



HAL
open science

Les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques chez les personnes sans domicile fixe : étude descriptive dans deux centres d'hébergement des Pyrénées-Orientales

Guénaëlle Bodilis

► To cite this version:

Guénaëlle Bodilis. Les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques chez les personnes sans domicile fixe : étude descriptive dans deux centres d'hébergement des Pyrénées-Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964552

HAL Id: dumas-02964552

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964552>

Submitted on 12 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Guenaelle BODILIS

Le 24 octobre 2019

TITRE

LES PATHOLOGIES OSTEOARTICULAIRES TRAUMATIQUES ET
RHUMATOLOGIQUES CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE : ETUDE
DESCRIPTIVE DANS DEUX CENTRES D'HEBERGEMENT DES PYRENEES
ORIENTALES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre FRANCES

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Paul LANDAIS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Michel CHAMMAS

Monsieur le Professeur Pierre FESLER

Monsieur le Docteur Pierre FRANCES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Guenaëlle BODILIS

Le 24 octobre 2019

TITRE

LES PATHOLOGIES OSTEOARTICULAIRES TRAUMATIQUES ET
RHUMATOLOGIQUES CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE : ETUDE
DESCRIPTIVE DANS DEUX CENTRES D'HEBERGEMENT DES PYRENEES
ORIENTALES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre FRANCES

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Paul LANDAIS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Michel CHAMMAS

Monsieur le Professeur Pierre FESLER

Monsieur le Docteur Pierre FRANCES



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELLISSIER Jacques
BALDY- MOULINIER Michel	GROLLEAU- RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean- Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René		RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel		RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie		RIEU Daniel
		RIOUX Jean-Antoine

BLAYAC Jean Pierre	JAFFIOL Claude	ROCHEFORT Henri
BLOTMAN Francis	JANBON Charles	ROSSI Michel
BONNEL François	JANBON François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOUDET Charles	JARRY Daniel	SAINT AUBERT Bernard
BOURGEOIS Jean- Marie	JOYEUX Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUEL Jean Michel	LAFFARGUE François	SANY Jacques
BUREAU Jean-Paul	LALLEMANT Jean Gabriel	SEGNARBIEUX François
BRUNEL Michel	LAMARQUE Jean- Louis	SENAC Jean-Paul
CALLIS Albert	LAPEYRIE Henri	SERRE Arlette
CANAUD Bernard	LESBROS Daniel	SIMON Lucien
CASTELNAU Didier	LOPEZ François Michel	SOLASSOL Claude
CHAPTAL Paul- André	LORIOT Jean	THEVENET André
CIURANA Albert- Jean	LOUBATIERES Marie Madeleine	VIDAL Jacques
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VISIÉ Jean Pierre
D'ATHIS Françoise	MARY Henri	
DEMAILLE Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
DESCOMPS Bernard	MEYNADIER Jean	
DIMEGLIO Alain	MICHEL François- Bernard	
	MICHEL Henri	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	BOURREL Gérard
BLANC François	BRINGER Jacques
BOULENGER Jean-Philippe	CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Mich

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la
communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Au Professeur Paul Landais, pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury et pour votre grande disponibilité.

Au Professeur Michel Chammas et Pierre Fesler, de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Au Docteur Pierre Frances, de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagné dans ce travail. Et surtout merci pour ta passion communicante pour la médecine et pour ton investissement que ce soit auprès des jeunes médecins, dans les revues de médecine générale ou encore à l'ordre des médecins.

A tous mes maîtres de stage durant l'internat et l'externat, médecins hospitaliers, de ville ou de montagne. Nombreux sont pour moi des modèles d'humanité, de dévouement et de compétences.

A tous les médecins aussi avec qui j'ai travaillé durant mes remplacements avec une pensée particulière pour ceux de Montferrat et de Font Romeu.

A toutes les infirmier(e)s, aides-soignant(e)s et secrétaires qui sont si souvent de précieux alliés.

A ma Maman et à Thierry pour votre soutien indéfectible et pour m'avoir toujours laissé libre de mes choix.

A mon Papa pour le regard singulier sur le monde que tu m'as transmis.

A ma grande famille : à ma mamie, tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, que j'ai toujours tant de plaisir à voir pour des repas de famille prolongés que ce soit en Bretagne, en Ile de France, en pays bourbonnais ou catalan.

A mes frères et sœurs : Martin, Pierre, Justine, Eve, Hannah, je suis si fier de vous ! Au plaisir de passer bientôt un moment tous ensemble.

A mes amis bretons, catalans, montpellierains, grenoblois et aussi à travers le monde pour tous les bons souvenirs partagés ensemble et j'espère pour les nombreux à venir.

A Sébastien, pour partager mon quotidien dans les bons moments et les moins bons aussi. Et pour cette belle aventure de nous construisons au fil des jours.

Sommaire

Liste des abréviations	21
Préambule	22
I Introduction	25
I.1 Qui sont les Sans Domicile Fixe ?	25
I.2 Evolution socio démographique du nombre de personnes sans domicile fixe	26
I.2.1 Une forte progression.....	26
I.2.2 Quelles sont les causes de cette inflation ?.....	27
I.2.3 Peut-on tous devenir sans domicile fixe ?	29
I.2.4 Le droit au logement opposable (DALO).....	29
I.2.5 Le Plan d'Action Renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans Abris (PARSA).....	30
I.2.6 « Housing first » ou logement d'abord.....	31
I.3. Etat de santé des personnes sans domicile fixe.....	31
I.3.1 Etat de santé générale.....	31
I.3.2 La mortalité des personnes SDF	32
I.3.3 Des difficultés d'accès aux soins.....	33
I.4 Les pathologies ostéo articulaires	34
II. Matériel et Méthode.....	35
II.1 Les centres d'hébergement	35
II.1.1 Le CHRS Hôtel social Mas Saint-Jacques à Perpignan.....	35
II.1.2 L'hébergement d'urgence Etape Solidarité à Céret	36
II.2 Méthodologie	37
III. Résultats	38
III.1. Motifs de consultations.....	38
III.2 Description de la population d'étude.....	39
III.3 Nature des pathologies : les pathologies traumatiques prédominent.....	41
III.4 Description des pathologies.....	42
III.4.1 Description des pathologies traumatiques	42
III.4.2 Description des pathologies non traumatiques	49
IV. Discussion	52

IV.1 Caractéristiques de la population d'étude	52
IV.1.1 Les femmes au sein de la population des sans-domiciles	52
IV.1.2 Une population très jeune	53
IV.1.3 Origine géographique des usagers des foyers	54
IV.1.4 Couverture maladie	55
IV.1.5 Le fardeau des pathologies psychiatriques	55
IV.2 Critique de l'étude	56
IV.2.1 Points forts de l'étude	56
IV.2.2 Points faibles de l'étude	57
IV.3 Description des pathologies ostéo articulaires dans la littérature.....	58
IV.4 Les pathologies traumatiques	59
IV.4.1 Origine des traumatismes.....	59
IV.4.2 Nature des traumatismes	64
IV.4.3 Localisation des traumatismes	67
IV.5 Les pathologies non traumatiques	69
IV.5.1 Arthrose	69
IV.5.2 Pathologies rhumatologiques inflammatoires	70
IV.5.3 Pathologies rhumatologiques infectieuses.....	71
IV.5.4 Les personnes SDF et la douleur	72
Conclusion.....	74
Bibliographie	76
Annexe.....	85

Liste des abréviations

AME Aide médicale d'Etat

CADA Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asiles

CCAS Centre Communal d'Action Social

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU Centre d'hébergement d'urgence

CISP Classification Internationale des Soins Primaires

CMP Centre Médico Psychologique

CMU Couverture Maladie Universelle

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DAHO Droit A l'Hébergement Opposable

DALO Droit Au Logement Opposable

FEANTSA Fédération Européennes d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

LGBT lesbiennes Gays Bisexuels et Transgenres

LHSS Lits Haltes Soins Santé

ONG Organisation Non Gouvernementale

PMSI Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations

SDF Sans Domicile Fixe

SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

UE Union Européenne

Préambule

L'histoire des « vagabonds et des mendiants » est difficile à appréhender. Il existe peu de témoignages au sujet de cette population majoritairement analphabète et illettrée.

Récemment des historiens et des sociologues se sont accaparés de ce sujet et nous ont permis de mieux connaître ces problématiques. Si ces deux phénomènes que sont le vagabondage et la mendicité ne sont pas strictement superposables ils sont très souvent associés dans les études sociologiques et les interventions publiques.

Les éclairages qui nous sont apportés les concernant le sont surtout sous le prisme des responsables politiques au pouvoir au gré des époques, en particulier via des textes législatifs (1). En effet, au cours des siècles, si ces individus en marge pouvaient susciter l'apitoiement ou permettre aux riches de se racheter auprès de Dieu grâce à leurs bonnes œuvres, ils ont souvent inquiété. Accusés d'oisiveté, associés à la criminalité, supposés être responsables de la transmission de certaines épidémies, ils ont subi une répression sévère. Pourchassés durant le Moyen-âge, on leur inflige divers punitions et châtements.

Sous François 1^{er}, dans une ordonnance de 1534, le vagabondage est décrit comme suit :
« tous vagabonds, oisifs, gens sans aveu¹ et autres qui n'ont aucun bien pour les entretenir et qui ne travaillent ni labourent pour gagner leur vie. » (1)

Pour Antony Kitts, cette définition reprend deux éléments importants : *« le manque de travail, donc de ressources pour vivre et l'absence d'appartenance à une communauté »*, deux critères souvent repris dans la définition du vagabondage (1).

¹ Un « homme sans aveu » : « celui qui, n'ayant pas été reconnu comme vassal par un seigneur, ne pouvait réclamer sa protection. Celui que personnes ne veut reconnaître, sans feu ni lieu ») (2)

Du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècles, la lutte se poursuit. Des dépôts de mendicités sont créés. Ce sont des établissements publics dédiés à la détention des mendiants et qui essayent de maintenir un « contrôle social » sur ces individus (1). Parallèlement se créent dans le secteur privé des œuvres de bienfaisance qui deviendront des acteurs majeurs de l'assistance.

Selon Julien Damon c'est au XIX^{ème} siècle, malgré l'élaboration du système de responsabilité à l'origine de l'état providence, que la lutte contre « les vagabonds et les mendiants » devient la plus féroce. Ils sont considérés comme des individus marginaux et déviants, responsables de leur déchéance et devant donc être punis (3).

Au XX^{ème} siècle, durant les 30 glorieuses, la dénomination de « clochard » remplace celle du vagabond. Peu nombreux ils sont mieux acceptés selon Nicolas Roinsard : *« tantôt perçus comme une portion irréductible de pauvres inadaptés aux pays riches, tantôt sublimés pour la liberté qu'ils incarnent en échappant aux contraintes de la société capitaliste et productiviste »* (4).

Seul l'abbé Pierre lance son premier appel le 1^{er} février 1954 pour alerter suite à des drames liés à des personnes sans logis (5). Comme nous le savons, il ne cessera jamais son combat contre le mal logement qui se poursuit même après son décès grâce à sa fondation.

Le sigle SDF pour sans domicile fixe s'impose à partir des années 80. Les SDF symbolisent aussi la lutte contre l'exclusion.

A travers les siècles, la société a donc oscillé entre assistance et répression. De nos jours la société reste très ambivalente envers les personnes sans domiciles fixes. S'ils suscitent parfois l'émoi lors des périodes de grand froid ou lors de faits divers, notamment de décès les concernant et que, bien sûr, certains professionnels sociaux, médicaux et bénévoles s'investissent auprès d'eux, nombreux les craignent et il existe beaucoup de préjugés à leur rencontre.

Depuis le 1^{er} mars 1994 les infractions de vagabondage et mendicité ont disparu. Mais suite à cela de nombreuses municipalités établissent régulièrement des arrêtés anti-mendicité. De même, des dispositifs anti mendiants prolifèrent dans les centres urbains pour éloigner les personnes sans-abris.

Dernièrement, les hommes politiques se succèdent pour annoncer la fin du « sans-abrisme », alors que ce problème semble prendre une ampleur de plus en plus importante, si bien que cet objectif semble démagogique. En janvier 2018, pourtant, Julien Damon évoquait l'objectif « zéro SDF » comme « *ambitieux* » mais « *non moins réaliste* » à condition de décentraliser la problématique et de coordonner l'accueil des personnes SDF notamment issus de l'immigration au niveau européen (6).

I Introduction

I.1 Qui sont les Sans Domicile Fixe ?

Selon l'INSEE, « une personne est qualifiée sans domicile un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ». C'est cette définition qui a donc été utilisée lors des grandes enquêtes de 2001 et 2012 menées par L'INSEE pour dénombrer les personnes SDF (7).

Le terme « sans abris » est plus restrictif désignant uniquement les personnes dormant dans la rue. Cependant dans les médias, et pour la plupart de nos concitoyens, les termes SDF et « sans abris » sont souvent confondus.

Selon les études et les pays la définition des sans domicile fixe est très variable. Ainsi comme le montre un rapport de Cécile Brousse, statisticienne à l'INSEE, suite à des réunions regroupant divers organismes européens (un fonctionnaire de l'UE, des statisticiens d'instituts nationaux, un membre d'ONG, un membre de la FEANTSA), il est très difficile de trouver une définition qui ferait consensus au sein même de l'UE. En effet, selon les pays, les problématiques entourant les personnes SDF et l'aide à leur apporter est envisagée de façon très différente selon des critères culturels, légaux, sociaux. De même selon les professionnels concernés et les intérêts défendus (statisticiens, politiques, membres d'ONG), les souhaits peuvent être différents d'une définition plus ou moins restreinte (8). Ceci rend donc difficile les comparaisons entre pays.

