



HAL
open science

Dépistage des violences subies par les personnes sans domicile fixe hébergées au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) et les personnes sans domicile fixe accueillies à la Maison dans la rue

Fayçal Benkirane

► **To cite this version:**

Fayçal Benkirane. Dépistage des violences subies par les personnes sans domicile fixe hébergées au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) et les personnes sans domicile fixe accueillies à la Maison dans la rue. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04651837

HAL Id: dumas-04651837

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04651837v1>

Submitted on 17 Jul 2024

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.

THÈSE
pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

À l'Université Paris Cité – Campus Bichat

Présentée et soutenue publiquement le 16 Novembre 2023

Fayçal BENKIRANE
Né le 31 octobre 1993 à Reims

Titre : DEPISTAGE DES VIOLENCES SUBIES PAR LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE HEBERGEES AU CENTRE D'HEBERGEMENT ET D'ASSISTANCE AUX PERSONNES SANS-ABRI (CHAPSA) ET LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ACCUEILLIES A LA MAISON DANS LA RUE.

Directrice de thèse : Dr. Valérie THOMAS

Président de jury : Pr. Luigi TITOMANLIO

Autres membres du jury :

- **Dr. Sohela MOUSSAOUI**
- **Dr. Pierre-Henri DACULSI**

Liste des PU PH - ARRETE OCTOBRE 2022

Nom	Prénom	Hôpital	Discipline
ACAR	Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	Hafid	Saint Antoine	Médecine intensive et réanimation
ALAMOWITCH	Sonia	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ALLENBACH	Yves	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
AMARENCO	Gérard	Tenon	Médecine physique et réadaptation
AMOURA	Zahir	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
AMSELEM	Serge	Armand- Trousseau	Génétique médicale
ANDRE	Thierry	Saint Antoine	Cancérologie - Radiothérapie
ANDREELLI	Fabrizio	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
APARTIS	Emmanuelle	Saint Antoine	Physiologie
ARNULF	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ARON WISNIEWSKY	Judith	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
ARRIVE	Lionel	Saint Antoine	Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD	Jalal	Tenon	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	Pascal	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie
ATLAN	Michaël	Tenon	Chirurgie plastique reconstructrice
AUBART COHEN	Fleur	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
AUBRY	Alexandra	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie-Hygiène
AUDO	Isabelle	15/20	Ophtalmologie
AUDRY	Georges	Armand- Trousseau	Chirurgie infantile
BACHELOT	Anne	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BACHET	Jean Baptiste	Pitié-Salpêtrière	Gastro enterologie - Hépatologie
BAGNIS	Corinne	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
BALLADUR	Pierre	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD	Annick	Tenon	Dermatologie
BARROU	Benoit	Pitié-Salpêtrière	Urologie
BAUJAT	Bertrand	Tenon	ORL
BAYEN	Eléonore	Pitié-Salpêtrière	Médecine physique et réadaptation
BAZOT	Marc	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE	Laurent	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
BELMIN	Joël	Charle Foix	Médecine interne - Gériatrie
BENDIFALLAH	Sofiane	Tenon	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
BENVENISTE	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
BERENBAUM	Francis	Saint Antoine	Rhumatologie
BERTOLUS	Chloé	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	Franck	Saint Antoine	Anatomie pathologique
BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Armand- Trousseau	Pédiatrie
BLONDIAUX	Eléonore	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	Franck	Saint Antoine	Cardiologie
BODAGHI	Bahram	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
BODDAERT	Jacques	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
BOELLE	Pierre Yves	Saint Antoine	Biostatistiques, informatique médicale

BOFFA	J-Jacques	Tenon	Néphrologie
BONNET	Marie-Pierre	Armand- Trousseau	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
BORDERIE	Vincent	15/20	Ophtalmologie
BOUHERAOUA	Nacim	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
BRICE	Alexis	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
BROCHERIOU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
BRUNETEAU	Gaëlle	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
BUOB	David	Tenon	Anatomie pathologique
CACOUB	Patrice	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
CADRANEL	Jacques	Tenon	Pneumologie
CALVEZ	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie-Hygiène
CAMUS DUBOC	Marine	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
CANLORBE	Geoffroy	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
CARBAJAL	Diomedes	Armand- Trousseau	Pédiatrie
CARPENTIER	Alexandre	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
CARRAT	Fabrice	Saint Antoine	Biostatistiques, informatique médicale
CARRIE	Alain	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	Martin	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
CAUMES	Eric	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
CHABBERT BUFFET	Nathalie	Tenon	Endocrinologie
CHARRON	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
CHARTIER KASTLER	Emmanuel	Pitié-Salpêtrière	Urologie
CHAZOULLERES	Olivier	Saint Antoine	
CHICHE	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Saint Antoine	Endocrinologie
CLARENCON	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH	Karine	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
CLUZEL	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Radiologie cardiovasculaire et interventionnelle
COHEN	David	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie
COHEN	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
COHEN	Aron	Saint Antoine	Cardiologie
COLLET	J- Philippe	Pitié-Salpêtrière	Oncologie médicale
COMBES	Alain	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation
CONSTANT	Isabelle	Armand- Trousseau	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
CONSTANTIN	Jean-Michel	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
CONTI-MOLLO	Filomena	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
COPPO	Paul	Saint Antoine	Hématologie clinique
CORVOL	Henriette	Armand- Trousseau	Pédiatrie
CORVOL	Jean Christophe	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
COULOMB	Aurore	Armand- Trousseau	Anatomie pathologique
DARAI	Emile	Tenon	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
DAVI	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
DECHARTRES	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie
DEGOS	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
DELHOMMEAU	François	Saint Antoine	Hématologie biologique
DEMOULE	Alexandre	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation

DOMMERMUES	Marc	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
DORMONT	Didier	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
DRAY	Xavier	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
DUBERN	Béatrice	Armand- Trousseau	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	Hubert	Armand- Trousseau	Radiologie et imagerie médicale
DUPONT DUFRESNE	Sophie	Pitié-Salpêtrière	Anatomie/ SSR
DURR	Alexandra	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
DUSSAULE	Jean-Claude	Saint Antoine	Physiologie
DUVAL	Alex	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
ELALAMY	Moulay	Tenon	Hématologie immunologie
FAIN	Olivier	Saint Antoine	Médecine interne - Gériatrie
FARTOUKH	Muriel	Tenon	Médecine intensive-réanimation/ Pneumologie
FAUTREL	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
FERRERI	Florian	Saint Antoine	Psychiatrie
FEVE	Bruno	Saint Antoine	Endocrinologie
FITOUSSI	Frank	Armand- Trousseau	Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE	Emmanuel	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
FOIX L'HELIAS	Laurence	Armand- Trousseau	Pédiatrie
FONTAINE	Bertrand	<i>Pitié-Salpêtrière</i>	Neurologie
FOSSATI	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie
FRANCOIS-PRADIER	Hélène	Tenon	Néphrologie
FRERE	Corinne	Pitié-Salpêtrière	Biologie médicale
FREUND	Yonathan	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
FUNCK-BRENTANO	Christian	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique
GALANAUD	Damien	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
GANDJBAKHCH	Estelle	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
GAUJOUX	Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	Tenon	Médecine interne - Gériatrie
GIRERD	Xavier	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique / endocrinologie
GLIGOROV	Joseph	Tenon	Cancérologie - Radiothérapie
GONZALEZ	Jésus	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
GOROCHOV	Guy	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
GOSSEC	Laure	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
GRABLI	David	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
GRIMPREL	Emmanuel	Armand- Trousseau	Pédiatrie
GUIDET	Bertrand	Saint Antoine	Médecine intensive et réanimation
HAMMOUDI	Nadjib	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HAROCHÉ	Julien	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
HARTEMANN	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
HATEM	Stéphane	Pitié-Salpêtrière	Physiologie/Cardio
HAUSFATER	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
HAYMANN	Jean Philippe	Tenon	Physiologie
HELFT	Gérard	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HENNEQUIN	Christophe	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie
HOANG XUAN	Khê	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
HOUSSET	Chantal	Saint Antoine	Biologie cellulaire

