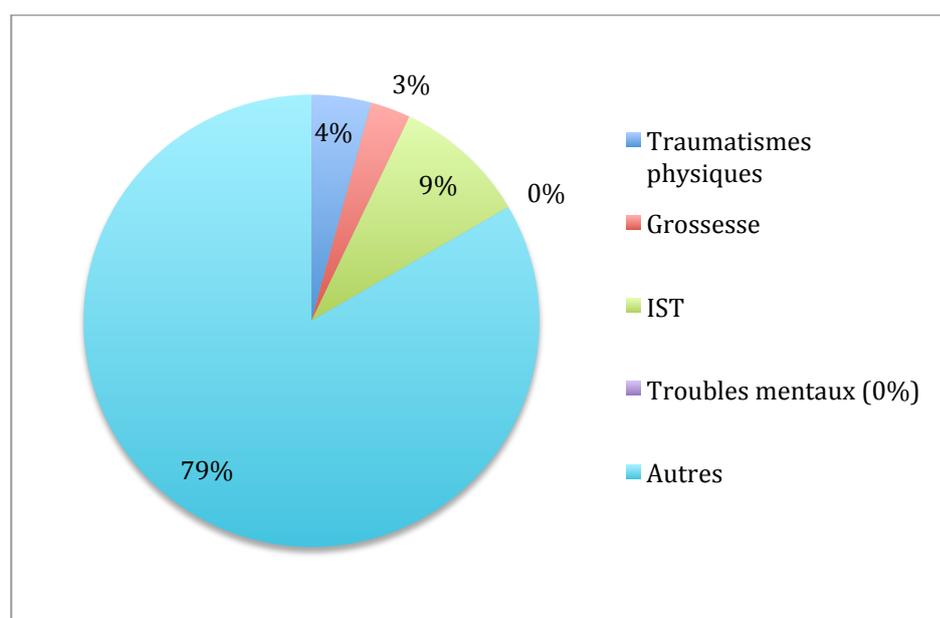
---

<sup>8</sup> Rapports d'activités des programmes de Médecins du Monde de Mai à Décembre 2016

**Table 2 : Nombre de femmes enceintes à leur arrivée au port en Calabre et prévalence des grossesses**

Mois	N Femmes enceintes	N Femmes adultes	Prévalence des grossesses
Mai	13	271	5%
Juin	11	289	4%
Juillet/Août	16	515	3%
Septembre	16	189	8%
Octobre	NA	NA	NA
Novembre	14	146	10%
Décembre	5	66	8%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>1476</b>	<b>5%</b>

La délégation belge de Médecins du Monde a pris en charge 1411 femmes migrantes victimes de violences sexuelles en Angola en 2013. Parmi ces femmes, 66% avaient contracté des IST, 3% présentaient des plaies traumatiques et 1% consultaient pour grossesses non désirées (Mdm Belgique, 2015). Les femmes ayant consulté les programmes de Médecins du Monde en France et en Italie présentent des IST dans 9% des cas (figure 10). De plus, les répercussions traumatiques des violences sexuelles subies sont à long terme et peuvent conduire à des addictions à des substances psychoactives et un risque suicidaire accru (Zimmerman et al., 2003). Aucune femme n'a présenté de trouble psychique lors des consultations avec Médecins du Monde à l'arrivée en Italie ou en France.



**Figure 10 : Motifs de consultation de femmes vues par Médecins du Monde à leur arrivée en Italie ou en France**

Les violences rapportées par les femmes dans les programmes de Médecins du monde concernent 11% des femmes vues en consultation. Or il est fort probable que cette réalité en concerne un nombre bien plus important. Ainsi une attention particulière est nécessaire notamment pour diagnostiquer IST dont le VIH et grossesse et ainsi prévenir leurs complications. Les répercussions possibles sur la santé mentale de ces violences justifient également de proposer une prise en charge psychologique à ces femmes.

## V. Conclusion

L'accumulation de nombreuses vulnérabilités au cours du transit migratoire expose les migrants à de nombreuses conséquences sur leur santé. Les violences subies pendant cette phase de transit ont des répercussions à court et long terme tant sur le plan physique que psychique. Ainsi c'est tout le devenir de ces personnes qui dépend de la prise en charge adaptée, à chaque instant, des troubles spécifiques de ces migrants notamment les femmes et les enfants qui représentent les populations les plus à risque. Ainsi il faudrait offrir à ces personnes non seulement une prise en charge médicale des problèmes de santé aigües mais également un dépistage et une prise en charge des troubles psychologiques liés aux traumatismes imposés par la migration. De plus, une prise en charge sociale est primordiale afin d'assurer la bonne installation et l'accès aux droit commun de ces personnes dans le pays où elles arrivent afin de réduire les risques liés à leur conditions de vie précaires.