Selon Pascal Noblet, l'important que cette définition soit plus large ou plus stricte est de distinguer les personnes mal logées et les personnes véritablement exclues du logement qui ont des problématiques différentes. En effet, ces dernières personnes ont des besoins distincts avec notamment la nécessité d'un accompagnement social étayé (9).

A partir de cette définition il existe des situations très diverses : selon l'endroit où ces personnes dorment, la pérennité de leur hébergement et l'histoire de vie qui les a conduits à vivre cette situation.

I.2 Evolution socio démographique du nombre de personnes sans domicile fixe

I.2.1 Une forte progression

En 2001 et 2012, deux études de grande ampleur ont été menées par l'INSEE afin :

- D'une part de dénombrer les personnes sans domicile fixe
- D'autre part de recueillir des données socio démographiques.

Ces études étaient réalisées sur tout le territoire français, mais ne prenaient en compte que les agglomérations de plus de 20.000 habitants (10,11).

En reprenant les données de 2001 et 2012, on note une progression de 50 % de la population sans domicile fixe.

Cependant en 2012, l'échantillon concernant la population d'étude avait été élargi en prenant en compte en plus des personnes rencontrées dans les divers centres d'hébergement et les lieux de distribution de repas chauds, ou d'autres lieux notamment ceux de distribution de petits déjeuners. Même en se limitant aux structures de 2001, l'évolution de l'importance du nombre de personnes sans abri est problématique (hausse de 44%).

De plus, les personnes non francophones n'étaient pas prises en compte en 2001 (10), tandis qu'en 2012, le questionnaire était décliné en 14 langues, mais certaines personnes ne parlant aucune de ces langues ou bien illettrées n'ont pu être incluses (12). Ces différents éléments montrent que malgré le caractère national de ces enquêtes, elles ne peuvent être totalement représentatives de l'ensemble de la population des personnes SDF.

La proportion de femmes a augmenté entre 2001 et 2012 passant de 23% à 38%. Elles bénéficient néanmoins de conditions d'hébergement plus stables en général.

Depuis 2012, il n'y a pas eu de nouvelle enquête de recensement des personnes sans domicile fixe malgré un manque cruel de données qui permettraient de mieux connaître cette population.

I.2.2 Quelles sont les causes de cette inflation ?

I.2.2.1 La crise économique ?

Même si la France n'est pas le pays le plus touché par la crise économique de 2008, il existe un impact dans un contexte économique déjà difficile. Le taux de chômage se majore à partir de 2007 et reste élevé dans les années 2010 ; cela dans un contexte de taux de chômage déjà préoccupant depuis les années 1970 et les chocs pétroliers. En reprenant l'enquête des sans domicile INSEE réalisée en 2012, plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer les raisons de la perte d'un logement (12) :

- Les raisons familiales (séparation, décès, violences conjugales) dans 35 % des cas,
- Les raisons financières dans 30 % des cas,
- Les raisons familiales et financières associées dans 5 % des cas.

Un licenciement ou une activité professionnelle insuffisamment rémunératrice peuvent bien sûr générer ces problématiques en particulier financières.

L'étude INSEE de 2001 montrait que les personnes SDF n'étaient pas complètement coupées de l'emploi. Dans cette étude 3 SDF sur 10 travaillent. Cependant ils occupent des emplois précaires et souvent peu qualifiés (13). En 2012 moins d'un quart déclarent occuper un emploi et nombreuses ne sont pas ou peu diplômées. Une partie des personnes nées à l'étranger ne sont pas autorisées à travailler (12).

I.2.2.2 La dynamique des flux migratoires ?

La France reste une terre d'immigration. Différentes situations géopolitiques (en Europe de l'Est, au Moyen Orient, en Afrique) génèrent des flux migratoires.

En prenant en compte l'enquête de l'INSEE de 2012, 56% des personnes SDF étaient nées à l'étranger parmi les adultes (12) avec une progression depuis 2001 (entre 28,9 et 35,6% selon le lieu de rencontre) (10). Parallèlement, il existe une saturation des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile liée à une forte hausse des demandes depuis les années 2000 (14–16).

Il y a beaucoup plus d'enfants accompagnant les personnes SDF nées à l'étranger (12).

Concernant l'origine des personnes SDF nées à l'étranger, 60% viennent d'Afrique (Maghreb, Afrique Subsaharienne) et sont souvent francophones, environ un tiers vient de pays d'Europe de l'Est, soit hors UE, soit de pays ayant récemment intégré l'UE et sont, le plus souvent, non francophones (12).

I.2.2.4 La crise de la psychiatrie ?

Des professionnels dénoncent depuis plusieurs années le nombre grandissant de personnes atteintes de troubles psychiatriques parmi les sans domicile fixe et le lien que cela pourrait avoir avec les fermetures de lits en psychiatrie. Toutefois, à l'heure actuelle, aucune étude n'a été menée, ni en France, ni ailleurs, pour confirmer ou infirmer ce lien (17). La fermeture des lits est une réalité comme l'établit un rapport récent de l'IGAS concernant l'organisation des soins psychiatriques. La tendance depuis plusieurs décennies est de s'orienter vers une prise en charge des soins psychiatriques en ambulatoire le plus souvent possible.

Comme souvent dans ce type de situation, l'analyse du problème est différente venant des soignants et des autorités administratives. Ces dernières soulignent des problèmes de coordination des soins ou de redéploiement du personnel tandis que les soignants dénoncent un manque important de personnel, se majorant au fil des années et des difficultés à assurer les soins correctement (18).

Concernant les personnes SDF, en particulier, le problème selon ce rapport de l'IGAS (19) ainsi qu'un rapport ministériel de 2009 au sujet de la santé des personnes sans chez soi (17), est que, du fait de la sectorisation géographique de l'offre de soins psychiatriques, les personnes SDF n'ayant pas de domiciliation fixe et étant très mobiles sont souvent laissées pour compte.

Une problématique souvent associée à la psychiatrie est aussi la méconnaissance des troubles chez le patient. Une étude a montré que selon que l'on interrogeait les personnes sans logement personnel ou les professionnels le besoin d'une évaluation de la santé mentale variait respectivement de 18 à 41% (20).

I.2.3 Peut-on tous devenir sans domicile fixe ?

Selon un sondage de 2008, 60% des personnes interrogées jugeaient possible qu'elle-même ou un de leur proche puisse se trouver dans la situation d'un SDF (21). Derrière cette appréhension quelle est la réalité ?

Il existe divers courants parmi les sociologues. Certains jugent qu'il existe un continuum entre les personnes ayant un logement, parfois insalubre ou précaire, et les personnes sans domicile fixe. Pour d'autres il ne faudrait derrière cela pas négliger l'existence de personnes très marginalisées et complètement exclues du système (9).

Les personnes SDF ont très souvent accumulé les épreuves durant leur vie : nombreuses ont subi des agressions physiques ou sexuelles ou des négligences graves durant l'enfance puis une rupture sociale, sentimentale ou parfois la perte d'un proche peuvent précipiter la chute chez des individus déjà fragilisés.

I.2.4 Le droit au logement opposable (DALO)

Depuis 2007 a été mis en place le DALO, à la suite d'une mobilisation initiée par l'association « les enfants de Don Quichotte » qui avait installé des campements dans plusieurs agglomérations et en particulier au canal Saint-Martin à Paris. Cette mesure complète la loi Quilliot du 22 juin 1982 qui faisait déjà de l'habitation un droit

fondamental. La loi du 5 mars 2007 rend l'état garant de ce droit et permet à tout citoyen concerné (sans logement ou mal logé) de se tourner vers lui pour trouver une solution (22). Les personnes hébergées en centre d'hébergement relèvent plus d'un dispositif complémentaire : le DAHO (Droit A l'Hébergement Opposable) qui concerne notamment les personnes hébergées en urgence ou dans des hôtels mais pour qui une continuité de prise en charge ne peut être assurée dans ces structures (23).

Cependant les personnes les plus exclues vont avoir des difficultés à saisir les autorités pour faire valoir leurs droits.

I.2.5 Le Plan d'Action Renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans Abris (PARSA)

De façon concomitante en janvier 2007 est instauré le PARSA. Celui-ci a pour objectif de transformer de nombreuses places d'hébergement d'urgence en hébergement plus pérenne.

S'il existait depuis plusieurs siècles des œuvres de bienfaisance privées, c'est à partir des années 50 que se créent les CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) tel que nous les connaissons aujourd'hui. Ces centres d'hébergement proposent un accompagnement social (24). Malgré une augmentation du nombre de places d'hébergement depuis les années 90, ces différentes structures sont sous tension et ne peuvent accueillir toutes les personnes le demandant. Les associations dénoncent ainsi l'impuissance du 115 à répondre à de nombreuses demandes d'hébergement y compris de familles dans certains départements (25).

Et de plus, la presse et les travailleurs sociaux témoignent du refus fréquent des personnes SDF de se rendre en CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence) (26,27) notamment du fait :

- Des conditions d'accueil de ces centres
- Du cadre qui y est imposé (sobriété, couvre-feu, refus des animaux de compagnie)
- Des risques de vols et/ou de rixes engendrés par la promiscuité

I.2.6 « Housing first » ou logement d'abord

Ceci s'inscrit dans le développement de la notion du logement d'abord (« housing first ») dans les pays développés. Ce concept prône le fait que pour se réinsérer les personnes sans-abris ont besoin tout d'abord d'un hébergement stable avant de pouvoir construire un projet pour l'avenir. C'est une approche qui a été développée à New York par le Dr Sam Tsemberis qui visait initialement les personnes atteintes de troubles psychiques et a ensuite été promue pour les personnes faisant de longs séjours en centre d'hébergement. L'approche, auparavant, était d'attendre que les personnes soient sous traitement, sevrée d'une éventuelle addiction à une drogue psycho active et de leur proposer secondairement un logement une fois considérées « stabilisées ». Le concept du logement d'abord suggère l'inverse : proposer un logement avec des conditions d'exigence minimum afin que la personne puisse se stabiliser, se reconstruire et ainsi pouvoir se soigner (28). Il est difficile d'avoir un suivi psychiatrique, d'arrêter un produit addictif quand on lutte déjà en permanence pour son quotidien.

I.3. Etat de santé des personnes sans domicile fixe

I.3.1 Etat de santé générale

Dans les enquêtes INSEE réalisées en 2001 et 2012, des données sur la santé des personnes sans domicile fixe ont été recueillies (29,30).

En comparaison avec des personnes ayant un logement, les personnes sans chez soi avaient beaucoup plus fréquemment un ressenti médiocre ou moyen de leur état de santé alors même qu'il s'agit d'une population plus jeune.

De plus la prévalence de tous les principaux problèmes de santé était plus élevée chez les personnes sans logis en 2001.

Ces données sont aussi retrouvées dans d'autres pays industrialisés (31). Ceci peut être lié à de nombreux phénomènes : des conditions de vie rudes, une alimentation pauvre entraînant des carences, l'abus de substances nocives (tabac, alcool, etc.), ainsi que des difficultés importantes d'accès aux soins.

I.3.2 La mortalité des personnes SDF

En 2007, Martin Hirsch comparait l'espérance de vie des personnes SDF à celle des habitants du Sierra Leone, la plus faible au monde, qui étaient respectivement de 45 et 34 ans (32).

La mortalité des sans domicile a été étudiée dans plusieurs études. En France le collectif des Morts dans la rue comptabilise tous les décès qui lui sont déclarés par les associations, les médias ou d'autres tiers. L'espérance de vie est très abaissée par rapport à la population générale. Lors de la dernière enquête publiée en 2017, l'âge moyen au moment du décès est de 50,6 ans. Il reste très éloigné de celui de la population générale dont l'espérance de vie est aux alentours de 80 ans même si ces deux chiffres ne sont pas superposables. Il existe, en outre, 80% de décès dits prématurés, c'est-à-dire avant 65 ans, contre 21% dans la population générale (33). Entre 2010 et 2015 l'espérance de vie au Sierra Leone était de 50,2 ans (34) ; elle se rapproche donc de celle des personnes SDF en France.

Les personnes SDF subissent beaucoup de morts violentes : homicides, suicides ou morts accidentelles qui sont souvent secondaires à des traumatismes (33). Ceci est aussi retrouvé dans plusieurs études étrangères Outre Atlantique (35,36) ou européennes (37,38).

I.3.3 Des difficultés d'accès aux soins

De nombreuses études et rapports abordent ce sujet. En effet pour les personnes sans chez soi l'accès aux soins est souvent compliqué et ceci du fait de nombreuses barrières.

En France il existe un système de santé supposé couvrir une très grande majorité de la population et particulièrement les personnes ayant de faibles ressources, entre autres grâce à la CMU et l'AME. Pourtant, parmi les sans-abris certains ne sont pas couverts du fait de difficultés administratives. De plus, pour les personnes immigrées, l'accession à l'AME nécessite de résider depuis plus de 3 mois, de façon stable, sur le territoire français.

En effet, les démarches administratives, l'attente aux urgences, les transports pour se rendre dans une structure de soin peuvent prendre du temps et entrer en compétition avec d'autres besoins essentiels, eux aussi chronophages.

