

# Avis de Soutenance

Monsieur Jérémy KHOUANI

Biologie-Santé - Spécialité Recherche Clinique et Santé Publique

Soutiendra publiquement ses travaux de thèse intitulés

*Intégration des violences sexuelles dans la prise en charge en soins primaires des demandeuses et demandeurs d'asile récemment arrivés en France*

dirigés par Monsieur Pascal AUQUIER

Soutenance prévue le **mardi 02 juillet 2024** à 17h00

Lieu : Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales secteur Timone (Aix-Marseille Université) 27

bd Jean Moulin 13005

Salle : de visioconférence

## Composition du jury proposé

M. Pascal AUQUIER	AMU - CERESS	Directeur de thèse
Mme Julie DUPOUY	Faculté de santé - Université Toulouse III	Rapporteuse
Mme Gladys IBANEZ	Sorbonne Université	Rapporteuse
Mme Pascale HOFFMANN	Université Grenoble Alpes	Président
M. Gaëtan GENTILE	SMPM	Co-encadrant de thèse

**Mots-clés :** Demande d'asile, Soins primaires, Violence sexuelle, Réfugiés, Médecine générale,

## Résumé :

Introduction : les demandeurs d'asile (DA) sont exposés aux violences sexuelles (VS) qui requiert une approche pluri professionnelle, interculturelle et sociale. Cependant, le niveau exact de cette exposition, les morbidités et les facteurs qui lui sont associés demeurent inconnus. La traduction de cette approche en soins primaires de même que les attentes des DA vis-à-vis de la prise en charge de ces VS n'a pas été étudiée. Notre travail de recherche s'est donc attaché à fournir aux acteurs des soins primaires une analyse permettant de mieux intégrer la violence sexuelle dans la prise en charge des DA. Méthode : Nous avons commencé par réaliser une méta analyse de la prévalence au cours de la vie des VS chez les DA. Ensuite, nous avons mené deux enquêtes épidémiologiques : une étude d'incidence des VS au cours de la dernière année de vie en France chez les femmes DA récemment arrivées et une étude de prévalence des morbidités associées à la VS parmi les DA récemment arrivés en France. Nous avons ensuite conduit deux études qualitatives explorant d'une part, les stratégies de recours aux soins chez les femmes DA victimes de VS et d'autre part, les attentes des DA vis-à-vis de la consultation en médecine générale. Résultats : Plus d'un DA ou réfugié sur quatre a subi au moins une VS au cours de sa vie. Près d'une sur deux pour les femmes avec une exposition significativement plus importante par rapport aux hommes retrouvée dans quatre études. Dans le pays d'accueil, les femmes en DA sont plus exposées aux VS que la population générale avec près d'un tiers des femmes en DA qui ont subi au moins une VS au cours de l'année et un taux de viol au cours de l'année 18 fois plus grand. Des facteurs associés ont été

identifiés : absence de relation de couple, origine géographique d'Afrique de l'Ouest, absence d'aide pour l'hébergement et ATCD de VS avant d'arriver dans le pays d'accueil. Les DA sont en plus mauvais état de santé à l'arrivée en France que la population générale de ce pays. La prévalence de la symptomatologie psychiatrique était particulièrement élevée (près de 9 sur 10). L'analyse des stratégies de recours aux soins chez les femme DA victimes de VS retrouve que le parcours de vie des DA est en partie façonné par les VS subies qu'elles banalisent. Le recours aux soins n'est pas priorisé par les femmes DA qui élaborent des stratégies prioritairement de survie qui peuvent au contraire les ré exposer (isolement social, rapports sexuels tarifés). En revanche, l'abord des VS couplé à des expériences positives du soin apportant des solutions concrètes permet de rompre cette banalisation. Nous proposons un protocole de collaboration interprofessionnel pour le dépistage et la prise en charge de la VS en soins primaires. Discussion : Les professionnels des soins primaires doivent systématiquement dépister les conséquences de la VS au moins une fois au cours du suivi des DA. La prise en charge de ces conséquences est une opportunité pour proposer un espace de parole en consultation afin que les DA puissent, s'ils le souhaitent, immédiatement ou de manière différée, revenir sur des éléments de VS subie. Ceci permet notamment de rompre la banalisation des VS. Charge aux soins primaires de s'organiser afin d'être identifié comme force de proposition pour l'ensemble de la société civile concernant la prévention des VS. Conclusion : S'agissant des VS chez les DA, nos travaux rapportent des taux élevés de prévalence au cours de la vie, d'incidence après arrivée dans le pays d'accueil chez les femmes et de co morbidités associées. Initialement banalisées par les DA, l'abord des VS en consultation et de ses conséquences permet de rompre cette représentation. Cet abord s'intégrera dans une prise en charge globale des besoins en santé de cette population qui devra tenir compte de ses enjeux culturels, sociaux et médico-légaux.

LE DOYEN  
  
Georges LEONETTI

## RESUME

Introduction : les demandeurs d'asile (DA) sont exposés aux violences sexuelles (VS) qui requiert une approche pluri professionnelle, interculturelle et sociale. Cependant, le niveau exact de cette exposition, les morbidités et les facteurs qui lui sont associés demeurent inconnus. La traduction de cette approche en soins primaires de même que les attentes des DA vis-à-vis de la prise en charge de ces VS n'a pas été étudiée. Notre travail de recherche s'est donc attaché à fournir aux acteurs des soins primaires une analyse permettant de mieux intégrer la violence sexuelle dans la prise en charge des DA.