HUGUET	Florence	Tenon	Cancérologie - Radiothérapie
IDBAIH	Ahmed	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
IRTAN	Sabine	Armand- Trousseau	Chirurgie infantile
ISNARD	Richard	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
JOUANNIC	Jean Marie	Armand- Trousseau	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
KALAMARIDES	Michel	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KARACHI	Carine	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KAS	Aurélié	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
KATLAMA	Christine	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
KAYEM	Gilles	Armand- Trousseau	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
KLATZMANN	David	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
LACOMBE	Karine	Saint Antoine	Maladies infectieuses
LACORTE	Jean Marc	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
LAMAS	Georges	Pitié-Salpêtrière	ORL
LANDMAN-PARKER	Judith	Armand- Trousseau	Pédiatrie
LAPILLONNE	Hélène	Armand- Trousseau	Hématologie biologique
LAVENEZIANA	Pierantonio	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAZENNEC	Jean Yves	Pitié-Salpêtrière	Anatomie/Chirurgie orthopédique
LE FEUVRE	Claude	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
LE GUERN	Eric	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
LEBRETON	Guillaume	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie cardiaque et thoracique
LEENHARDT	Laurence	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie / médecine nucléaire
LEFEVRE	Jérémie	Saint Antoine	<i>Chirurgie viscérale et digestive</i>
LEGER	Pierre Louis	Armand- Trousseau	<i>Pédiatrie</i>
LEGRAND	Ollivier	Saint Antoine	Hématologie clinique
LEHERICY	Stéphane	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LEMOINE	François	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
LEPRINCE	Pascal	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	Emmanuel	Tenon	Physiologie
LEVERGER	Guy	Armand- Trousseau	Pédiatrie
LEVY	Rachel	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LEVY	Richard	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LORROT	Mathie	Armand- Trousseau	Pédiatrie
LOTZ	Jean-Pierre	Tenon	Cancérologie - Radiothérapie
LUBETZKI	Catherine	<i>Pitié-Salpêtrière</i>	Neurologie
LUCIDARME	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY	Charlotte	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	Edouard	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation
MAINGON	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie - Radiothérapie
MALARD	Florent	Saint Antoine	Hématologie
MANESSE-CONSOLI	Angèle	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
MARCELIN	Anne Geneviève	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie-Hygiène
MARIN	Benoît	Armand- Trousseau	Santé Publique
MARTEAU	Philippe	Tenon	Gastro enterologie - Hépatologie
MAURY	Eric	Saint Antoine	Médecine intensive et réanimation

MEKINIAN	Arsène	Saint Antoine	Médecine interne - Gériatrie
MENEGAUX	Fabrice	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD	Laurent	Tenon	Neurologie
MILLET	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes
MIYARA	Makoto	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne
MOCHEL	Fanny	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
MOHTY	Mohamad	Saint Antoine	Hématologie clinique
MONSEL	Antoine	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
MONTALESCOT	Gilles	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
MONTRAVERS	Françoise	Tenon	Biophysique et médecine nucléaire
MORAND	Laurence	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
MORELOT PANZINI	Capucine	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
MOZER	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Urologie
NACCACHE	Lionel	Pitié-Salpêtrière	Physiologie/Neurologie
NATHAN MOULIN	Nadia	Armand- Trousseau	Pédiatrie
NAVARRO	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
NETCHINE	Irène	Armand- Trousseau	Physiologie
NGUYEN	Yann	Pitié-Salpêtrière	ORL
NGUYEN KHAC	Florence	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	Stéphanie	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
NIZARD	Jacky	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
OPPERT	Jean Michel	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
PÂQUES	Michel	15/20	Ophtalmologie
PARC	Yann	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PATERON	Dominique	Saint Antoine	Médecine d'urgence
PAUTAS	Eric	Charle Foix	Médecine interne - Gériatrie
PAYE	François	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	Charles-Siegrid	Saint Antoine	Psychiatrie
PETIT	Arnaud	Armand- Trousseau	Pédiatrie
PHE	Véronique	Pitié-Salpêtrière	Urologie
PIALOUX	Gilles	Tenon	Maladies infectieuses
PIARROUX	Renaud	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie
POIROT	Catherine	Saint Louis	Histologie embryo et cytogénétique
POITOU BERNERT	Christine	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
POURCHER	Valérie	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
PUYBASSET	Louis	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
QUESNEL	Christophe	Tenon	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
RATIU	Vlad	Pitié-Salpêtrière	Gastro enterologie - Hépatologie
RAUX	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
REDHEUIL	Alban	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	Raphaële	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
ROBAIN	Gilberte	RTH	Médecine physique et réadaptation
ROBERT	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie-Hygiène
RODRIGUEZ	Diana	Armand- Trousseau	Pédiatrie

ROSMORDUC	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Gastro enterologie - Hépatologie
ROSSO	Charlotte	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROTGE	Jean-Yves	Tenon	Psychiatrie
ROUPRET	Morgan	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SAADOUN	David	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
SALEM	Joe Elie	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie médicale
SANSON	Marc	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
SARI ALI	El Hadi	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SAUTET	Alain	Saint Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCATTON	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation
SCHOUMAN	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN	Danielle	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique / neurologie
SESIK	Philippe	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
SELLAM	Jérémie	Saint Antoine	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Tenon	Biostatistiques, informatique médicale
SIFFROI	Jean-Pierre	Armand- Trousseau	Histologie embryo et cytogénétique
SILVAIN	Johanne	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
SIMILOWSKI	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
SIMON	Tabassome	Saint Antoine	Pharmacologie biologique
SOKOL	Harry	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
SORIA	Angèle	Tenon	Dermatologie
SPANO	J-Philippe	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie - Radiothérapie
STANKOFF	Bruno	Saint Antoine	Neurologie
STEICHEN	Olivier	Tenon	Médecine interne - Gériatrie
STRAUS	Christian	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
SVRECK	Magali	Saint Antoine	Anatomie pathologique
TANKERE	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	ORL
THABUT	Dominique	Pitié-Salpêtrière	Gastro enterologie - Hépatologie
THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
THOUMIE	Philippe	RTH	Médecine physique et réadaptation
TOUBOUL	Cyril	Tenon	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
TOUITOU	Valérie	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
TOUNIAN	Patrick	Armand- Trousseau	Pédiatrie
TOURAINÉ	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
TOURRET-ARNAUD	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
TRAXER	Olivier	Tenon	Urologie
TUBACH	Florence	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie
ULINSKI	Tim	Armand- Trousseau	Pédiatrie
UZAN	Catherine	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
VAILLANT	J-Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
VERNY	Marc	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie
VEZIRIS	Nicolas	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
VIALLE	Raphaël	Armand- Trousseau	Chirurgie infantile
VIDAILHET	Marie-José	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VIGOUROUX	Corinne	Saint Antoine	Biologie cellulaire