On peut citer de nombreux exemples illustrant cette problématique :

- Un temps parfois très long passé à faire la manche
- La recherche d'un repas (souvent un seul par jour) au sein d'une association
- Passer un moment de convivialité avec des connaissances, parfois seul moment de réconfort pour des personnes en rupture sociale.
- Pour les personnes atteintes d'une addiction le temps passé à la recherche du produit peut être considérable.
- Il peut y avoir aussi beaucoup de temps passé à tenter d'améliorer leur situation sociale
- Enfin, elles ont aussi peur de perdre ou de se faire voler leurs affaires et le lieu où elles dorment si elles s'absentent, et de ce fait sont aussi souvent en quête de lieux sécurisés ce qui est parfois très difficile.

Compte tenu de ces éléments, les problèmes de santé deviennent secondaires (39).

De plus, il est difficile pour des personnes changeant régulièrement de lieu d'habitation d'avoir un suivi alors que les soins sont souvent territorialisés et/ou nécessite d'avoir un médecin traitant attitré.

Enfin, les addictions et les pathologies psychiatriques sont aussi des barrières à la prise en charge médicale de ces patients. Elles augmentent la difficulté à honorer des rendez-vous médicaux et à respecter le cadre imposé dans certaines structures. Ceci qui est souvent mal accepté par les professionnels de santé qui ont des difficultés à concilier les personnes sans domicile avec le reste de la patientèle. Les personnes sans logis ont aussi parfois peur d'être jugées et mal reçues.

Ces freins à l'accès aux soins des sans domicile fixe sont régulièrement évoqués et redondants dans diverses études que ce soit en France (33) ou à l'étranger (40,41).

I.4 Les pathologies ostéo articulaires

Parmi les pathologies des personnes sans logement personnel, nombreuses méritent que nous nous y attardions. Les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques en font partie car la littérature à leur sujet est de qualité diverse et éclaire parfois peu sur notre problématique d'intérêt.

Compte tenu du nombre peu élevé d'études abordant ce sujet nous avons décidé de nous intéresser à ce sujet en réalisant une étude descriptive.

Notre objectif principal de cette étude était de décrire la nature des pathologies ostéo articulaires dans une population de personnes sans domicile fixe.

Un critère secondaire était de rechercher d'éventuels facteurs associés selon l'origine des traumatismes.

II. Matériel et Méthode

Notre étude a été réalisée dans deux centres pour personnes sans domicile fixe situés dans le département des Pyrénées Orientales et tous deux mixtes accueillant des personnes âgées de plus de 18 ans.

II.1 Les centres d'hébergement

II.1.1 Le CHRS Hôtel social Mas Saint-Jacques à Perpignan

Ce CHRS se situe dans la ville de Perpignan, préfecture des Pyrénées Orientales et s'intégrant dans une aire urbaine hébergeant environ 300 000 habitants. Il a une capacité d'accueil de 40 personnes (nombre pouvant être augmenté à 50 en période hivernale).

L'équipe accompagnant les personnes accueillies comprend des travailleurs sociaux (hôte d'accueil et éducateur) la journée, et un veilleur la nuit. Les personnes sont accueillies de deux façons différentes :

- En insertion : elles ont un projet d'insertion, une participation financière mensuelle leur est demandée selon leurs ressources. Elles peuvent rester la journée, et obtiennent l'aide et l'accompagnement des travailleurs sociaux pour la construction de leur projet personnalisé.
- En Urgence (115). Les demandeurs sont accueillis sur une durée courte. Une participation forfaitaire de 2 euros leur est demandée ; participation qui donne la possibilité de dormir, diner et prendre le petit déjeuner. Les patients dans cette dynamique doivent quitter les lieux avec leurs affaires durant la journée entre 8h et 17h.

Les hébergés dorment dans des chambres comprenant deux lits. Un lit d'appoint supplémentaire peut-être rajouté entre deux lits quand les conditions climatiques l'imposent (périodes de grand froid).

Un chenil dans ce centre permet aux personnes accompagnées de chiens de venir y séjourner. C'est un élément primordial car cela pourrait être un frein important pour certaines personnes pour être hébergées.

II.1.2 L'hébergement d'urgence Etape Solidarité à Céret

Ce centre est situé dans la ville de Céret, commune de 7600 habitants en zone rurale, à quelques kilomètres du versant sud du Canigou.

Dans ce centre une dizaine de personnes peuvent être accueillies en urgence, comme dans le CHRS de Perpignan. Six personnes peuvent aussi être hébergées en stabilisation. Elles sont alors hébergées une dizaine de jours. Elles dorment alors dans une chambre de 2 personnes. La journée elles doivent quitter leur chambre entre 8 et 17 heures mais peuvent rester dans l'enceinte du centre. Un repas est proposé le midi qui est préparé par une équipe de résidents, chaque jour, avec un roulement.

A côté se trouve une maison relais comprenant 17 appartements : il s'agit de studios avec une petite cuisine, une salle de bains et des WC. Les personnes y accèdent à la suite d'une réunion hebdomadaire du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) qui prend en compte des critères d'âge, de revenus, et cætera... ; gérant de cette manière l'attribution d'une place au sein de ces logements.

Il existe aussi un chenil dans ce centre.

Ces centres exigent la sobriété des personnes hébergées, ce qui peut être contraignant pour certains.

II.2 Méthodologie

Dans ces deux centres intervient un médecin qui reçoit les personnes hébergées (et des personnes extérieures SDF uniquement pour le centre de Céret) qui le souhaitent, en consultation, et ceci de manière bénévole. Durant ces consultations, sont recueillies des fiches comprenant des informations médico-sociales. Si les patients l'acceptent les données ainsi recueillies sont anonymisées et les motifs de consultations sont classés en s'inspirant en partie de la CISP (Classification Internationale des Soins primaires) (42).

Les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques ont donc été classées selon cette classification. Les données complètes ont été recueillies (localisation, diagnostic précis) ainsi que les données socio démographiques et les comorbidités psychiatriques du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017. Les traumatismes concernent fréquemment le système ostéo articulaires (fractures, entorses, etc...) mais ils peuvent aussi concerner la sphère dermatologique (plaie, brûlures, contusions). Dans la CISP, elles ne sont pas réunies. Cependant dans la pratique les plaies et les fractures relèvent souvent toutes deux de la catégorie des pathologies traumatiques formant une entité cohérente et sont prises en charge, en cas de nécessité, par les chirurgiens orthopédistes. Nous avons donc souhaité les inclure dans la même entité en conservant l'étude descriptive des pathologies rhumatologiques qui sont aussi très peu étudiées.

Ces données ont permis de faire une analyse descriptive. Afin de rechercher d'éventuels facteurs associés, une comparaison de distributions univariée a été réalisée (test du chi 2 d'indépendance) grâce au logiciel BiostaTGV disponible sur internet (43).

Pour cette étude nous avons obtenu l'accord de la CNIL.

III. Résultats

III.1. Motifs de consultations

En annexe, le tableau 1 montre la répartition des motifs de consultation dans les 2 centres d'hébergement de 2013 à 2017.

En 2017 et en 2016 le nombre de personnes qui ont consulté était respectivement de 912 et 896 personnes. Le nombre de motifs de consultation s'élevait à 2206 et 2130, respectivement, car il y avait souvent plusieurs motifs lors d'une seule et même consultation.

Les motifs de consultation les plus fréquents sont : les demandes d'aide sociale (23,21%), les problèmes psychologiques (17,36%) et les pathologies respiratoires (12,19%).

Les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques constituaient ainsi 7,07% des motifs de consultation en 2017 et 6,81 % en 2016 (respectivement 5,98% de pathologies traumatiques et 1,09% de pathologies rhumatologiques en 2017 ; 5,92% et 0,89% en 2016). En tout cela représentait 301 cas sur ces 2 années.

III.2 Description de la population d'étude

Année	Nombre	Pourcentage
2016	145	48,17%
2017	156	51,83%
Age		
18-24 ans	71	23,59%
25-34 ans	129	42,86%
35-44 ans	76	25,25%
≥ 45 ans	25	8,31%
Sexe		
Féminin	71	23,59%
Masculin	230	76,41%
Origine géographique (Nationalité)		
France	196	65,12%
UE hors France	67	22,26%
Afrique	26	8,64%
Autre partie du monde	12	3,99%
Couverture santé		
CMU et/ou 100%	136	45,18%
Sécurité Sociale hors CMU et 100%	20	6,64%
AME	4	1,33%
Sans couverture	141	46,84%
Type d'Hébergement		
Hébergement d'urgence	250	83,06%
Hébergement d'insertion	51	16,94%

Tableau 2 : Caractéristiques socio démographiques

La moyenne d'âge de la population d'étude était de 31,7 ans. La médiane à 30 ans avec un étalement de 18 à 82 ans.

	Nombre	Pourcentage
Pathologie psychiatrique sans addiction	30	9,97%
Addiction à l'alcool et/ou à une drogue psychoactive	66	21,93%
Pathologie psychiatrique et addiction	63	20,93%
Pas de pathologie psychiatrique	142	47,18%

Tableau 3 Prévalence des pathologies psychiatriques et addictives

Au total 52,82 % avait une pathologie psychiatrique en incluant les addictions aux drogues psychoactives.

III.3 Nature des pathologies : les pathologies traumatiques prédominent

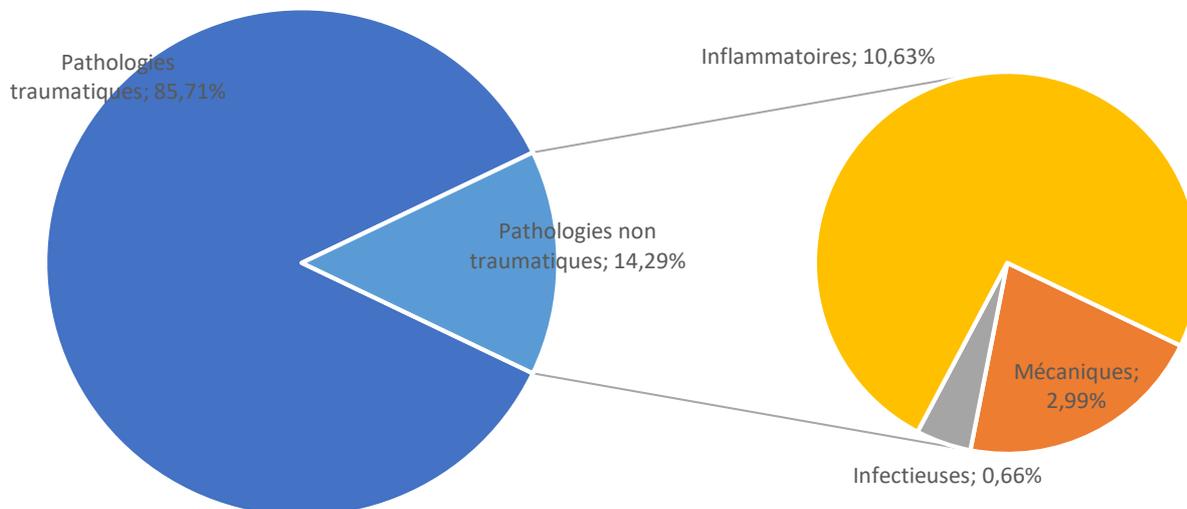


Figure A : Répartition des pathologies selon leur nature.

Les motifs de consultation sont très largement dominés par les pathologies traumatiques : 85,71 %. Concernant les pathologies rhumatologiques, les causes inflammatoires sont les plus représentées (14,29 %) suivies de loin par les causes mécaniques (2,99 %) et infectieuses (0,66 %).

III.4 Description des pathologies

III.4.1 Description des pathologies traumatiques

III.4.1.1 Origine des traumatismes

Origine des traumatismes	Nombre	Pourcentage
Causés par un tiers	172	66,67
Auto-infligés	34	13,18
Accidentels	48	18,60
Non déterminés	4	1,55

Tableau 4 : Origine des traumatismes

III.4.1.2 Types des traumatismes

Nature des traumatismes	Nombre	Pourcentage
Fractures	81	31,40
Contusions	106	41,09
Entorses	13	5,04
Plaies	44	17,05
Brûlures	10	3,88
Autres	8	3,10

Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles

Tableau 5 : Types des traumatismes

Dans les blessures « autres » on constatait les cas suivants :

- Un arrachement osseux au niveau de la malléole externe (fibula)
- Une rupture tendineuse d'un tendon de l'épaule
- Quatre cas de luxations dont trois au niveau gléno-huméral associées à des contusions et une double luxation gléno-humérale et coude
- Un corps étranger sous cutané (écharde) au niveau du pied
- Des plaies à type d'ulcérations au niveau du bras suite à un contact avec du barbelé.