Méthode : Nous avons commencé par réaliser une méta analyse de la prévalence au cours de la vie des VS chez les DA. Ensuite, nous avons mené deux enquêtes épidémiologiques : une étude d'incidence des VS au cours de la dernière année de vie en France chez les femmes DA récemment arrivées et une étude de prévalence des morbidités associées à la VS parmi les DA récemment arrivés en France. Nous avons ensuite conduit deux études qualitatives explorant d'une part, les stratégies de recours aux soins chez les femmes DA victimes de VS et d'autre part, les attentes des DA vis-à-vis de la consultation en médecine générale.

Résultats : Plus d'un DA ou réfugié sur quatre a subi au moins une VS au cours de sa vie. Près d'une sur deux pour les femmes avec une exposition significativement plus importante par rapport aux hommes retrouvée dans quatre études. Dans le pays d'accueil, les femmes en DA sont plus exposées aux VS que la population générale avec près d'un tiers des femmes en DA qui ont subi au moins une VS au cours de l'année et un taux de viol au cours de l'année 18 fois plus grand. Des facteurs associés ont été identifiés : absence de relation de couple, origine géographique d'Afrique de l'Ouest, absence d'aide pour l'hébergement et ATCD de VS avant d'arriver dans le pays d'accueil. Les DA sont en plus mauvais état de santé à l'arrivée en France que la population générale de ce pays. La prévalence de la symptomatologie psychiatrique était particulièrement élevée (près de 9 sur 10). L'analyse des stratégies de recours aux soins chez les femme DA victimes de VS retrouve que le parcours de vie des DA est en partie façonné par les VS subies qu'elles banalisent. Le recours aux soins n'est pas priorisé par les femmes DA qui élaborent des stratégies prioritairement de survie qui peuvent au contraire les ré exposer (isolement social, rapports sexuels tarifés). En revanche, l'abord des VS couplé à des expériences positives du soin apportant des solutions concrètes permet de rompre cette banalisation. Nous proposons un protocole de collaboration interprofessionnel pour le dépistage et la prise en charge de la VS en soins primaires.

Discussion : Les professionnels des soins primaires doivent systématiquement dépister les conséquences de la VS au moins une fois au cours du suivi des DA. La prise en charge de ces conséquences est une opportunité pour proposer un espace de parole en consultation afin que les DA puissent, s'ils le souhaitent, immédiatement ou de manière différée, revenir sur des éléments de VS subie. Ceci permet notamment de rompre la banalisation des VS. Charge aux soins primaires de s'organiser afin d'être identifié comme force de proposition pour l'ensemble de la société civile concernant la prévention des VS.

Conclusion : S'agissant des VS chez les DA, nos travaux rapportent des taux élevés de prévalence au cours de la vie, d'incidence après arrivée dans le pays d'accueil chez les femmes et de co morbidités associées. Initialement banalisées par les DA, l'abord des VS en consultation et de ses conséquences permet de rompre cette représentation. Cet abord s'intégrera dans une prise en charge globale des besoins en santé de cette population qui devra tenir compte de ses enjeux culturels, sociaux et médico-légaux.

## ABSTRACT

Introduction: Asylum seekers (AS) are exposed to sexual violence (SV), which requires a multi-professional, intercultural and social approach. However, the exact level of this exposure and the associated morbidities and factors remain unknown. The translation of this approach into primary care, and the expectations of AS with regard to the management of SV, have not been studied. The aim of our research was therefore to provide primary care practitioners with an analysis that would enable sexual violence to be better integrated into the management of AS.

Method: We began by conducting a meta-analysis of the lifetime prevalence of SV among AS. We then carried out two epidemiological surveys: a study of the incidence of SV during the past year of life in France among recently arrived female AS, and a study of the prevalence of morbidities associated with SV among AS who had recently arrived in France. We then conducted two qualitative studies exploring the strategies used by female AS suffering from SV to seek care, and the expectations of AS with regard to consultations with general practitioners.

Results: More than one AS or refugee in four has suffered at least one VS in her lifetime. Nearly one in two of these were women, with significantly greater exposure than men in four studies. In the host country, women AS are more exposed to SV than the general population, with almost a third of women AS having experienced at least one SV in the course of the year and an 18-fold higher rate of rape in the course of the year. Associated factors have been identified: absence of a couple relationship, geographical origin in West Africa, lack of help with accommodation and a history of SV before arriving in the host country. AS are in poorer health on arrival in France than the general population of that country. The prevalence of psychiatric symptoms was particularly high (almost 9 out of 10). An analysis of the strategies used by female AS victims of SV to seek care shows that their life course is partly shaped by the SV they have suffered, which they trivialise. Seeking care is not a priority for women AS, who develop survival strategies that may, on the contrary, re-expose them (social isolation, paid sex). On the other hand, dealing with SV coupled with positive experiences of care that provide concrete solutions can break down this trivialisation. We propose an interprofessional collaboration protocol for the detection and management of SV in primary care.

Discussion: Primary care professionals should systematically screen for the consequences of VS at least once during the follow-up of AS. The management of these consequences is an opportunity to offer a forum in the consultation so that AS can, if they so wish, immediately or at a later date, revisit elements of the SV they have experienced. This is one way of breaking down the trivialisation of SV. It is up to primary care to organise itself so that it can be identified as a source of proposals for the whole of civil society concerning the prevention of SV.

Conclusion: With regard to VS among AS, our studies report high lifetime prevalence rates, incidence after arrival in the host country among women and associated co-morbidities. Initially trivialised by AS, the approach to VS in the consultation and its consequences helps to break down this representation. This approach will form part of a comprehensive approach to the health needs of this population, which will have to take account of the cultural, social and medico-legal issues involved.