WAGNER	Mathilde	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique / Neurologie
WENDUM	Dominique	Saint Antoine	Anatomie pathologique
YORDANOV	Youri	Saint Antoine	Médecine d'urgence

Liste des MCU PH - ARRETE OCTOBRE 2022

Nom	Prénom	Hôpital	Discipline
ALLAIRE	Manon	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie - Hépatologie
AMOUYAL GALAND	Chloé	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie, diabète et métabolisme
BACHY	Manon	Armand- Trousseau	Chirurgie orthopédique et traumatologie
BARRAL	Matthias	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BASSEZ	Guillaume	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
BELLANNE CHANTELOT	Christine	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
BELLOCQ	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
BENOLIEL	Jean Jacques	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
BENUSIGLIO	Patrick	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
BODINI	Benedetta	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
BOISSAN	Mathieu	Saint Antoine	Biologie cellulaire
BOUGLE	Adrien	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
BOURRON	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BOUTOLLEAU	David	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie-Hygiène
BRIOUDE	Frédéric	Armand- Trousseau	Physiologie
BRISOT	Eolia	Saint Antoine	Hématologie - Option maladie du sang
BUFFET	Camille	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie et métabolisme
CAMBON	Adeline	Saint Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologie
CERVERA	Pascale	Saint Antoine	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPIRO	Elise	Pitié-Salpêtrière	Biologie médicale - Hématologie biologique
CHARLOTTE	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
CHASSET	François	Tenon	Dermatologie
CHOLLAT	Clément	Armand- Trousseau	Pédiatrie
COHEN	Romain	Saint Antoine	Cancérologie - Radiothérapie
COULET	Florence	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
COURTIES	Alice	Saint Antoine	Rhumatologie
COUVERT	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
CRISTOFARI	Sarra	Tenon	Chirurgie plastique reconstructrice
DANZIGER	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
DAVAINE	Jean Michel	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire
DECAVELE	Maxens	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation
DECRE	Dominique	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
DELORME	Pierre	Armand- Trousseau	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
DEMONDION	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
DENIS	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
DHOMBRES	Ferdinand	Armand- Trousseau	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
DOIZI	Steeve	Tenon	Urologie
DRES	Martin	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive et réanimation
DROUIN	Sarah	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie générale - Urologie
DUPONT	Charlotte	Tenon	Biologie de la reproduction
ECKERT	Catherine	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
EGUETHER	Thibaut	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
EL KHATTABI	Laïla	Armand- Trousseau	Génétique médicale

FAJAC-CALVET	Anne	Tenon	Pneumologie - Anatomie et cytologie pathologiques
FEKKAR	Arnaud	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
FOY	Jean-Philippe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALICHON	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
GALLO	Antonio	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie et métabolisme
GARDERET	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
GARNIER	Marc	Saint Antoine	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
GAURA SCHMIDT	Véronique	Saint Antoine	Médecine nucléaire
GAY	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
GAYMARD	Bertrand	Pitié-Salpêtrière	Neurophysiologie
GENSER	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GEROTZIAFAS	Grigoris	Tenon	Hématologie
GIABICANI	Eloïse	Armand- Trousseau	Physiologie-Explorations fonctionnelles pédiatriques
GIURGEA	Irina	Armand- Trousseau	Génétique médicale
GOUMARD	Claire	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GOZLAN	Joël	Saint Antoine	Virologie - Biologie médicale
GRABAR	Sophie	Saint Antoine	Santé publique - Biostatistiques et informatique médicale
GUEDJ	Romain	Armand- Trousseau	Pédiatrie
GUIHOT	Amélie	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
GUILBAUD	Lucie	Armand- Trousseau	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale
GUITARD	Juliette	Saint Antoine	Parasitologie
HABERT	Marie Odile	Pitié-Salpêtrière	Médecine nucléaire
HAJAGE	Damien David	Pitié-Salpêtrière	Santé Publique et médecine sociale
HERITIER	Sébastien	Armand- Trousseau	Pédiatrie
HIRSCH	Pierre	Saint Antoine	Hématologie biologique
JARY	Aude	Pitié-Salpêtrière	Virologie
JERU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Génétique médicale
JOFFRE	Jérémie	Saint Antoine	Médecine intensive et réanimation
KIRCHGESNER	Julien	Saint Antoine	Gastro enterologie - Hépatologie
LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	Charle Foix	Médecine interne - Gériatrie
LAHLOU	Ghizlène	Pitié-Salpêtrière	ORL
LAMAZIERE	Antonin	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
LAMBERT-NICLOT	Sidonie	Saint Antoine	Virologie
LAMBRECQ	Virginie	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LAPIDUS	Nathanael	Saint Antoine	Biostatistiques, informatique médicale
LAURENT-LEVINSON	Claudine	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie
LE BIHAN Mme	Johanne	Pitié-Salpêtrière	Biochimie endocrinienne et oncologie
LEMOINNE	Sara	Saint Antoine	Gastro entérologie - Hépatologie
LOUAPRE	Céline	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LUQUE	Yosu	Tenon	Néphrologie
MAKSUD	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
MARIANI	Louise-Laure	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
MATHON	Bertrand	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie

MORENO-SABATER	Alicia	Tenon	Dermatologie
NABET	Cécile	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie
PATOUT	Maxime	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
PEYRE	Matthieu	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
PHILIPPON	Anne-Laure	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
PLU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Santé Publique -Neurophatologie
RAMBAUD	Jérôme	Armand- Trousseau	Pédiatrie
RENAUD	Florence	Pitié-Salpêtrière	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIN DEL CAMPO	Eléonor	Tenon	Oncologie option radiothérapie
ROHAUT	Benjamin	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROOS WEIL	Damien	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
ROSENZWAJG	Michelle	Pitié-Salpêtrière	Biologie médicale - Biothérapies
SCHNURIGER	Aurélié	Armand- Trousseau	Virologie- Bactériologie-Hygiène
SEISEN	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SOUSSAN	Patrick	Tenon	Bactériologie-Virologie-Hygiène
STERLIN	Delphine	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
SURGERS	Laure	Saint Antoine	Maladies infectieuses - Maladies tropicales
TANKOVIC	Jacques	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Pitié-Salpêtrière	Santé Publique
THELLIER	Marc	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
TOUAT	Madhi	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
TOUHAMI	Sarah	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
VALLET	Hélène	Saint Antoine	Gériatrie
VATIER	Camille	Saint Antoine	Endocrinologie
VERDONK	Franck	Saint Antoine	Anesthésiologie - Réanimation et médicale
VILLAIN	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	ORL
VIMONT BILLARANT	Sophie	Saint Antoine	Bactériologie-Virologie-Hygiène
VOIRIOT	Guillaume	Tenon	Médecine intensive et réanimation
VORON	Thibault	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
VULSER	Hélène	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie
WORBE	Youlia	Saint Antoine	Neurologie
ZEITOUNI	Michel	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie et maladies vasculaires
ZERAH	Lorène	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne - Gériatrie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Luigi TITOMANLIO,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Le stage que j'ai effectué au sein du service d'accueil des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré a tenu une place importante dans mon cursus. Ta gentillesse et ta bienveillance ainsi que celle de tous les membres de ton équipe m'ont permis d'apprendre la pédiatrie dans les meilleures conditions. Sans oublier que tu prépares les meilleures pizzas pour tes équipes, ce qui fait automatiquement de toi, le meilleur chef de service de toute l'AP-HP.

À ma directrice de thèse, Madame la Docteur Valérie THOMAS,

Merci de ton soutien et de ta patience, je me réjouis d'avoir répondu à cette proposition d'étude et j'espère te faire honneur avec ce travail. J'ai hâte de continuer cette aventure professionnelle et amicale avec toi.

À Madame la Docteur Sohela MOUSSAOUI,

Je te remercie de faire partie de mon jury et de l'intérêt que tu as porté à mon travail de recherche. Je te remercie également pour ton travail au département de médecine générale de la faculté, merci à toi d'avoir été une tutrice aussi bienveillante et disponible.

À Monsieur le Docteur Pierre-Henri DACULSI,

Je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de travail. Je te remercie également de ton aide pour ce travail, pour ton aide à la conception du questionnaire, de m'avoir permis d'assister à ta consultation spécialisée et d'avoir effectué un travail de relecture de mon manuscrit.

À Madame la Docteur Lison RAMBLIERE,

Je vous remercie de m'avoir apporté votre aide et votre expertise en dernière minute, merci pour vos conseils et votre travail de relecture.

Merci au personnel de la Maison dans la Rue, **M. Pascal JOSSELIN, M. Yazid HAMZAOUI** et le reste de l'équipe qui m'ont accueilli dans leur centre, ont permis un cadre exceptionnel pour les consultations et m'ont aidé pour le recrutement des participants.

Merci au **personnel soignant du CHAPSA de Nanterre**, pour leur accueil et leur aide.

Merci également **aux personnes qui ont accepté de participer à cette enquête**, en espérant que ce travail soit le battement d'aile qui permettra un jour un travail de fond et une prise des consciences sur la situation.

Au **Dr. Dominique TIRMARCHE**, merci de m'avoir permis de travailler à la Maison dans la Rue et de m'avoir accueilli et formé à la médecine générale au cours de mon stage de SASPAS. Merci de m'avoir transmis vos connaissances avec bienveillance et de m'avoir aidé à progresser.

Au **Dr. Christian HUET**, merci pour ton investissement dans la formation des internes, tu as su nous montrer ce qu'est la vraie médecine générale mais surtout tu as su nous rappeler que la vie ne se résume pas au travail ou à la médecine.

A tous, merci, je me sens chanceux de vous avoir rencontré et fier d'avoir pu travailler avec vous.

À mes parents,

Je vous dois tout. Vous êtes des exemples pour vos enfants.

À ma mère, merci d'avoir toujours été présente pour nous. Merci d'avoir mis de côté tant de chose pour tes enfants, d'avoir été disponible en toutes circonstances, de nous avoir accompagner dans notre évolution et de nous avoir supporter dans nos bêtises. Merci pour tout ce que tu nous as appris sur la vie.

À mon père, merci de nous avoir toujours accordé tout ce dont nous avons besoin pour avancer. Merci de tes conseils et de nous partager tes expériences, encore aujourd'hui, merci de nous aider et de continuer à nous guider dans la vie.

À mes frères,

Je vous aime et vous souhaite le bonheur. Je souhaite que nous puissions continuer à progresser ensemble et à nous encourager mutuellement dans nos parcours respectifs.

À Océane,

Merci d'être là au quotidien, merci pour ton amour, j'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve. J'ai hâte de continuer de voyager, à grandir et à m'épanouir à tes côtés. Merci pour ton soutien indéfectible, ta présence, tes conseils et ton aide qui m'ont été essentiels pour la réalisation de ce travail.

À la famille Point et Richard,

Pascale et Thierry, Pierre-Michel, Romain et Inès, Nathalie, Cécile, William, et tous les autres, je vous remercie de votre accueil dans votre grande famille et de votre amitié.

À Louis,

Des bancs de la fac, à aujourd'hui, en passant par nos meilleurs buffets à volonté, par la danse de la chaleur, les hommes du nord, les soirées call of, les projets culinaires dégueu (je ne suis pas sûr de vouloir frire un durum), les soirées mémorables et les soirées ratées, les révisions, mes squats chez toi, nos périodes de révision de dernière minute, les vacances à Yeu ou au Japon, merci d'avoir été là, je suis fier qu'on soit potes !

À Eléonore, je ne sais pas qui vous êtes.

À Baboule et Max, Pac et Carette, le vieux B, la vieille Suz et aux SMB

Merci d'être là et de supporter mes bêtises, je vous aime les copains !

À Ophélie,

Merci pour tous les moments d'amitiés depuis la P1, les soirées d'inté, la cafét, l'externat, toutes les soirées révisions passées, les soirées pizzas et les ravitaillements de minuit de tes parents.

À Amélie et Théotime,

Je tiens simplement à vous dire un grand merci pour votre amitié et j'ai hâte d'assister à la thèse du Dr. Mallet au plus vite !

À Victor et Élixa,

Merci pour notre amitié si ancienne qu'elle aurait l'âge de boire un verre avec nous, on s'est vu grandir et on se suit toujours.

À Adrien et Paul,

Merci pour votre amitié et tous les moments passés ensemble !

À Thomas,

Entre nos ceintures noires et nos thèses, Supernant serait fier de nous ! Et Alban également !

À l'équipe du lundi et mardi soir des UMP, merci pour votre accueil dans ce groupe, vous rendez le travail bien plus agréable !