III.4.1.3 Localisation des traumatismes

Localisation des traumatismes	Nombre	Pourcentage
Lésions localisées sur un seul segment corporel	219	84,88
Tête	48	18,60
Membres supérieurs	82	31,78
Tronc	11	4,26
Membres inférieurs	78	30,23
Lésions localisées sur plusieurs segments	39	15,12
Tête/Mb sup	8	3,10
Tête/Tronc	3	1,16
Tête/Mb inf	4	1,55
Mb sup/Mb inf	10	3,88
Mb sup/Tronc	10	3,88
Tronc/Mb inf	1	0,39
Tête/Mb sup/Mb inf	1	0,39
Tête/Tronc/Mb inf	2	0,78

Tableau 6 : Localisation des traumatismes

III.4.1.4 Origine des traumatismes en fonction des caractéristiques sociaux démographiques

	Causée par un tiers Nombre observé (théorique)	Auto infligée Nombre observé (théorique)	Accidentelle Nombre observé (théorique)	p value
Sexe				
Féminin	30 (36,57)	6 (7,23)	18 (10,20)	0,0094*
Masculin	142 (135,43)	28 (26,77)	30 (37,79)	
Age				
18-25 ans	55 (56,20)	14 (11,11)	14 (15,69)	0,6712
26-35 ans	71 (69,07)	13 (13,65)	18 (19,28)	
≥ 36 ans	46 (46,72)	7 (9,24)	16 (13,03)	
Origine				
France	115 (109,7)	20 (21,68)	27 (30,61)	0,4058
UE hors France	32 (37,92)	9 (7,50)	15 (10,58)	
Hors UE	25 (24,38)	5 (4,82)	6 (6,80)	
Couverture Santé				
CMU / 100% / AME / Sécurité Sociale	89 (87,35)	15 (17,27)	25 (24,38)	0,7045
Sans couverture	83 (84,65)	19 (16,73)	23 (23,62)	
Type d'hébergement				
Urgence	145 (144,9)	27 (28,65)	42 (40,44)	0,6119
Insertion	27 (27,09)	7 (5,35)	6 (7,56)	

Tableau 7 : Comparaison de la distribution de l'origine des traumatismes en fonction des caractéristiques socio-démographiques. (χ^2 d'indépendance).

Hormis concernant le genre où on constatait une dépendance significative avec l'origine des blessures (moins de blessures causées par un tiers mais plus de blessures

accidentelles chez les femmes et l'inverse chez les hommes), il n'y avait pas d'association entre les facteurs socio-démographiques et l'origine des traumatismes. Certaines données concernant l'âge, l'origine et la couverture santé ont été colligées quand il n'y avait pas assez de sujets dans certaines catégories.

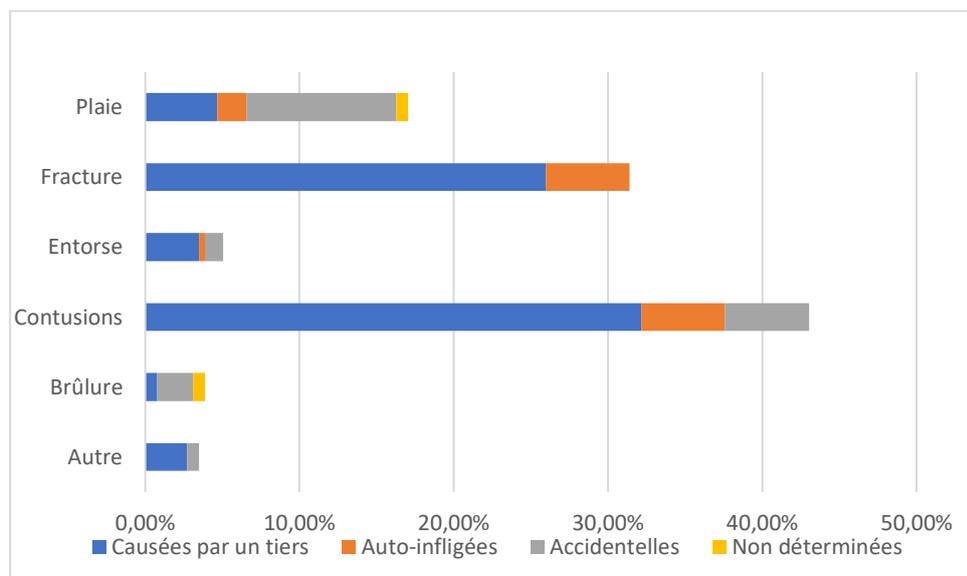
III.4.1.5 Origine des traumatismes en fonction des comorbidités psychiatriques

		Causée par un tiers	Auto infligée	Accidentelle	p value
		Nombre observé (théorique)	Nombre observé (théorique)	Nombre observé (théorique)	
Pathologie addictive					
	Oui	65 (71,10)	17 (14,055)	23 (19,84)	
	Non	107 (100,90)	17 (19,94)	25 (28,16)	0,2465
Pathologie psychiatrique					
	Oui	48 (53,50)	12 (10,57)	19 (14,93)	
	Non	124 (118,50)	22 (23,42)	29 (33,07)	0,258

Tableau 8 : Comparaison des distributions de l'origine des traumatismes en fonction des pathologies addictives ou psychiatriques. (χ^2 d'indépendance).

On ne notait pas de relation significative entre l'origine des traumatismes et le fait d'être atteint ou non d'une comorbidité psychiatrique ou addictive.

III.4.1.6 Types des traumatismes en fonction de leur origine

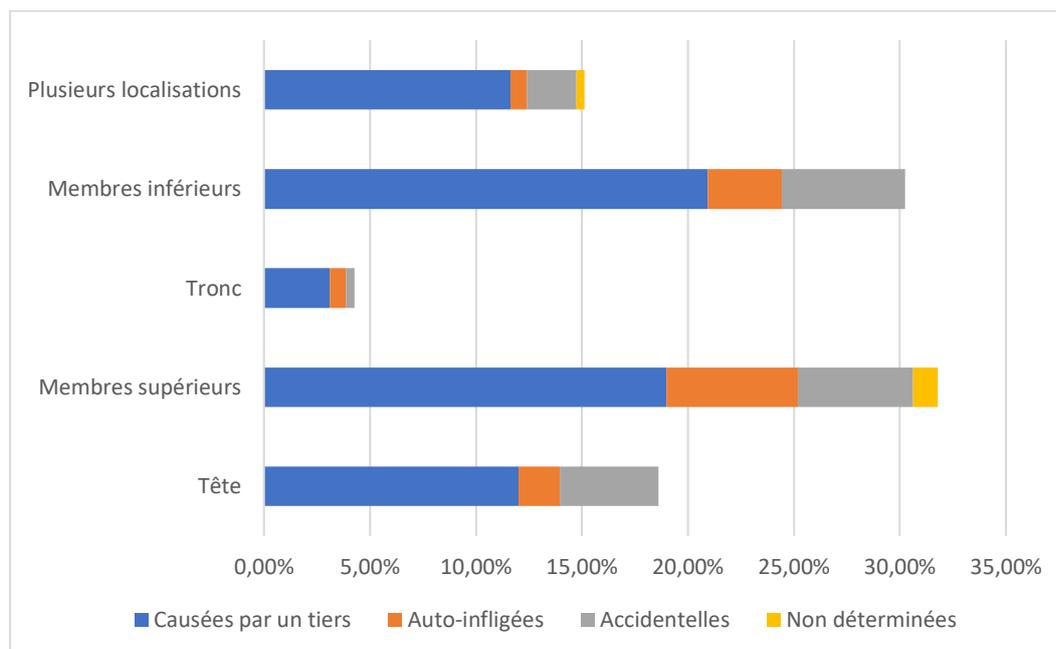


	Causées par un tiers Nombre (%)	Auto-infligées Nombre (%)	Accidentelles Nombre (%)	Non déterminées Nombre (%)
Plaie	12 (4,65)	5 (1,94)	25 (9,69)	2 (0,78)
Fracture	67 (25,97)	14 (5,43)		
Entorse	9 (3,49)	1 (0,39)	3 (1,16)	
Contusions	83 (32,17)	14 (5,43)	14 (5,43)	
Brûlure	2 (0,78)		6 (2,33)	2 (0,78)
Autre	7 (2,71)		2 (0,78)	

Total supérieur à 100% car plusieurs types de traumatismes possibles

Figure B et tableau 9 : Types des traumatismes en fonction de leur origine

III.4.1.7 Localisation des traumatismes en fonction de leur origine



	Causées par un tiers	Auto-infligées	Accidentelles	Non déterminées
	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
Tête	31 (12,02)	5 (1,94)	12 (4,65)	
Membres supérieurs	49 (18,99)	16 (6,20)	14 (5,43)	3 (1,16)
Tronc	8 (3,10)	2 (0,78)	1 (0,39)	
Membres inférieurs	54 (20,93)	9 (3,49)	15 (5,81)	
Plusieurs localisations	30 (11,63)	2 (0,78)	6 (2,33)	1 (0,39)

Figure C et tableau 10 : Localisation des traumatismes en fonction de leur origine

III.4.2 Description des pathologies non traumatiques

	Nombre	Pourcentage
Mécanique	10	23,26
Arthrose	9	20,93
Autre : Maladie de Paget	1	2,33
Inflammatoire	31	72,09
Tumoral	1	2,33
Tendinopathies	12	27,91
Arthropathies micro cristallines	7	16,28
Polyarthrite rhumatoïde	2	4,65
Spondylarthropathies	1	2,33
Autres	2	4,65
Non définis	6	13,95
Infectieux	2	4,65
Ostéite	1	2,33
Spondylodiscite	1	2,33

Tableau 11 : description des pathologies rhumatologiques

Les cas d'arthrose étaient localisés pour trois cas au niveau du rachis (dont un cas de canal lombaire étroit acquis), deux cas aux mains, un cas aux pieds, un cas combinait mains et pieds, un cas au genou et pour le dernier, à la hanche.

Le patient atteint de la maladie de Paget l'était au niveau de la hanche.

La pathologie tumorale était une métastase localisée au niveau du rachis cervical (néoplasie primitive pulmonaire) associée à un syndrome de BAZEX (éruption psoriasique acrale paranéoplasique, dans ce cas au niveau des mains).

Les tendinopathies concernaient pour cinq cas la hanche, pour six cas l'épaule et pour un cas le coude (épicondylite).

Les arthropathies micro cristallines comprenaient :

- 3 cas de chondrocalcinose (les atteintes concernaient pour deux les pieds, pour un le genou)
- 4 cas de gouttes (toutes concernaient les pieds)

Les deux cas de polyarthrite rhumatoïde comprenaient des atteintes des mains et des pieds.

Concernant les cas « autres », on constatait :

- Un cas de SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite), maladie auto-inflammatoire caractérisée principalement par une atteinte neutrophilique cutanée associée à une ostéomyélite chronique (44). Dans ce cas l'atteinte amenant à consulter était une ostéite de la hanche.
- Un cas d'ostéoarthrite secondaire hypertrophiante. La pathologie engendrant ce syndrome n'a pu être décelée, le bilan n'ayant pas été fait.

Les pathologies non définies comprenaient cinq cas d'arthrites dont deux avec un épanchement et un cas de rhumatisme inflammatoire sans diagnostic étiologique établi.

Le cas d'ostéite concernait la jambe et la spondylodiscite le rachis lombaire.

La moyenne d'âge des patients était de :

- 59,6 ans pour ceux consultant pour une pathologie mécanique (61,3 ans pour l'arthrose),
- 33,3 ans pour les pathologies inflammatoires,
- 40,5 ans pour les pathologies infectieuses.

IV. Discussion

IV.1 Caractéristiques de la population d'étude

IV.1.1 Les femmes au sein de la population des sans-domiciles

Notre population d'étude était constituée d'une majorité d'hommes (76,4%). Ceci est concordant avec l'ensemble de la littérature concernant les personnes sans chez soi incluant les deux sexes. En effet dans l'enquête INSEE de 2012, la population est de 2 femmes sur 5 (38%) (11) et dans les enquêtes internationales, la proportion de femmes est variable, mais elles sont en minorité dans une grande majorité d'études (45). Elles sont malgré cela plus représentées parmi les classes pauvres de la société. Les sociologues ont bien démontré que les femmes trouvaient, plus souvent des alternatives aux logements très précaires que les hommes, étant contraintes, néanmoins souvent, en contrepartie, de subir des situations difficiles (46).

La proportion de femmes dans notre étude est encore plus faible. Peut-être parce que certaines femmes évitent les foyers mixtes et préfèrent des foyers leur étant exclusivement destinés.

Des études sociologiques ont montré que la situation des femmes est particulière dans la rue. Elles sont souvent « invisibles » parce qu'elles essayent, pour beaucoup, par tous les moyens, de ne pas être « étiquetées » sans-abris pour échapper aux jugements de la société qui peuvent être plus sévères envers les femmes du fait des attentes que l'on a d'elles (féminité, discrétion, etc...). Pour échapper à ce jugement elles essaient, soit de se fondre dans la masse en multipliant les efforts pour masquer leur grande précarité, soit elles s'éloignent des lieux fréquentés prenant ainsi le risque de se faire agresser. Certaines, au contraire, peut-être pour échapper aux agressions, prennent une apparence plus masculine ou délaissent leurs soins du corps (47).

Les travailleurs sociaux et le médecin qui travaillaient dans les centres d'hébergement de cette étude m'ont témoigné de difficultés avec les femmes présentes dans les centres du

fait de problématiques psychiatriques souvent complexes. Même si quelques études évoquent aussi le fait dans leurs échantillons que les femmes SDF aient plus de pathologies psychiatriques non addictives (48,49), ces différences n'étaient pas retrouvées dans l'étude SAMENTA (50). Cette problématique n'a pas été spécifiquement et suffisamment étudiée.

IV.1.2 Une population très jeune

L'âge moyen de notre population était de 31,7 ans. Ce résultat est cohérent avec les chiffres retrouvés dans diverses études qui montrent que la population des sans domicile est très jeune : souvent aux alentours de 30 à 40 ans en France (50) comme à l'étranger (10,51,52).

En effet, vivre dans la rue est très difficile, et pour des personnes ayant plus de 50 ans, il est nécessaire de trouver une plus grande stabilité.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer cela : du fait d'addictions mais aussi l'âge avançant, ils rencontrent plus souvent le monde médical pour des pathologies chroniques (comme les pathologies respiratoires ou cardio-vasculaires). La prise en charge de ces maladies nécessite une approche globale qui va leur être proposée. A force d'errance, ils finissent souvent par accepter cette main tendue.