## Références

Amnesty international (2016). Rapport annuel Libye  
<https://www.amnesty.org/fr/countries/middle-east-and-north-africa/libya/report-libya/>

Amnesty International (2015). Rapport: “Libya is full of cruelty” Stories of abductions, sexual violence and abductions from migrants and refugees,  
[http://www.amnesty.eu/content/assets/Reports\\_and\\_Briefings\\_2015/Libya\\_is\\_full\\_of\\_cruelty.pdf](http://www.amnesty.eu/content/assets/Reports_and_Briefings_2015/Libya_is_full_of_cruelty.pdf)

Comede (2005). Maux d'exil mars 2006: dossier violence et torture, survivants et soignants Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés Le Comede Rapport d'activité et d'observation 2005

Comede (2014). Rapport annuel d'activité

Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme (FIDH), Justice Sans Frontières pour les Migrants (JSFM) et Migreurop (2012). Rapport conjoint : Libye en finir avec la traque des migrants

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (UNHCR) (2017). Rapport « Desperate journeys : Refugees and migrants entering and crossing Europe via the Mediterranean and Western Balkans routes »  
<http://www.unhcr.org/fr/news/press/2017/2/58b7da8da/risques-augmentent-refugies-migrants-tendant-rendre-europe-rapport-hcr.html>  
<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53356>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (UNHCR). Fiche d'information n°26 – Le Groupe de travail sur la détention arbitraire  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet26fr.pdf>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (UNHCR) (1999). Détention des demandeurs d'asile et des réfugiés : le cadre, le problème et la pratique recommandée EC/49/SC/CRP.13 1999;  
<http://www.unhcr.org/fr/excom/standcom/4b30a5bee/detention-demandeurs-dasile-refugies-cadre-probleme-pratique-recommandee.html>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (UNHCR) (2016). Rapport sur les privation des droits humains en Libye: « Detained and dehumanized » on human rights abuses against migrants in Libya, 13 décembre 2016.  
[www.ohchr.org/Documents/Countries/LY/DetainedAndDehumanised\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Countries/LY/DetainedAndDehumanised_en.pdf)

Human rights watch (2017). rapport mondial 2017 – libye. <https://www.hrw.org/fr/world-report/2017/country-chapters/298418>

Human rights watch (2016). Italy: Children Stuck in Unsafe Migrant Hotspot  
<https://www.hrw.org/news/2016/06/23/italy-children-stuck-unsafe-migrant-hotspot>

Medici per i Diritti Umani – MEDU (Doctors for Human Rights – Italy) (2016). EXODI : Migratory Routes from Sub-Saharan Countries to Europe  
<http://www.mediciperidirittiumani.org/en/exodi-migratory-routes-from-sub-saharan-countries-to-europe/>

Médecins du Monde Belgique (2015). Rapport de plaidoyer : programme de prise en charge médicale et psychosociale des expulsés d'Angola dans la province du Kasai occidental (avril 2013 – avril 2014) Migration transfrontalière, expulsions, violences et violences sexuelles faites aux femmes : la tragédie des congolais expulsés d'angola

Médecins Sans Frontières (2016). Evaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours à Calais, Région Picardie, France

Médecins Sans Frontières (2016). Libya: Providing healthcare to detained refugees and migrants, Décembre 2016, <http://www.msf.org/en/article/libya-providing-healthcare-detained-refugees-and-migrants>

Médecins Sans Frontières (2013). La santé mise en danger dans les centres de détention de l'immigration. <http://www.fmreview.org/fr/detention/koysioni-et-al.html>

Organisation internationale pour les migrations (OIM) (2016). Mixed Migration Flows in the Mediterranean and Beyond –Analysis: Flow monitoring surveys – The human trafficking and other exploitative practices prevalence indication survey, Genève, septembre - novembre 2016

UNICEF/Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2017). « Refugee and Migrant Crisis Europe » dans Humanitarian Situation Report, UNICEF, New York, n° 19, janvier 2017

Organisation internationale pour les migrations (2016). DTM Libye – Rapport de la Ronde 6, Genève

Save The Children (2016): Rapport: "Forced to flee" <https://www.savethechildren.it/sites/default/files/files/uploads/pubblicazioni/forced-flee.pdf>

Barbara, G., Collini, F., Cattaneo, C., Marasciuolo, L., Chiappa, L., Fedele, L., & Kustermann, A. (2017). Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women. *The Lancet. Global Health*, 5(4), e396–e397. doi:10.1016/S2214-109X(17)30075-X

Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A., ... Ford, D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *Lancet (London, England)*, 362(9397), 1721–3. doi:10.1016/S0140-6736(03)14846-5

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034

Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C., Trappolin, L., Treppete, M., Bimbi, F., Adams, B., Jiraporn, S., Beci, L., Albrecht, M., Bindel, J., and Regan, L. (2003). The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

## Annexe : Variables et complétude des données d'analyse

Variable	Effectif (N)	Données manquantes (NA)	Complétude (%)
Sexe	679	0	100%
Age	674	1	99%
Mineur	674	1	99%
Mineur non accompagné	213	328	31%
Origine géographique	678	0	100%
Nationalité	678	0	100%
Pays de consultation	678	0	100%
Motif de consultation (catégories principales)	543	136	80%
Santé perçue globale	235	444	35%
Santé perçue physique	233	446	34%
Santé perçue psychique	224	455	33%
Violences rapportées	86	593	13%