À mes co-internes et l'équipe des chefs de Robert Debré,

À tous mes amis,

À Toshi, et aussi à Bichat,

Merci d'être dans ma vie et d'y rester, merci pour la joie et le bonheur que vous m'apportez tous, je vous aime.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	22
AVANT-PROPOS.....	23
I. INTRODUCTION	26
II. OBJECTIFS :.....	27
A. CONSTAT	27
B. OBJET DU TRAVAIL	27
C. PROBLEMATIQUES.....	27
D. HYPOTHESES	28
III. CONTEXTE GENERAL	29
A. LA POPULATION DE SANS DOMICILE FIXE	29
1. <i>Historique : Du vagabond au Sans Domicile Fixe</i>	29
2. <i>La population de personnes sans domicile fixe et son évolution</i>	30
a) Le genre : Un facteur de risque ?	31
b) L'âge : Quelles tranches d'âge sont les plus présentes ?	32
(1) Les enfants.....	32
(2) Les adultes.....	33
c) L'évolution des origines des personnes en situation de rue : la part croissante des personnes migrantes	34
d) Situation administrative et couverture maladie	35
e) Niveau de scolarité et situation professionnelle	36
f) Situation maritale.....	37
g) Orientation sexuelle	37
h) Conduites addictives	38
B. LE DEPISTAGE DES VIOLENCES	39
1. <i>Les différents types de violences</i>	40
a) Violences physiques.....	40
(1) Définition	40
(2) Épidémiologie.....	40
(3) Conséquences judiciaires.....	41
b) Violences psychologiques et verbales	41
c) Violences sexuelles	42
(1) Définition	42
(2) Épidémiologie.....	42
(3) Conséquences judiciaires.....	44
d) Mutilations sexuelles	44
(1) Mutilations sexuelles féminines	44
(a) <i>Définition</i>	44
(b) <i>Épidémiologie</i>	45
(c) <i>Prise en charge médico-légale des mutilations sexuelles féminines</i>	46
(2) La circoncision rituelle : une mutilation sexuelle ?.....	46
e) Conséquences des violences.....	47
(1) Le psychotraumatisme	47
(2) Conséquences somatiques	50
(3) Conséquences psychologiques : Troubles du comportement	50
(4) Conséquences addictologiques	52
(5) Conséquences sociales.....	52
f) Prise en charge des victimes de violence.....	52
2. <i>Le dépistage des violences</i>	53
a) Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences subies	53
b) Particularité du dépistage des violences chez les sans domicile fixe.....	54
(1) Consultations des personnes sans domicile fixe en médecine générale	55
(a) <i>Accessibilité et limites de la consultation en médecine générale par les personnes sans domicile fixe</i>	55
(b) <i>Consultations en centres dédiés</i>	55

(c) <i>Méthodes de dépistage des violences</i>	56
(2) <i>Violences subies par les personnes sans domicile fixe</i>	56
IV. MATERIELS ET METHODES	58
A. PHASE EXPLORATOIRE ET ETAT DE LA QUESTION	58
B. INVESTIGATEUR	58
C. QUESTIONNAIRE	59
D. PRISE EN CHARGE DES CAS DETECTES.....	60
E. RECUEIL DU CONSENTEMENT	61
F. POPULATION ETUDIEE, CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	61
1. <i>Critères d'inclusion</i>	61
2. <i>Critères d'exclusion</i>	61
G. SECURITE ET ETHIQUE.....	61
H. LIEUX DE RECUEIL	62
I. TRAITEMENT DES DONNEES	63
V. RESULTATS	64
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGEE :	64
1. <i>Effectifs et lieux de recueils</i>	64
2. <i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	65
a) Genre	67
b) Origines géographiques	67
c) Âge	68
d) Orientation sexuelle et situation maritale.....	69
e) Situation administrative	70
f) Niveau de scolarité et Situation professionnelle.....	70
g) Troubles de conduites addictives	71
B. LES VIOLENCES DECLAREES :	72
1. <i>Violences verbales</i> :	74
a) Analyses descriptives : Combien, pendant combien de temps, à quel moment de la vie et par qui ?.....	74
b) Analyses univariées :	76
2. <i>Violences physiques</i>	78
a) Analyses descriptives	78
b) Analyses univariées :	80
3. <i>Violences sexuelles</i>	81
a) Analyses descriptives	81
b) Analyses univariées.....	83
4. <i>Mutilations sexuelles</i>	84
5. <i>Coexistence de violences</i>	85
6. <i>Suivi et déclaration des violences</i>	85
VI. DISCUSSION	87
A. LES RESULTATS PRINCIPAUX	87
B. POINTS FORTS DE L'ETUDE	87
1. <i>Une enquête qui explore une population peu documentée dans un cadre sécurisé</i> ..	87
2. <i>Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée : éléments de comparaison et évolution</i>	88
C. LES LIMITES DE L'ETUDE	89
1. <i>Difficultés de recrutement de personnes interrogées</i> :.....	89
2. <i>Les principaux biais identifiés</i>	90
3. <i>Taux de réponse en question</i>	91
4. <i>Impact du contexte de recueil</i>	92
D. LES VIOLENCES DECLAREES PAR LA POPULATION INTERROGEE	92
1. <i>Importance globale des violences déclarées</i>	92
2. <i>Les violences par catégories : pistes de réflexion et d'action</i>	94
3. <i>Importance et impact des violences dans l'enfance : pour un dépistage et une prise en charge précoce</i>	96

4.	<i>Violences au cours de la vie adulte : la suite d'un parcours d'exposition dans l'enfance dans de nombreux cas ?</i>	97
5.	<i>Violences selon les profils spécifiques</i>	98
a)	En fonction de l'orientation sexuelle : un facteur de risque.....	98
b)	Violences déclarées par les personnes issues de l'immigration.....	99
E.	PISTES D'ACTION, AXES D'AMELIORATION.....	100
1.	<i>Repenser l'accueil et le soin des sans domicile fixe en y incluant une prise en charge spécifique des conséquences des violences</i>	100
2.	<i>Pistes d'accompagnement, d'aide et de prise en charge</i>	101
3.	<i>Un angle mort de l'étude : violences systémiques et institutionnelles</i>	104
VII.	CONCLUSION	105
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	107
	ANNEXE 1 : VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE WAST	115
	ANNEXE 2 : GRILLE D'EVALUATION DE LA SITUATION DES VICTIMES AU SEIN D'UN COUPLE	116
	ANNEXE 3 : ACE SCORE.....	117
	ANNEXE 4 : VIOLENTOMETRE.....	118
	ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE : DEPISTAGE DES VIOLENCES CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE	119
	TABLE DES FIGURES	125
	TABLE DES TABLEAUX	127

« *Ni fatalité, ni hasard* »

Marpsat, Firdion, 1996

Abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACE-Score : Adverse Childhood Experiences Score
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CASH : Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers
CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Accueil aux Personnes Sans Abri
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU : Couverture Maladie Universelle
COVID-19 : Coronavirus Disease 2019
CRIP : Cellule de Recueil des informations Préoccupantes du Conseil Départemental
CVS : Une enquête sur le Cadre de Vie et la Sécurité en France
DEVIFFE : Dépistage des Violences Faites aux Femmes
DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition)
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
ETHOS : European Typology on Homelessness and Housing Exclusion
FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris
GBV : Gender Based Violence (Violence basée sur le genre)
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS : Lits de Halte Soins de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAMENTA : Sans Domicile Fixe et Maladies Psychiatriques et Addictologiques d'Île-de-France
SAMU SOCIAL : Service d'Aide Médicale d'Urgence Social
SDF : Sans Domicile Fixe
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés)
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WAST : Woman Abuse Screening Tool (Outil de Dépistage des Violences Conjugales)

Avant-Propos

En 2012, une étude de l'Insee recensait 143 000 personnes sans domicile fixe vivant dans la rue, dans les différentes structures d'accueil ou dans les bidonvilles. Lors d'une tentative de réactualisation de ces chiffres en 2020, la Fondation de l'Abbé Pierre a recensé au moins 300 000 personnes sans domicile fixe(1). Ce chiffre a été établi en recensant au mieux le nombre de personnes qui n'avaient pas dormi, la veille de l'enquête, dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un service d'hébergement. L'objectif de beaucoup de personnes sans domicile fixe étant de s'invisibiliser pour des raisons de sécurité, il est difficile de recenser les personnes sans-abri dormant à l'extérieur, le chiffre de 300 000 personnes paraît donc être une estimation basse de la situation.