Il existe souvent une prise de conscience de leur situation, et ils sont déterminés à ne plus continuer de cette manière. C'est le moment où ils intègrent des structures de type CHRS où un travail considérable est effectué par les travailleurs sociaux pour leur permettre d'avoir des droits, et une reconnaissance de leur situation.

Rappelons aussi que de nombreuses personnes SDF décèdent prématurément ce qui fait baisser la moyenne d'âge de cette population (33).

IV.1.3 Origine géographique des usagers des foyers

La population était constituée d'une majorité de personnes de nationalité française (64,78%). Parmi les personnes de nationalité étrangère, 21,93% venaient d'autres pays européens ; 8,64% d'Afrique et 3,99 % d'autres parties du monde. Ceci n'est pas représentatif de la population sans domicile fixe en France. Dans l'enquête INSEE de 2012, 56% des sans domicile fixe étaient nés à l'étranger parmi les adultes (12).

Ces chiffres différents peuvent s'expliquer par leur répartition inégale entre les agglomérations : les personnes nées à l'étranger sont plus nombreuses dans les agglomérations de plus de 200.000 habitants et encore plus dans l'agglomération parisienne (12).

Ces espaces urbains concentrent plus de centres (même si à Paris, en particulier, il existe une inadéquation entre des demandes très importantes et une offre insuffisante) et ouvrent certainement plus de possibilités de travail et une plus grande facilité à effectuer et être accompagné dans des démarches administratives. Ainsi les familles sont souvent prises en charge de manière prioritaire par des associations qui ont des possibilités en milieu urbain de leur proposer un logement dans un hôtel.

Il est aussi plus facile dans les grandes agglomérations de trouver des associations caritatives pouvant délivrer des denrées alimentaires et de faire la manche du fait de la densité de population

Concernant les personnes SDF nées en France, sûrement nombreuses préfèrent rester à proximité de leur ville d'origine où elles gardent, malgré tout, des liens familiaux, même s'ils peuvent être distendus.

Le profil des personnes SDF nées en France et nées à l'étranger est différent. Les personnes nées à l'étranger sont plus souvent en famille et accompagnées d'enfants. Les personnes SDF nées en France ont plus souvent des pathologies psychiatriques et addictives qui peuvent entraver le retour à une vie plus socialisée (50).

IV.1.4 Couverture maladie

Dans notre étude 46,8 % des personnes SDF n'avaient pas de couverture maladie. Ce chiffre est très élevé. Il correspond à la proportion de personnes sans couverture à l'arrivée des personnes dans le centre d'hébergement. Les travailleurs sociaux font le nécessaire pour permettre aux personnes de faire valoir leurs droits car une très grande majorité est éligible à l'AME ou la CMU et parfois aussi à une prise en charge à 100% du fait d'une pathologie lourde et chronique. Dans l'enquête INSEE de 2012 seule 1 personne sur 10 n'avait aucune couverture maladie, environ la moitié déclarait être couverte par la CMU, 29% par la sécurité sociale et 8% par l'AME (53).

IV.1.5 Le fardeau des pathologies psychiatriques

Au sujet des pathologies psychiatriques, la prévalence était de 30,9%. Dans l'étude SAMENTA qui étudiait la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Ile de France en 2009 (50), la prévalence des personnes atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère est de 31,5 %. Cette prévalence était majorée pour les personnes hébergées en dispositif d'urgence (34,1 %) par rapport aux personnes en dispositif d'insertion (26,5 %). Les données européennes et internationales montrent aussi un taux très élevé de pathologies psychiatriques parmi les sans domicile fixe dans plusieurs méta-analyses (51,54).

Comme nous l'avons vu en introduction il existe une fermeture des lits en psychiatrie et une orientation des prises en charge des personnes dans leur milieu de vie. Cependant les personnes avec des troubles psychiatriques peuvent avoir des difficultés à s'intégrer d'autant plus si elles n'ont pas un entourage familial présent et aidant ou si un accompagnement médico-social suffisamment étoffé ne leur est pas proposé.

Le nombre total de personnes ayant une dépendance ou un abus probable de drogue psychoactive était de 42,86%. Dans ces mêmes méta-analyses, il était supérieur culminant même à 60,9 % dans une étude allemande. Il est probable que certaines personnes dépendantes ne viennent pas dans les CHU et CHRS qui imposent la sobriété aux personnes hébergées. De plus il existe sûrement une sous déclaration de peur d'être jugé ou exclu.

IV.2 Critique de l'étude

IV.2.1 Points forts de l'étude

Il s'agit d'un sujet original et très peu étudié en particulier en France et dans le reste de l'UE. Pourtant, les traumatismes sont probablement très fréquents chez les sans domiciles et il est important de mieux connaître leurs caractéristiques afin de mieux les prévenir.

L'évaluation était faite par un médecin qui connaît très bien les problématiques des personnes SDF car il est engagé dans leur prise en charge depuis plus de 20 ans. Il intervient régulièrement dans ces structures, mais aussi dans d'autres unités en charge de personnes SDF (CHRS de femmes et familles et Lits Halte Soins Santé). Cet intérêt que porte le praticien l'a conduit à élaborer régulièrement des fiches pour déterminer leurs problématiques médico-sociales, et cela dans le but d'améliorer les connaissances vis-à-vis de la spécificité et de la nature de leurs pathologies et ainsi d'améliorer leur prise en charge. Il connaît aussi bien les travailleurs sociaux qui y interviennent et qui peuvent être de précieux alliés pour l'évaluation et l'aide apportée à chaque individu. Les prises en charges sont souvent discutées en équipe.

Le fait que les entretiens soient menés par un médecin permettait une meilleure évaluation diagnostique que via un auto-questionnaire ou un entretien avec une personne moins qualifiée, comme cela est souvent fait dans d'autres études.

IV.2.2 Points faibles de l'étude

Notre étude avait plusieurs limites.

Tout d'abord il s'agit d'une étude rétrospective, menée dans seulement deux centres, se situant dans le même département : les Pyrénées-Orientales.

Ceci entraîne un biais de sélection. Dans notre étude les personnes étaient soit hébergées en CHU, soit en CHRS. Il existe sur le territoire français de nombreux types d'hébergements et de logements différents à destination des personnes sans domicile ou précaires. Il existe ainsi, dans les Pyrénées Orientales, des CHRS ou foyers qui hébergent des publics ciblés : des femmes seules ou avec leurs enfants, des jeunes travailleurs ou en rupture familiale, des familles, des demandeurs d'asiles et cætera... Il faut rappeler aussi que certaines personnes refusent systématiquement de se rendre dans les centres d'hébergement.

Même si notre étude ne peut donc pas être représentative de l'ensemble de la population des personnes SDF de France ni même des Pyrénées Orientales, ces centres d'hébergement ont un taux de turn-over important et permettent d'en rencontrer un panel important.

Nous avons pu réunir un certain nombre de cas dans notre étude. Celui-ci pourrait tout de même être étoffé et diversifié, ce d'autant plus concernant les pathologies rhumatologiques. Par ailleurs il existe peu de données concernant la population générale en France et nous n'avons pas pu constituer de groupe contrôle qui permettrait de mieux évaluer la spécificité des pathologies orthopédiques et rhumatologiques dans ce groupe de population.

Les évaluations étaient toutes conduites par un seul médecin généraliste. Nous n'avons pas utilisé de test pour mieux apprécier la prévalence et la diversité des pathologies

psychiatriques et addictives. Cette évaluation est dépendante des connaissances du praticien, et de son examen clinique, qui peuvent parfois être défailants.

IV.3 Description des pathologies ostéo articulaires dans la littérature

Dans l'enquête INSEE réalisée en 2001, les personnes sans domicile étaient questionnées sur leur état de santé et ces résultats étaient comparés avec ceux des personnes ayant un logement personnel de 18 à 60 ans. Chez les personnes ayant un logement les maladies osseuses et articulaires (arthrose, rhumatisme, etc...) arrivaient en tête chez les hommes comme chez les femmes avec un pourcentage 8%. Parmi les personnes sans domicile, 10% déclaraient une pathologie osseuse ou articulaire mais cela arrivait derrière la migraine (20%), les maladies respiratoires (14%) et les séquelles d'accidents ou de maladies graves (13%) (29).

En France, dans l'enquête INSEE de 2001, 10% des personnes SDF souffraient de maladies articulaires et osseuses (29), dans l'étude SAMENTA seulement 3% (50). En Allemagne dans différentes études, la prévalence se situe entre environ 5 et 10% (41), en Suède une étude la situe à 5% (55). Ces chiffres ne sont pas toujours cohérents et peuvent varier en fonction des méthodes d'enquête et des questions posées.

IV.4 Les pathologies traumatiques

Les pathologies traumatiques, quelles soit ostéo articulaires ou cutanées représentaient au total 5,92% et 5,98% des motifs de consultation dans notre étude respectivement sur les années 2016 et 2017.

Les pathologies traumatiques chez les sans domiciles ont été l'objet de quelques études, surtout Outre-Atlantique. Ces travaux démontrent qu'il s'agit d'une problématique fréquente pour les personnes SDF. C'est un motif courant de consultation aux urgences dans plusieurs études, ainsi que d'hospitalisation (45,55–59). Ces études révèlent que les personnes sans chez soi en plus d'être plus sujettes que la population générale aux traumatismes physiques sont aussi particulièrement touchées par les agressions et les blessures auto infligées.

IV.4.1 Origine des traumatismes

IV.4.1.1 Les traumatismes causés par un tiers

IV.4.1.1.a Une proportion très importante

La proportion de blessures causées par un tiers déclarées par les patients était très élevée atteignant 66,67% dans notre échantillon. En France, il n'existe pas d'études relevant les origines des traumatismes pour lesquelles les personnes SDF consultent, que ce soit aux urgences ou en soins primaires.

Dans l'étude SAMENTA (50), elles étaient questionnées sur les agressions qu'elles avaient subies durant les douze derniers mois. Les chiffres comparés sur la même année d'étude (2009) avec l'enquête de victimation menée par le ministère de l'intérieur (60) semblent supérieurs concernant les violences physiques subies : autour de 3,2% de victimes d'agression physique en population générale en prenant en compte les violences

au sein et hors du ménage et les vols avec menace ou violence. Les chiffres pour les personnes sans logement personnel d'Ile de France étaient de 7,3% des personnes de l'étude SAMENTA sans trouble psychiatrique diagnostiqué et 15,7% des personnes ayant au moins un trouble psychiatrique sévère. Il existait aussi plus d'agressions sexuelles chez les femmes et les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères quel que soit leur genre.

Aux Etats Unis deux études (59,61) relevaient que les blessures faisant suite à des agressions étaient de 8 % et presque 12% respectivement (la deuxième interrogeant aussi des enfants et des adolescents). Dans une étude ne concernant que les brûlures, 13,9% étaient en lien avec une agression (62). Dans ces trois études, une comparaison avec le reste de la population montrait à chaque fois une part significativement plus élevée de blessures secondaires à des agressions parmi les sans domicile. Cependant notre étude montre une proportion bien supérieure de blessures causées par des tiers.

IV.4.1.1.b Quelles explications pour ces résultats ?

Plusieurs éléments peuvent expliquer cela. Tout d'abord il est possible que les personnes consultant dans un contexte de soins primaires avec un médecin qu'elles savent investi auprès des personnes sans domicile fixe puisque venant régulièrement proposer des consultations au sein même des centres d'hébergement, ait eu plus de facilités à se confier sur une agression. Aussi peut être le motif initial de consultation pouvait être différent mais à l'occasion de cette consultation ont-elles pu rapporter un traumatisme physique, parfois mineur, mais les ayant marquées d'autant plus s'il faisait suite à une agression.

Secondairement il s'agit de blessures causées par des tiers et nous n'avons pas fait la distinction entre les agressions et les coups reçus lors de bagarres. Ces traumatismes peuvent donc être secondaires au fait d'avoir pris part à une rixe, l'agressé, pouvant être aussi agresseur et pouvant donc en témoigner différemment selon le contexte et l'orientation des questions qui lui sont posées.

Enfin, notre population est sûrement particulièrement précaire et vulnérable. En effet dans celle-ci, nombreux sont ceux hébergés en CHU, devant partager leur chambre avec une ou plusieurs autres personnes et pour qui cet hébergement ne pourra probablement pas être pérennisé, faute de place et/ou d'un projet d'insertion. Cette promiscuité, l'absence d'un espace privatif et les incertitudes concernant le devenir à court terme, peuvent entraîner des tensions. Ces difficultés sont exacerbées par le fait que ces patients, s'ils n'ont aucun projet de réinsertion, devront quitter le centre durant la journée entre 8h à 17h. De plus, les personnes SDF quand elles ne trouvent pas de place en hébergement ou ne souhaitent pas s'y rendre peuvent être contraintes de dormir dans la rue, devenant ainsi encore plus vulnérables aux agressions.

Dans le département des Pyrénées Orientales, le 115 propose une solution alternative de manière inconditionnelle, entre autres avec l'abris de nuit à Perpignan où les personnes peuvent trouver refuge dans un hall chauffé. Il s'agit cependant d'un hébergement très sommaire, sans véritable couchage et que des personnes peuvent refuser.

Dans la rue les conditions de vie sont extrêmement rudes et la lutte est permanente pour toutes les activités quotidiennes : prendre une douche, manger, trouver des cigarettes, et cætera... Lutte qui doit être menée aussi contre les aléas météorologiques : froid, chaleur, pluie, orage. Même quand un plan grand froid est activé tout le monde ne peut être logé sur le territoire français. Lutte, enfin, pour trouver un endroit où dormir et pour les sans-abris pour se maintenir dans cette endroit (contre les autres SDF et le voisinage).