Cette population croissante de sans domicile fixe constitue un groupe hétérogène en termes d'origines, de genres, de modalités de recours aux aides et services, et au niveau des événements biographiques, ou trajectoires de vie. En effet, cette situation résulte parfois de parcours migratoires compliqués (clandestins ou non), et peut être la conséquence d'événements traumatiques, de conduites addictives ou de pathologies qui ont amené la personne à perdre ses acquis sociaux et son domicile. Cette vulnérabilité d'origine multifactorielle met les personnes qui en sont victimes dans une précarité importante(2) et doit faire réfléchir aux moyens de protection de la population dans un premier temps, et dans un second temps, aux moyens d'améliorer leurs conditions de vie, et de les ramener dans le droit commun.

Pour se donner les moyens d'aider, de protéger et de soigner cette partie croissante de la population que constituent les sans domicile fixe, il faut d'abord identifier ce qui en fait une population vulnérable. Les risques en lien avec ces situations sont multiples, liés à l'isolement social, le manque de prise en charge médicale, le risque de voir émerger ou augmenter des conduites addictives, le risque d'être exposé à des violences (3), etc. Ces risques conduisent à un phénomène d'invisibilisation volontaire, notamment les femmes en situation de rue qui privilégient des lieux cachés (squares, ruelles, caves, parkings, locaux à vélo, etc.). Du fait de difficultés de recrutement importantes et, par conséquent, d'un manque d'études descriptives exhaustives, il est très difficile d'appréhender de façon exhaustive cette population, de quantifier et de hiérarchiser les différents facteurs de risque conduisant à la situation de rue. Ceci explique que les études de l'Insee et de la Fondation de l'Abbé Pierre ne semblent être que des estimations basses des vrais chiffres.

Dans le cadre de cette thèse, je me suis intéressé à deux sites d'accueil et d'accompagnement de ces personnes, la Maison dans la rue et le Centre d'Hébergement et d'Accueil aux Personnes Sans Abri ou CHAPSA. La Maison dans la Rue est un centre d'accueil de jour ayant pour mission d'accueillir et d'accompagner des personnes en situation de rue ou d'hébergement très précaire. Il s'agit d'un lieu de restauration, de soins et d'hygiène qui permet également une prise en charge sociale et psychologique pour les personnes qui le souhaitent. La Maison dans la Rue accueille principalement des hommes (90%), d'origines Africaine et Européenne. En 2021, cette organisation a permis d'avoir une proposition d'hébergement pour 80 personnes qui ont accepté, pour la plupart,

Le Centre d'Accueil et des Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre est un ancien centre pénitencier construit en 1868, rapidement devenu un « centre de dépôt de mendicité » à l'époque où le délit de vagabondage était puni de 3 à 6 ans de prison

(loi abrogée en 1992). Par la suite, un centre d'infirmier a été créé pour répondre aux besoins des indigents déposés par la police. La fonction pénitentiaire a ensuite été abandonnée au profit d'une unité d'accueil et d'hébergement de personnes sans domicile fixe. Aujourd'hui, le CASH de Nanterre bénéficie d'un service particulier et unique en France, le Centre d'Hébergement et d'Accueil aux Personnes Sans Abri ou CHAPSA. Il héberge une population fixe à la nuitée de 217 patients, et 50 personnes pour une durée plus longue dite « stabilisation », au sein de l'unité d'hébergement. Le pôle de médecine sociale adossé à cette structure d'hébergement comprend une consultation médicale et infirmière ouverte aux heures et jours ouvrables, 48 lits dits de Halte Soins de Santé (LHSS), un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de 50 lits amenés à fermer au profit de la création de 25 Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)¹ en 2022.

La pandémie COVID-19 a été l'occasion de modifier l'organisation des soins au sein du pôle de médecine sociale du CASH de Nanterre en ouvrant le premier centre d'accueil des personnes sans logement personnel atteintes de COVID-19 et ainsi accueillir 25% des personnes concernées en Ile-de-France. Durant cette période, il a également été possible de mettre en place des consultations multidisciplinaires (médicale, soignante, psychologique et sociale). Deux médecins et deux psychologues ont notamment mis en place une prise en charge globale comprenant le soin des syndromes psycho-traumatiques décelés chez les personnes qui consultaient. Le dépistage des antécédents de violences est devenu systématique, faisant ainsi émerger la problématique de ce travail de thèse. En effet, une partie des personnes hébergées au sein du pôle ne consultait pas spontanément, mais du fait du confinement, les personnes habituellement remises à la rue se sont sédentarisées du fait des différentes vagues de confinement et ont pu consulter plus régulièrement. Or, au bout d'un an et demi de fonctionnement, la nouvelle équipe a constaté que la prise en charge des syndromes psycho-traumatiques, dans le cadre de cet accompagnement global, permettait une encapacitation des personnes avec une sortie des dispositifs d'urgence et un accès au logement, à la réinsertion vers l'emploi ou à la régularisation pour plusieurs dizaines de personnes. Une analyse de ce retour d'expérience est en cours.

C'est dans ce contexte que cette proposition d'étude a émergé. Nous bénéficions d'un accès privilégié à une population variée de sans-abris permettant un dépistage des antécédents de violences, de leurs comorbidités et conséquences, notamment en termes de syndromes psycho-traumatiques.

L'objectif de cette thèse est d'appréhender la prévalence des antécédents de violences au sein d'un public sans abri, afin d'affiner la connaissance des besoins en santé des personnes sans domicile et de contribuer à réfléchir aux propositions d'une offre de soins plus globale qui prendrait en compte les conséquences et comorbidités liées aux expériences de violences. Nous nous proposons de décrire les antécédents et comorbidités de cette population en explorant leurs histoires personnelles par le biais d'un questionnaire et en axant l'interrogatoire sur les éventuelles violences subies par les participants au cours de leur vie. Ce dépistage a pour but de mettre en évidence l'intérêt de dépister de manière systématique les violences subies en consultation, y

¹ Les lits d'accueil médicalisés (LAM) sont des structures accueillant des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteinte de pathologies lourdes et chroniques irréversibles, séquellaires ou handicapantes et nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. La durée de séjour n'est pas limitée.

Les lits d'accueil de Halte soins de santé sont des structures accueillant le même type de patients mais qui présentent des pathologies moins lourdes et dont les soins pourraient être réalisés au domicile s'ils en avaient un. La durée du séjour est limitée à 2 mois reconductibles.

compris auprès d'un public très vulnérable, et ce, quels que soient les motifs de consultation, afin de les documenter pour les rendre visibles et d'argumenter l'éventuel bien-fondé de prise en charge globale incluant notamment des dispositifs d'écoute et de soins spécialisés des personnes en situation de rue.

En 2005, la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris (FEANTSA) a développé une typologie nommée ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) dans le but d'harmoniser les classifications et les études réalisées autour des situations de sans-abrisme ou d'exclusion liée au logement⁽⁴⁾, on distingue alors 4 catégories :

- Être sans abri (dormant à la rue)
- Être sans logement (avec un abri mais provisoire, dans des institutions ou des foyers d'hébergement)
- Être en logement précaire (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, expulsions, violences domestiques)
- Être en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère)

Cette classification permet de couvrir toutes les situations de personnes sans domicile fixe partout en Europe. Dans un souci de clarté, nous utiliserons les termes de « personne sans domicile fixe » ou de « personne en situation de rue ».

I. Introduction

L'objectif de cette étude est d'étudier la prévalence des violences subies et déclarées par les personnes sans domicile fixe hébergées ou fréquentant les lieux d'accueil de jour du CHAPSA ou de la Maison dans la Rue. Cette étude a été inspirée par un constat réalisé par les médecins travaillant au CHAPSA au cours du premier confinement de 2020 : Les personnes sans domicile fixe décrivent un nombre important d'événements violents et présentent pour plusieurs d'entre eux des symptômes de syndrome post-traumatique. Il semble alors que les violences font partie du quotidien ou de la vie d'une personne sans domicile fixe.

Les questions qui se posent alors sont les suivantes :

- Quelle est la prévalence des violences subies par les personnes sans domicile fixe ?
- Les personnes sans domicile fixe subissent-elles plus de violences que le reste de la population générale ?
- Y a-t-il des catégories de cette population qui sont plus à risque de subir des violences ?
- Y a-t-il des types de violences qui sont plus fréquents que les autres ?
- Les violences représentent-elles un facteur de risque à la situation de rue ?

Avant de débiter cette étude, il est important de s'intéresser à la terminologie des « personnes sans-domicile fixe ». En effet, dans le traitement médiatique mais également scientifique des questions autour de cette population, plusieurs termes peuvent être retrouvés : « SDF », « sans-abri », « personnes sans domicile fixe », « marginal », « exclu », « clochard », « vagabond », « sans-logis », « mendiant », etc.(5)

Le plus souvent et de manière très générique, c'est le terme « SDF » qui est utilisé, cependant, chacun de ces termes renvoient à des situations plus précises qui varient en fonction des époques, des personnes et des événements.

De manière générale, cette population est définie par un manque de logement personnel mais cette absence de logement peut être due à une diversité de situations très importante. Ainsi, le terme « SDF » renvoie à l'idée de la personne qui n'a pas de chez soi mais être « SDF » n'implique pas de dormir dans la rue.

En effet, on verra par la suite que la grande majorité des personnes dites « SDF » ne dorment pas à la rue. Le terme « SDF » n'est donc pas assez précis pour caractériser la population.

Jusqu'à la fin des années 2010, le terme « personne sans domicile fixe » a été utilisé dans la littérature scientifique, notamment dans l'étude de l'Insee et les études qui en ont découlé(6).

Dans des études plus récentes, la terminologie de « sans domicile » a été remise en question et le terme « personne sans logement personnel » semble être préféré.

Dans le reste de cette étude, les termes « personnes sans domicile fixe » seront employés pour définir la population en général et « personnes en situation de rue » pour désigner les personnes dormant dans la rue, ne bénéficiant pas d'hébergement.

II. Objectifs :

A. Constat

Le principal élément déclencheur ayant permis à cette étude de voir le jour a été la pandémie de COVID-19 et le premier confinement de mars à mai 2020. Au cours de cette période sanitaire exceptionnelle, les personnes sans domicile fixe usagers du service d'accueil d'urgence du CHAPSA de Nanterre ont été confinées afin d'éviter la propagation du virus. Le centre a alors mis en place un fonctionnement continu, 24h/24 et un suivi plus approfondi a pu être mis en place par les médecins, psychologues, personnels soignants et travailleurs sociaux.

Le constat d'antécédents de violences et le taux élevé de diagnostics de psychotraumatismes ont fait émerger l'hypothèse selon laquelle les personnes sans domicile fixe étaient beaucoup plus à risque d'avoir subi des violences au cours de leur vie, y compris antérieurement à leur situation de rue. Des travaux connexes ont émergé au cours de la même période, tels que la démonstration de l'intérêt de la présence d'une assistance psychologique dans tous les foyers d'hébergement d'urgence(7).

Au vu de ces constats, nous avons proposé un dépistage des violences, en recueillant des éléments biographiques et médicaux chez les personnes interrogées, dans le but d'évaluer, dans un premier temps, les prévalences des différentes violences subies, et d'avoir des données permettant de documenter les trajectoires de vies.

B. Objet du travail

L'objet initial de cette étude était de réaliser un premier état des lieux des violences subies par les personnes sans domicile fixe hébergées, en l'objectivant auprès des personnes usagères du CHAPSA de Nanterre et de la Maison dans la Rue par le biais d'un questionnaire.

Nous avons donc décidé d'élaborer une méthodologie afin de conduire une première enquête exploratoire visant à évaluer la fréquence des violences subies par les sans domicile fixe au cours de leur vie, l'acceptabilité de ces questions au sein de cette population, et l'anticipation des freins et des difficultés à mettre en place une enquête à plus grande échelle.

C. Problématiques

Nous avons vu que les violences relèvent à la fois des droits humains et de la santé publique du fait de leurs lourdes conséquences sanitaires, sociales et économiques, en France et dans le monde. De plus, nous avons également constaté que les violences subies sont un facteur de risque associé à une condition socio-économique défavorable.

Par ailleurs, depuis le début des années 2000, les violences sont devenues un sujet de santé publique important et le dépistage systématique des violences est encouragé par différentes publications de la Haute Autorité de Santé.

Les problématiques complémentaires de ce travail sont d'identifier les coexistences des différentes formes de violences possibles, d'identifier des schémas de violences plus récurrents, les trajectoires biographiques et les variables susceptibles de surexposer au risque de violence, et de chercher à identifier si certains types de violences, à différents âges de la vie pouvait être pressentis comme des facteurs de risque plus important de sans-abrisme.

D. Hypothèses

Il est difficile pour les professionnels de santé d'effectuer des dépistages et des travaux de prévention auprès de la population sans domicile fixe. En effet, les motifs de consultation sont souvent complexes, les troubles psychiques et cognitifs sont fréquents, ce qui complique l'abord de cette question. De plus, les violences, quelles qu'elles soient, représentent un sujet tabou, difficilement abordable en consultation.