Il existe des moments de convivialité entre les personnes SDF mais difficile de faire confiance aux autres dans un environnement régi par la loi du plus fort. Les vols et agressions sont courants entre eux et poussent certains à devenir méfiants voir bagarreurs, ce qui renforce cette hostilité.

Les personnes sans-abris sont souvent contraintes de porter un lourd sac à dos, contenant tous leurs effets personnels et parfois souvenirs, les rattachant à leur passé ou à leur famille. Le vol de ces effets personnels est donc d'autant plus douloureux.

Les dispositifs anti SDF mis en place par certaines municipalités visant à les écarter des centres villes et à les rendre invisibles ont pour conséquence de les « parquer » dans des zones et renforcer la compétition et l'animosité entre eux.

IV.4.1.1.c Les conséquences des agressions

Le nombre élevé d'agressions subis par les sans domicile a des conséquences. D'une part, cela peut avoir des conséquences en termes de séquelles physiques. D'autre part, les conséquences psychologiques peuvent aussi être importantes, entraînant troubles de l'humeur et états de stress post traumatiques.

En France, une étude montre que parmi les décès de personnes sans domicile ayant pu être répertoriés en 2017, 6,7% étaient secondaires à une agression ou un homicide contre 0,3 % dans la population générale et ce alors que la cause n'a pu être déterminée pour 50% des SDF (33). Ceci est retrouvé dans plusieurs études européennes (38,63,64) et américaines (35,36).

Nous n'avons pas notion dans cette étude des agressions sexuelles qui sont probablement fréquentes aussi à l'encontre des personnes sans logement personnel ; de même concernant les agressions physiques et sexuelles des personnes appartenant à la communauté LGBT qui sont évoquées dans une étude américaine (65). Cependant aucune problématique particulière n'est soulevée par les personnes homosexuelles ou transgenres selon les professionnels travaillant dans les deux centres de notre étude.

IV.4.1.2 Les traumatismes auto-infligés

Dans notre étude, les blessures auto-infligées représentaient 13,18% du total des blessures. Il existe peu de données évoquant des blessures auto infligées ou des automutilations chez les personnes sans-abris. Une étude américaine montre un taux

significativement plus élevé de blessures auto-infligées en comparaison avec un groupe contrôle (23% contre 4% respectivement) (59). Une autre étude évoque le problème des mutilations chez un public de jeunes SDF (66).

Plus d'études ont montré un taux de suicide élevé chez les personnes SDF (36,37,67). Cela montre la grande détresse des personnes sans chez soi.

IV.4.1.3 Les traumatismes accidentels

Les blessures accidentelles s'élevaient à 18,6% du total des blessures.

Les blessures accidentelles sont aussi plus prévalentes chez les personnes sans domiciles fixes en comparaison du reste de la population dans des études américaines (59,61).

La consommation de substances psychoactives peut entraîner des troubles de la coordination motrice et ainsi favoriser la survenue de ces accidents.

IV.4.1.4 Les facteurs associés à l'origine des traumatismes

Les tests univariés réalisés n'ont pas révélé de différences significatives hormis concernant le genre et l'origine des blessures (il y avait plus de blessures causées par un tiers chez les hommes que chez les femmes et inversement pour les traumatismes accidentels).

Dans l'étude SAMENTA (50) les hommes déclaraient plus fréquemment des coups reçus lors de bagarres ainsi que plus d'agressions physiques mais seulement chez les personnes non atteintes de troubles psychiatriques sévères, sans que cette tendance ne soit significative. De plus, comme nous l'avons dit précédemment les femmes SDF se cachent souvent et essayent de masquer leur marginalité et leur vulnérabilité. Peut-être sont-elles plus nombreuses à échapper à notre enquête que les hommes.

Quelques études montrent que le fait d'être une femme et d'avoir des troubles psychiques semble augmenter le risque d'agression chez les personnes sans logis (50,68).

Les troubles psychotiques entraînent hélas une altération fréquente du jugement et empêchent les personnes concernées de percevoir des signaux d'alertes qui auraient pu les avertir. Le fait de souffrir d'une pathologie psychiatrique (indépendamment du fait d'avoir un domicile ou non) semble être un facteur de risque pour se faire agresser. De même que les traumatismes répétés, en particulier, dans l'enfance peuvent engendrer agressivité et vulnérabilité vis-à-vis des agressions (69,80).

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre l'origine des traumatismes et les pathologies psychiatriques et addictives. En fait, ces derniers troubles semblent augmenter le risque de tous les types de blessures chez les personnes SDF (59).

Les antécédents de pathologies psychiatriques sont connus comme des facteurs de risque important de passage à l'acte suicidaire. L'isolement social et le chômage, ainsi que les événements de vie négatifs sont aussi considérés comme des facteurs de risque secondaires (70). Or on sait aussi que la crise suicidaire est un épisode aigu et réversible. Cela nous fait rappeler les difficultés d'accéder à des soins psychiatriques, ou à avoir un interlocuteur privilégié pour assurer un suivi correct de ces patients.

Dans le département pour accéder à une prise en charge psychiatrique, il existe plusieurs unités de CMP locaux qui souvent manquent de personnel, la prise en charge psychiatrique est souvent déléguée aux infirmiers de ces unités.

IV.4.2 Nature des traumatismes

IV.4.2.a Les contusions

Les diagnostics établis les plus fréquemment concernant les traumatismes étaient les contusions (41,09%) plus fréquentes que dans les études américaines (56,71).

Ceci reflète aussi la consultation de soins primaires, en médecine de ville, où les traumatismes peuvent être moins sévères qu'aux urgences et où les personnes viennent rechercher une écoute, un traitement pour les soulager. Les personnes SDF préfèrent

éviter les urgences hospitalières du fait que ce sont des milieux fermés qui peuvent les angoisser. De plus le temps d'attente, souvent long, est difficile à tolérer pour elles. Elles ne consulteront alors là-bas qu'en cas de gêne importante et d'absence de solution alternative.

Par ailleurs, en l'absence de plateau technique à disposition immédiate certains examens complémentaires (radiographies en particulier) ont pu être demandés sans avoir de retour et une partie des contusions peut-être des fractures, le diagnostic étant établi sur le ressenti clinique du médecin.

IV.4.2.b Les Fractures

Ensuite, venaient les fractures (31,4%). Ce nombre est relativement élevé et toutes celles qui sont avérées, grâce aux examens complémentaires, dans notre étude, sont soit secondaires à des agressions, soit auto-infligées. Ceci traduit une certaine violence à la fois dans les agressions qu'elles subissent et dans les blessures qu'elles peuvent parfois s'auto-infliger. De plus il existait aussi quatre cas de luxations toutes secondaires à des agressions.

Il est probable qu'un certain nombre de ces fractures aient nécessité un traitement chirurgical ou une immobilisation orthopédique. Or, il n'y a pas d'étude en France concernant le suivi des pathologies orthopédiques chez les personnes SDF.

Deux études américaines l'ont étudié et ont constaté un suivi spécialisé moins important que pour les patients ayant un domicile (72,73). Le fait de devoir respecter des horaires stricts et de devoir se rendre par leurs propres moyens dans un lieu parfois éloigné de celui où elles se trouvent doivent y contribuer. Dans ce cas, les personnes SDF ont tendance à venir plutôt spontanément (pour certaines encore socialisées) aux urgences, notamment en cas de complication.

Les personnes SDF étaient moins souvent opérées que les non SDF pour les mêmes pathologies et leur suivi par un orthopédiste était mieux respecté s'ils étaient opérés. Les

complications étaient similaires mais plus fréquentes chez les personnes SDF. Il serait intéressant de mener des études complémentaires sur ce sujet (72).

IV.4.2.c Les plaies

Puis suivaient les plaies (17,05%), la majorité étant d'origine accidentelle. Nous n'avons recueilli ni les circonstances ni la gravité des lésions concernant celles qui étaient intentionnelles. Ainsi, nous ne pouvons témoigner d'éventuelles plaies par armes blanches notamment. Celle-ci devraient aussi alerter les praticiens quant aux risques tétaniques les sans domiciles fixes ayant un suivi médical éparse, il est probable que leur couverture vaccinale soit incomplète.

IV.4.2.d Les entorses

Les entorses étaient plutôt rares (5,04%). Il s'agit de traumatismes fréquents en soins primaires et aux urgences.

IV.4.2.e Les brûlures

Enfin les brûlures étaient une cause de traumatisme rare dans notre étude donc il est difficile de l'étudier : on en notait seulement dix cas soit 3,88%. Sur ces dix cas six étaient d'origine accidentelle, deux causés par un tiers et enfin pour deux d'origine non déterminée.

Une étude aux USA relevait les blessures chez les personnes SDF en les comparant à la population générale, et montrait que les premières, subissaient plus de brûlures que les autres, y compris que les personnes domiciliées avec un statut socio-économique précaire (71).

Deux autres études de cohortes rétrospectives américaines montraient que les brûlures chez les personnes SDF entraînaient des hospitalisations avec des durées de séjours plus longues et donc un coût plus élevé (62,74).

En France le sujet des brûlures chez les personnes sans chez soi est très peu étudié.

Dans notre étude nous n'avons pas constaté de gelures. Une étude les répertoriait dans l'analyse des brûlures dans deux villes du Nord des Etats Unis où le nombre de personnes SDF atteintes était plus élevé que les personnes domiciliées concernant les gelures (75).

D'une part du fait de la gravité de cette pathologie peut-être se sont-elles orientées directement vers les urgences. D'autre part le climat méditerranéen et donc plutôt clément des Pyrénées Orientales ainsi que les possibilités d'hébergement permettent sûrement de les prévenir.

Les personnes SDF restent rarement dans les zones montagneuses l'hiver. Les structures de type CCAS les orientent souvent vers la plaine où il fait plus chaud, et où les conditions d'hébergement sont meilleures.

IV.4.3 Localisation des traumatismes

Il est difficile de critiquer la localisation des traumatismes observés dans notre étude par manque de données pour effectuer une comparaison.

Très peu d'études relatent la localisation des traumatismes. Une étude réalisée aux Etats Unis décrit la localisation des traumatismes et retrouve plus de blessures aux membres inférieurs chez les sans domicile. Cependant cette étude du fait de son mode de recueil ne comprenait pas les blessures intentionnelles (causées par un tiers, auto-infligées) qui sont majoritaires dans nos résultats (71).

Dans une autre étude américaine, regroupant cependant peu de cas, on ne notait pas de différence significative concernant les localisations des blessures chez les personnes SDF en comparaison avec un groupe contrôle (72).

Concernant les traumatismes crâniens, 25,58 % des personnes blessées en avait subi un. Cependant nous n'avons pas évalué la sévérité de ceux-ci, notamment s'ils étaient associés à une perte de connaissance et/ou à une hospitalisation.

Des études menées parmi les personnes sans domicile, principalement aux USA et au Canada, ont révélé des prévalences et incidences élevées de traumatismes crâniens chez les personnes sans domicile fixe, respectivement de 8% (échantillon très sélectif) à 53% (52) et de 37,2% sur 3 ans (76). La prévalence est plus élevée dans la très grande majorité des études que celle retrouvée dans la population générale qui est de 12,1% dans une méta-analyse de 2013(77).

Ces études montrent aussi que les traumatismes crâniens chez les personnes vivant dans des situations précaires sont fortement liés à des comorbidités telles que les pathologies psychiatriques et addictives (76,78,79). Ces comorbidités sont aussi des facteurs de risques de devenir sans domicile fixe. Les traumatismes crâniens sévères peuvent, par ailleurs, entraîner des séquelles cognitives sévères ainsi que des comorbidités psychiatriques. Plusieurs de ces études relèvent qu'un pourcentage élevé de sans domiciles ont subi un traumatisme crânien avant même de devenir sans domicile (78,80,81) et s'interroge sur la relation bidirectionnelle entre ces deux phénomènes et si, parfois, un traumatisme crânien sévère avec séquelles ne pourrait pas favoriser la marginalisation. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux analyser cette problématique.

IV.5 Les pathologies non traumatiques

La proportion de consultations concernant les pathologies rhumatologiques est très faible dans notre échantillon puisque l'on ne retrouve que 43 cas en deux ans soit 0,89% et 1,09% des motifs de consultation respectivement en 2016 et 2017.

IV.5.1 Arthrose

Les cas d'arthrose étaient au nombre de 9. Il s'agit d'une maladie qui a une prévalence élevée, mais qui dépend beaucoup de l'âge. En effet selon l'INSERM, cette maladie du cartilage d'origine multi factorielle, concerne 10 millions de français : seulement 3% des moins de 45 ans, mais 65% des plus de 65 ans et 80% des plus de 80 ans (82). Notre population d'étude étant très jeune (moyenne d'âge de 31,74 ans), cela peut expliquer le très faible nombre de cas. La moyenne d'âge des personnes de notre échantillon consultant pour un problème d'arthrose est bien plus élevée : 61,33 ans.

Dans une étude américaine (71), un nombre important de lumbagos était décrit chez les personnes SDF. Ceci était expliqué possiblement par le fait que nombreuses d'entre elles portent des sacs lourds contenant leurs effets personnels du fait que les centres d'hébergement soient fermés la journée et qu'elles n'ont pas toujours une solution pour stocker leurs affaires.

Par ailleurs, quelques études Outre-Atlantique évoquent la présence d'arthrose chez des personnes SDF vieillissante sans que cela ne soit le sujet principal de l'étude (83,84).

IV.5.2 Pathologies rhumatologiques inflammatoires

Parmi les pathologies rhumatologiques, celles d'origine inflammatoire étaient les plus représentées avec 23 cas.

IV.5.2.1. Les tendinopathies

Les plus fréquentes étaient les tendinopathies. Les tendinites sont des pathologies fréquentes souvent secondaires à des gestes répétitifs et bien décrites chez les sportifs et les travailleurs manuels. En effet les tendinites sont favorisées par une hyper utilisation. Les personnes sans domicile hébergées par le 115 devant partir dans la journée, parfois avec toutes leurs affaires sur elles, peuvent y être exposées.

De même la déshydratation peut favoriser ces pathologies et l'on peut penser que l'accès à l'eau peut être difficile quand on vit dans la rue (85).

Les localisations des tendinopathies (hanche, épaule, coude) sont des localisations qui sont aussi fréquentes dans la population générale (86). D'autres localisations fréquentes ne sont pas décrites dans cette étude comme les tendinopathies patellaires ou calcanéennes. Il est probable qu'elles existent, mais elles n'ont pas été confirmées par le praticien pour plusieurs raisons :

- L'absence de demande de consultation pour évaluer cette problématique
- Cette pathologie peut ne pas être convenablement indiquée par le praticien qui peut la mettre sur le compte de marches intempestives, et de ce fait la banalise.

IV.5.2.2 Les rhumatismes inflammatoires

Les rhumatismes inflammatoires sont des pathologies relativement rares. Les plus fréquents sont, la polyarthrite rhumatoïde et les spondylarthrites avec des prévalences respectives de 0,5 à 1% (87) et de 0,5 à 1,9% (88) dans les pays occidentaux. En France la prévalence de ces maladies est estimée à 0,3% environ pour chacune d'elle (89,90).

Cependant ces données sont anciennes (2001) et les sous estiment probablement. Ils existent de nombreux autres rhumatismes inflammatoires associés à des maladies auto-immunes ou auto-inflammatoires. Ce sont des pathologies pour lesquelles le diagnostic prend souvent un certain temps, nécessitant plusieurs consultations, souvent un avis spécialisé et des examens complémentaires (radiographies, dosages biologiques spécifiques). Pour les personnes sans domicile, pour qui l'accès aux soins est compliqué du fait notamment du nomadisme médical, du manque de temps, de la difficulté de prendre les transports, ces diagnostics sont difficiles. Ceci explique en partie qu'il y ait un certain nombre d'arthrites et de rhumatismes inflammatoires d'étiologie non déterminée dans notre population d'étude (6 cas).

IV.5.2.3 Les arthropathies microcristallines

On notait seulement 7 cas d'arthropathies microcristallines (4 cas de gouttes et 3 de chondrocalcinoses).

En France, en 2013, la prévalence de la goutte était évaluée à 0,9% (91). La goutte peut être associée à une consommation élevée d'alcool (92) ce qui est un facteur de risque chez certains sujets de notre population. Cependant de nombreux autres facteurs interviennent et sont probablement moins présents comme la consommation importante de viande ou de fruits de mer (93).

La prévalence de la chondrocalcinose est mal connue. La majorité des formes sont idiopathiques et la fréquence augmente fortement après 60 ans (94).

IV.5.3 Pathologies rhumatologiques infectieuses

Seuls 2 cas de pathologies infectieuses ostéo articulaires étaient relevés. Il s'agit de pathologies nécessitant un traitement lourd : antibiothérapie prolongée de 6 à 12 semaines avec un suivi clinique et biologique rapproché, et de la rééducation en particulier pour les infections articulaires et les spondylodiscites. Il est possible que

certaines personnes aient été prise en charge plutôt dans d'autres structures comme des centres de rééducation (mais l'absence de couverture et la réticence de ces structures à prendre en charge des personnes SDF peuvent être un frein) ou dans des centres comprenant des LHSS.

En effet un traitement de cette complexité peut difficilement être mené à bien sans un hébergement stable. En 2008, en France, dans une étude nationale réalisée depuis la base nationale médico-administrative du PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes d'Information) la prévalence des personnes hospitalisées pour une infection ostéo articulaire était de 54,6 pour 100 000 habitants (95). Certains facteurs de risques peuvent être présents parmi les individus de notre population comme l'éthylisme chronique, la toxicomanie. Mais des facteurs de risques majeurs sont peu présents tel l'âge et les arthroplasties avec pose de matériel.

IV.5.4 Les personnes SDF et la douleur

Il existe un lien étroit entre les pathologies rhumatologiques et la douleur. En effet, c'est souvent le premier symptôme de ces pathologies même si elles peuvent être associées à d'autres comme la raideur et l'impotence fonctionnelle

Il semble que certaines personnes SDF ressentent moins, ou expriment moins, la douleur physique que le reste de la population. L'alcool peut avoir des effets anesthésiants et aussi entraîner des polyneuropathies diminuant la sensibilité. Cependant cela ne peut masquer toutes les douleurs (39). Il est évoqué dans la littérature que les pathologies psychiatriques, en particulier les troubles psychotiques, altèrent considérablement la sensation de douleur. Cela peut priver ces patients d'un précieux signal d'alarme pour certaines pathologies graves (96).

La vie des personnes SDF est faite de nombreuses souffrances, comme nous l'avons déjà exposé plus tôt, elles sont constamment dans la survie. Ceci modifie sans nul doute le rapport à leur corps. Certains sociologues parlent même de « désinvestissement du

corps » ou « d'exil de soi ». Sûrement que cela n'est pas aussi marqué pour beaucoup de personnes SDF qui essayent malgré tout de prendre soin d'elles-mêmes le mieux qu'elles peuvent, mais cette altération du rapport au corps est probablement présente pour nombre de personnes SDF, qu'elles soient atteintes de troubles psychiatriques ou non (39).

Conclusion

Les résultats de notre étude descriptive sur les pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques des personnes SDF révèlent l'extrême précarité des personnes hébergées dans les deux centres concernés par notre étude.

Le nombre très élevé de blessures causées par des tiers est sûrement très en lien avec des agressions nombreuses ainsi qu'avec des rixes fréquentes, y compris entre eux. Ces phénomènes sont favorisés par de nombreux facteurs :

- L'absence d'un logement où elles pourraient se réfugier
- Les pathologies psychiatriques et addictives
- Le manque cruel de ressources financières
- La compétition pour des besoins essentiels et interdépendants : faire la manche, se nourrir, trouver un lieu où dormir, et cætera...

La proportion de pathologies rhumatologiques était très faible dans notre population.

Tout d'abord notre population est très jeune et certains rhumatismes inflammatoires sont surtout présents au-delà d'un certain âge.

Les besoins essentiels des personnes SDF que nous avons évoqués auparavant sont aussi très chronophages et ne leur laissent que peu de temps pour s'occuper de leur santé.

De plus, ces personnes précaires présentent pour beaucoup une altération de leur rapport au corps et à la douleur.

Les sans-logis se sentent également souvent mal perçus et mal compris notamment par les soignants.

Tous ces éléments constituent de multiples freins à l'accès aux soins et font que la santé devient un problème secondaire.

Il existe un manque patent de données concernant la santé des personnes SDF et en particulier des pathologies traumatiques et rhumatologiques. De nouvelles investigations seraient donc primordiales pour mieux comprendre cette problématique et ses déterminants.

Bibliographie

1. Kitts A. Mendicité, vagabondage et contrôle social du moyen âge au XIXe siècle : état des recherches. Rev Hist Prot Soc. 2008 ; N°1(1):37-56.
2. 8^e édition du dictionnaire de l'académie française. [En ligne]. Disponible sur : <https://academie.atilf.fr/8/consulter/AVEU?options=motExact>. Consulté le 23 août 2019.
3. Damon J. La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards Le tournant récent de l'histoire. Rev. droit sanit. soc, 2007, 43(6) : 933-951.
4. Roinsard N. Histoire de la pauvreté errante. Vie Idées. 2013 [En ligne] ; Disponible sur : <http://www.laviedesidees.fr/L-errance-au-ras-des-siecles.html>. Consulté le 22 août 2019
5. L'appel de l'Abbé Pierre, du 1er février 1954. Fondation Abbé Pierre. [En ligne] Disponible sur : <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/la-fondation-abbe-pierre/la-vie-de-labbe-pierre/appel-abbe-pierre-1er-fevrier-1954>. Consulté le 23 août 2019
6. Damon J. : « Zéro SDF, c'est possible ». Alternatives Economiques. [En ligne] Disponible sur : <https://www.alternatives-economiques.fr/julien-damon-zero-sdf-cest-possible/00082562>. Consulté le 22 août 2019.
7. Définition - Sans-domicile | Insee [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>. Consulté le 2 décembre 2018
8. Brousse C. Définir et compter les sans-abris en Europe : enjeux et controverses. Genèses. 2005;58(1):48.
9. Noblet P. Pourquoi les SDF restent dans la rue. L'aube; 2010. 208 p.
10. INSEE L'enquête sans domicile 2001. 2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2579262> Consulté le 28 mai 2019
11. Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M. INSEE, INED. l'hébergement des sans-domicile en 2012. [En ligne] 02/07/2013 disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2579262> Consulté le 4 janvier 2019
12. Yaouancq F, Duée M. Les sans domiciles en 2012, une grande diversité de situations. INSEE; 2014 [En ligne] . Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>. Consulté le 28 mai 2019
13. de la Rochère B. Les sans domicile ne sont pas coupés de l'emploi. oct 2003;(925).[En ligne] Disponible sur:

<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/354/1/ip925.pdf> . Consulté le 3 septembre 2019

14. Marion J. Perpignan : saturation dans les hébergements de demandeurs d'asile [Internet]. lindependant.fr. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lindependant.fr/2019/06/19/perpignan-saturation-dans-les-hebergements-de-demandeurs-dasile,8266068.php>. Consulté le 7 juillet 2019
15. Sadik G. Accueil des demandeurs d'asile : les onze missions impossibles des plateformes | Combats pour les droits de l'homme (CPDH) [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lacimade.org/accueil-des-demandeurs-dasile-les-onze-missions-impossibles-des-plateformes/>. Consulté le 7 juillet 2019
16. Braud F, Fischer B, Gatelier K. L'hébergement des demandeurs d'asile à l'épreuve d'administrations françaises en crise. Une analyse locale : l'exemple de Grenoble. *Rev Droits L'homme Rev Cent Rech D'études Sur Droits Fondam* [En ligne]. 05/01/2018;(13). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/revdh/3478>. Consulté le 7 juillet 2019
17. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi- Playdoyer et proposition pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen- Rapport à la Ministre de la santé et des sports. nov 2009;233 p.
18. Favereau E, Psychiatrie : une journée d'action contre le manque de moyens. *Libération.fr*. 2019 [En ligne] Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2019/01/21/psychiatrie-une-journee-d-action-contre-le-manque-de-moyens_1704383. Consulté le 20 août 2019.
19. Lopez A, Turan Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. IGAS; 2017.
20. Herman DB, Struening EL, Barrow SM. Self-assessed need for mental health services among homeless adults. *Hosp Community Psychiatry*. déc 1993;44(12):1181-3.
21. Taubes I., Pourquoi nous avons peur de devenir SDF *Psychologies.com*. 2009. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Planete/Vivre-Ensemble/Articles-et-Dossiers/Pourquoi-nous-avons-peur-de-devenir-SDF>. Consulté le 23 août 2019
22. Droit au logement opposable : création et application, *Le logement social. dalo, droit au logement opposable, mixite sociale, contingent prefectoral, - Politiques publiques - repères - vie-publique.fr* 2018 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/logement-social/droit-logement-opposable/>. Consulté le 23 juillet 2019

23. Haut-Commissariat pour le Logement des Personnes Défavorisées. Comment accéder au droit au logement opposable (Dalo)? 2010 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.hclpd.gouv.fr/comment-acceder-au-droit-au-logement-opposable-a33.html> Consulté le 23 juillet 2019
24. Bregeon P. Histoire du réseau des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et de l'hébergement social HAL; 2009 [En ligne]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00390066v2/document> Consulté le 23 juillet 2019
25. Fédération des acteurs de la solidarité - Baromètre 115 de novembre 2017 - L'hiver, toujours plus dur pour les sans-abris [En ligne]. Disponible sur : <https://www.federationsolidarite.org/publications-federation/barometre-115/8428-barom> Consulté le 16 avril 2019
26. Pascall B. 70% de refus de loger les sans-abris en hébergement d'urgence...!!! Club de Mediapart. [En ligne]. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/brigitte-pascall/blog/260713/70-de-refus-de-loger-les-sans-abris-en-hebergement-d-urgence>. Consulté 16 avril 2019.
27. Lescoffit Maud «Les SDF, en allant en centre d'accueil, ont peur de perdre leur place dans la rue» - Libération [Internet]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/societe/2014/12/30/les-sdf-en-allant-en-centre-d-accueil-ont-peur-de-perdre-leur-place-dans-la-rue_1172022. Consulté 16 avril 2019
28. L'histoire du logement d'abord Housing First Europe Hub. [En ligne]. Disponible sur : <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/lapproche-logement-dabord/1-2-lhistoire-du-logement-dabord/>. Consulté le 4 janvier 2019
29. De la Rochère B., La santé des sans domicile usager des services d'aide. INSEE première Avr 2003 (893) [En ligne]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/390/1/ip893.pdf>. Consulté le 18 janvier 2019.
30. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Épidémiologique Hebd. 17 nov 2015;(36-37):662-70.
31. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet Lond Engl. 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
32. Hirsch M., Numéro thématique-Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. Bull Epidémiologique Hebd. 23 janv 2007 ; (2-3) : 9-10.
33. Collectif des Morts dans la rue. Mortalité des personnes sans domicile 2017. L'enquête dénombrer et décrire. 10/18. [En ligne]. Disponible sur: http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_2017_Mis_en_PAGE_a_Imprimer.pdf

34. Observatoire des Inégalité. Les inégalités d'espérance de vie dans le monde se réduisent. 22 mars 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-dans-le-monde-se-reduisent>. Consulté le 20 août 2019
35. Hwang SW. Causes of Death in Homeless Adults in Boston. *Ann Intern Med*. 15 avr 1997;126(8):625.
36. Stanley JL, Jansson AV, Akinyemi AA, Mitchell CS. Characteristics of Violent Deaths Among Homeless People in Maryland, 2003–2011. *Am J Prev Med*. 1 nov 2016;51(5):S260-6.
37. Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. [En ligne]. Wellcome open res. 11 mar 2019 ;49(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6449792/#ref-10> Consulté le 19 juillet 2019
38. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet Lond Engl*. 25 juin 2011;377(9784):2205-14.
39. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(3):5-34.
40. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *Am J Public Health*. août 2010;100(8):1454-61.
41. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The Medical Treatment of Homeless People. *Dtsch Arzteblatt Int*. 6 oct 2017;114(40):673-9.
42. WONCA CISP_fiche-detaillée.pdf [En ligne]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/cgts_sem_cisp_fiche-detaillée.pdf Consulté le 27 août 2019
43. BiostaTGV - Statistiques en ligne [En ligne]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/chideux>
44. Orphanet : Syndrome SAPHO [En ligne].Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=793. Consulté le 4 mai 2019.
45. Salhi BA, White MH, Pitts SR, Wright DW. Homelessness and Emergency Medicine: A Review of the Literature. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mai 2018;25(5):577-93.
46. Marpsat M. Un avantage sous contrainte: Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Popul Fr Ed*. 1999;54(6):885-932.

47. Marcillat A. Femmes sans-abri à Paris—Étude du sans-abrisme au prisme du genre. Cnaf Doss D'études. 2014;170 p.
48. Winetrobe H, Wenzel S, Rhoades H, Henwood B, Rice E, Harris T. Differences in Health and Social Support between Homeless Men and Women Entering Permanent Supportive Housing. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2017;27(3):286-93.
49. Hwang SW, Kirst MJ, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L, et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* sept 2009;86(5):791-803.
50. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France Observatoire du Samu social; 2004]. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/document>. Consulté le 21 janvier 2019
51. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries : Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med* déc 2008 ; 5(12). [En ligne] Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2592351/>. Consulté le 17 avril 2019
52. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health* []. déc 2012 ;12(1). [En ligne]. Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1059>. Consulté le 14 nov 2018
53. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bull. Epidémiologique hebd.* 17 nov 2015 ; (36-37):662-670.
54. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, et al. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* oct 2017;114(40):665-72.
55. Beijer U, Andréasson S. Physical diseases among homeless people: Gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Public Health.* janv 2009;37(1):93-100.
56. Pearson DA, Bruggman AR, Haukoos JS. Out-of-hospital and emergency department utilization by adult homeless patients. *Ann Emerg Med.* déc 2007;50(6):646-52.
57. Brown RT, Steinman MA. Characteristics of Emergency Department Visits by Older Versus Younger Homeless Adults in the United States. *Am J Public Health.* juin 2013;103(6):1046-51.

58. Jetelina KK, Reingle Gonzalez JM, Brown CVR, Foreman ML, Field C. Acute Alcohol Use, History of Homelessness, and Intent of Injury Among a Sample of Adult Emergency Department Patients. *Violence Vict.* 01 2017;32(4):658-70.
59. Hammig B, Jozkowski K, Jones C. Injury-related Visits and Comorbid Conditions Among Homeless Persons Presenting to Emergency Departments. Cunningham RM, éditeur. *Acad Emerg Med.* avr 2014;21(4):449-55.
60. Ministère de l'Intérieur Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>. Consulté le 21 avril 2019.
61. Frencher SK, Benedicto CMB, Kendig TD, Herman D, Barlow B, Pressley JC. A Comparative Analysis of Serious Injury and Illness Among Homeless and Housed Low Income Residents of New York City: *J Trauma Inj Infect Crit Care.* oct 2010;69(Supplement):S191-9.
62. Kramer CB, Gibran NS, Heimbach DM, Rivara FP, Klein MB. Assault and Substance Abuse Characterize Burn Injuries in Homeless Patients: *J Burn Care Res.* mai 2008;29(3):461-7.
63. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, Gissler M, Wahlbeck K, Eriksson JG. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. *J Epidemiol Community Health.* 24 juill 2017;71(9) : 841-848.
64. Slockers MT, Nusselder WJ, Rietjens J, van Beeck EF. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *Eur J Public Health.* 01 2018;28(2):248-52.
65. Kushel MB, Evans JL, Perry S, Robertson MJ, Moss AR. No Door to Lock: Victimization Among Homeless and Marginally Housed Persons. *Arch Intern Med.* 10 nov 2003;163(20):2492.
66. Tyler K, Melander L, Almazan E. Self injurious behavior among homeless young adults: A social stress analysis. *Soc Sci Med.* janv 2010;70(2):269-76.
67. Deaths of homeless people in England and Wales - Office for National Statistics. 20 dec 2018 ; 16 p. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsofhomelesspeopleinenglandandwales/2013to2017>. Consulté le 28 août 2019
68. Lam JA, Rosenheck R. The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* mai 1998;49(5):678-83.

69. Christ C, Ten Have M, de Graaf R, van Schaik DJF, Kikkert MJ, Dekker JJM, et al. Mental disorders and the risk of adult violent and psychological victimisation: a prospective, population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 17 janv 2019;1-10.
70. ANAES, Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 2000.
71. Mackelprang JL, Graves JM, Rivara FP. Homeless in America: injuries treated in US emergency departments, 2007–2011. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 3 juill 2014;21(3):289-97.
72. Kay HF, Sathiyakumar V, Archer KR, Mathis SL, Apfeld JC, Lee YM, et al. The Homeless Orthopaedic Trauma Patient: Follow-up, Emergency Room Usage, and Complications. *J Orthop Trauma.* juin 2014;28(6):e128-32.
73. Zuccaro L, Champion C, Bennett S, Ying Y. Understanding the surgical care needs and use of outpatient surgical care services among homeless patients at the Ottawa Hospital. *Can J Surg J Can Chir.* 01 2018;61(6):424-9.
74. Kiwanuka H, Maan Z, Rochlin D, Curtin C, Karanas Y, Sheckter CC. Homelessness and Inpatient Burn Outcomes in the United States. *J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc.* 2019 aug 14;40(5) :633-638.
75. Kowal-Vern A, Latenser BA. Demographics of the Homeless in an Urban Burn Unit: *J Burn Care Res.* janv 2007;28(1):105-10.
76. Nikoo M, Gadermann A, To MJ, Krausz M, Hwang SW, Palepu A. Incidence and Associated Risk Factors of Traumatic Brain Injury in a Cohort of Homeless and Vulnerably Housed Adults in 3 Canadian Cities: *J Head Trauma Rehabil.* 2017;32(4):E19-26.
77. Frost RB, Farrer TJ, Primosch M, Hedges DW. Prevalence of Traumatic Brain Injury in the General Adult Population: A Meta-Analysis. *Neuroepidemiology.* 2013;40(3):154-9.
78. Hwang SW, Colantonio A, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L, et al. The effect of traumatic brain injury on the health of homeless people. *Can Med Assoc J.* 16 sept 2008;179(8):779-84.
79. Svoboda T, Ramsay JT. High rates of head injury among homeless and low-income housed men: a retrospective cohort study. *Emerg Med J.* juill 2014;31(7):571-5.
80. Oddy M, Moir JF, Fortescue D, Chadwick S. The prevalence of traumatic brain injury in the homeless community in a UK city. *Brain Inj.* août 2012;26(9):1058-64.
81. Mackelprang JL, Harpin SB, Grubenhoff JA, Rivara FP. Adverse Outcomes Among Homeless Adolescents and Young Adults Who Report a History of Traumatic Brain Injury. *Am J Public Health.* oct 2014;104(10):1986-92.

82. Inserm - La science pour la santé. Arthrose [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/arthrose>. Consulté le 14 mai 2019.
83. Landefeld JC, Miaskowski C, Tieu L, Ponath C, Lee CT, Guzman D, et al. Characteristics and Factors Associated With Pain in Older Homeless Individuals: Results From the Health Outcomes in People Experiencing Homelessness in Older Middle Age (HOPE HOME) Study. *J Pain*. sept 2017;18(9):1036-45.
84. Folsom DP, McCahill M, Bartels SJ, Lindamer LA, Ganiats TG, Jeste DV. Medical Comorbidity and Receipt of Medical Care by Older Homeless People With Schizophrenia or Depression. *Psychiatr Serv*. 1 nov 2002;53(11):1456-60.
85. Kaux J-F, Crielaard J-M. Tendon et tendinopathie. *J Traumatol Sport*. 1 déc 2014;31(4):235-40.
86. Sancerne A, Kaux JF. Revue épidémiologique des tendinopathies les plus fréquentes. *J Traumatol Sport*. 1 déc 2015;32(4):223-8.
87. Minichiello É, Semerano L, Boissier M-C. Évolution dans le temps de la polyarthrite rhumatoïde : incidence, prévalence, gravité. *Revue systématique de la littérature*. [En ligne]. 7 janvier 2017 Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1100749>. Consulté le 23 mai 2019
88. HAS-spondylarthrites-diagnostic-argumentaire.pdf [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/spondylarthrites_-_diagnostic_-_argumentaire.pdf. Consulté le 23 mai 2019.
89. Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux C, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. oct 2005;64(10):1431-5.
90. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. oct 2005;64(10):1427-30.
91. Bardin T, Bouée S, Clerson P, Chalès G, Flipo R-M, Lioté F, et al. Prevalence of Gout in the Adult Population of France. *Arthritis Care Res*. 2016;68(2):261-6.
92. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. *Lancet Lond Engl*. 17 avr 2004;363(9417):1277-81.
93. Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men. *N Engl J Med*. 11 mars 2004;350(11):1093-103.
94. Richette P, Bardin T. Chondrocalcinose. *Presse Médicale*. 1 sept 2011;40(9, Part 1):856-64.

95. Grammatico-Guillon L, Rosset P, Rusch E, Bernard L. Surveillance hospitalière des infections ostéo-articulaires en France : analyse des données médico-administratives, PMSI 2008:6 p.
96. Saravane D. Douleur en psychiatrie. Ann Med Psychol. mai 2015;173(4):356-63.

Annexe

Pathologie	Nombre 2013	Nombre 2014	Nombre 2015	Nombre 2016	Nombre 2017
A : Générale	122	108	103	105	97
B : Sang, organes hématopoïétiques	15	35	42	44	56
D : Appareil digestif	59	63	77	79	106
F : Œil	73	54	51	63	55
H : Oreille	38	59	62	58	69
K : Circulation	73	81	88	92	103
L : Ostéoarticulaires	105	119	132	145	156
N : Neurologie	81	98	83	80	82
P : Psychologie	352	377	331	376	383
R : Respiratoire	196	211	229	245	269
S : Cutané	126	154	163	182	199
T : Endocrinologie métabolique	69	55	52	24	61
U : Urologie	91	43	42	42	32
W : Grossesse, accouchement	1	0	0	0	0
X : Appareil génital féminin	16	12	9	8	4
Y : Appareil génital masculin	13	18	15	17	22
Z : Social	438	469	453	570	512
TOTAL	1868	1956	2012	2130	2206

Tableau 1 : Répartition des motifs de consultation dans les centres d'hébergements de 2013 à 2017

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction :

La littérature a montré que les personnes sans domicile fixe ont un état de santé précaire et des difficultés d'accès aux soins. Malgré cela il existe un manque important de données scientifiques les concernant et en particulier au sujet des pathologies ostéoarticulaires traumatiques et rhumatologiques. L'objectif principal de cette étude est donc de réaliser une étude descriptive de ce sujet. Un objectif secondaire est de rechercher d'éventuels facteurs associés selon l'origine des traumatismes.

Méthodologie :

Recueil des diagnostics et facteurs socio démographiques et comorbidités lors de consultations de soins primaires dans deux centres d'hébergement de personnes sans domicile fixe dans les Pyrénées orientales du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017.

Résultats :

301 cas de pathologies ostéoarticulaires ont été recueillis. Concernant les pathologies traumatiques, il existait une proportion élevée de blessures causées par un tiers (66,67%). Les pathologies rhumatologiques étaient particulièrement rares (43 cas).

Conclusion :

Les nombreuses blessures subies par les personnes SDF et la proportion de celles causées par un tiers soulignent leur grande vulnérabilité. Ces individus luttent au quotidien pour leur survie, n'ont pas toujours un lieu pour se protéger. La compétitivité entre eux entraînent souvent des rixes. La faible représentation des pathologies rhumatologiques rappelle les difficultés d'accès aux soins des personnes SDF et le fait que les multiples contraintes auxquelles elles sont soumises et les difficultés sociales qu'elles rencontrent font souvent passer la santé pour un besoin secondaire.

Mots clefs : Sans domicile fixe, sans abris, pathologies ostéoarticulaires, blessures, agressions, pathologies rhumatologiques, précarité, accès aux soins