Le constat de la prévalence des violences et de leurs conséquences est le même dans tous les pays du monde. Cependant, les personnes sans domicile fixe y sont peut-être plus exposées et peut-être moins dépistées. En effet, le dépistage auprès de ce public est peut-être plus complexe, du fait de la distance sociale et parfois culturelle plus importantes entre les soignants et les soignés qu'en pratique de médecine générale de cabinet de ville.

Cependant, il semble exister, dans la littérature et la pratique, des pistes de solutions viables pour prévenir le développement de ce genre de situations.

Ainsi, initialement, nous avons pu soulever plusieurs hypothèses telles que :

- ✓ La fréquence des violences et de leurs conséquences est plus élevée chez les personnes sans domicile fixe.
- ✓ La fréquence des violences dans l'enfance est plus importante chez les personnes sans abri
- ✓ La coexistence des différentes formes de violences dans la vie d'une personne augmente le risque de précarité et de comorbidités associées.
- ✓ La question des antécédents de violences posée directement, via un dépistage systématisé, permet aux personnes concernées de se sentir écoutées et permettra de créer une alliance soignant-soigné plus solide.
- ✓ Les violences ne sont pas toutes quantifiables, il existe des violences dites « systémiques » qui peuvent être un frein à l'amélioration des conditions de vie des personnes qui en sont victimes.

III. Contexte général

A. La population de Sans Domicile Fixe

1. Historique : Du vagabond au Sans Domicile Fixe

Dans toutes les sociétés et par toutes époques, mendiants et vagabonds ont toujours fait partie d'une catégorie sociale à part.

Le terme de mendiant apparaît au XIIe siècle, il désigne un « état d'indigence extrême, état de celui qui demande l'aumône »(9). Quant au terme de vagabond, il n'apparaît qu'au XVIIe siècle, tiré du latin *vagabundus* qui renvoie initialement à une idée de « perpétuellement changement », ce terme inclut une notion d'errance et d'absence de domicile fixe.

Au Moyen-Âge, jusqu'au XVe siècle, les vagabonds et mendiants sont intégrés dans la société pour des raisons religieuses. Ils ont un statut social lié à une figure biblique : ils représentent le « pauvre christique »(9) qui trouve son salut par sa grande pauvreté et auprès duquel le riche achète son salut par l'intermédiaire de l'aumône et la charité qu'il offre aux plus pauvres.

Au sortir du Moyen-Âge, les différentes crises rencontrées en France telles que la Guerre de Cent Ans (1337-1437) et les différentes crises sanitaires comme celle de la Peste Noire du XIVe siècle affectent la population, au point où l'on recense près de 25 % de la population comme mendiants ou vagabonds. Cette augmentation considérable du nombre d'indigents commence à altérer leur statut social, en raison de la charge économique créée et du sentiment d'insécurité croissant dans la société.

De nouvelles législations se mettent alors en place pour tenter d'établir un cadre juridique et légal concernant cette partie de la population. Ainsi, au XVIe puis au XVIIIe siècle, François I^{er}, dans une ordonnance, définit le vagabond selon deux critères : ceux qui n'ont pas de ressource pécuniaire et ceux qui ne font partie d'aucune communauté, à savoir « *tous vagabonds, oisifs, gens sans aveu et autres qui n'ont aucun bien pour les entretenir et qui ne travaillent ni labourent pour gagner leur vie* »(9). Cette définition est revisitée au XVIIIe siècle, on y ajoute alors l'absence de domicile comme critère. C'est ainsi que la notion de sans domicile fixe apparaît.

Depuis le Moyen-Âge, les mendiants et vagabonds suscitent une peur sociale (9). D'abord, par la charge économique et l'insécurité croissante mais également car ils sont le symbole du phénomène de marginalité que les autorités voient comme un danger important pour la société. Les différentes sanctions prises s'intensifient sous l'Ancien Régime, à partir du XVIe siècle. D'abord, les peines de galères qui condamnent les personnes ne pouvant justifier d'un métier et d'un domicile à des travaux forcés, ensuite par des sanctions de déportation ou d'enfermement. Au début du XIXe siècle, sous Napoléon Bonaparte, le délit de vagabondage et le dépôt de mendicité apparaissent dans le Code Pénal. Ainsi, tout vagabond ou mendiant arrêté par les forces de l'ordre est amené dans des dépôts de mendicité où une peine de travaux forcés ou d'emprisonnement devra être purgée, allant de 3 mois à 10 ans.

Des figures littéraires comme celle de Jean Valjean (*Les Misérables*, Victor Hugo, 1862) témoignent de la vie des vagabonds de l'époque. Pour avoir volé du pain, il est condamné à 19 ans de travaux forcés aux bagnes. Il en est libéré après avoir

purgé sa peine avec un salaire, auquel on déduit les taxes locales et un passeport jaune, celui du forçat libéré qui ne lui permet alors pas de réintégrer la société de manière aisée, condamné à rester au ban de la société.

Au fil du temps, avec le nombre important de personnes concernées par le délit de vagabondage et le dépôt de mendicité, les sanctions s'allègent et les structures de dépôts s'orientent progressivement vers des structures d'accueil hospitalières et sociales. C'est, par exemple, le cas du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre.

Il faudra attendre 1992 pour que le délit de vagabondage disparaisse complètement du Droit français.

Le terme de « sans domicile fixe » apparaît quant à lui au début du XIXe siècle dans les rapports de police ou dans les rapports de bienfaisance(5). Bien qu'apparaissant relativement tôt, l'utilisation de ce terme se généralise au cours de la deuxième partie du XXe siècle.

2. La population de personnes sans domicile fixe et son évolution

De tout temps, les autorités ont essayé de recenser les personnes sans domicile ou en situation de grande précarité. Les études de recensement ont toujours donné des chiffres erronés(1,9).

La définition retenue par l'Insee aujourd'hui pour qualifier une personne sans domicile fixe est la suivante : « Une personne est qualifiée de « 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) ».

En 2001, l'Insee réalise la première étude européenne visant à étudier la population de personnes sans domicile fixe en France. En 2012, une nouvelle étude coordonnée par l'Insee est réalisée dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants. Elle vise à étudier la population de personnes sans domicile, la quantifier, en définir les profils, les histoires de vie, les besoins et les habitudes.

Le recensement de 2012 estime qu'environ 103 000 p ont eu recours au moins une fois à des services d'hébergement ou de restauration. Parmi ces personnes, on dénombre 80 000 adultes accompagnés de 30 000 enfants. En 2012, plus de 50 % de ces adultes étaient de nationalité étrangère. En incluant les recensements des villes de moins de 20 000 habitants et les centres de demandeurs d'asile, le nombre de personnes sans domicile fixe s'élevait alors à environ 140 000. Ce nombre représente une augmentation de plus d'environ 44 % par rapport aux données de 2001 (10).

Le profil des personnes sans domicile fixe en France, comme partout en Europe, évolue sensiblement au gré des crises humanitaires ayant lieu dans le monde. Le profil type de la personne sans domicile fixe est passé de l'homme célibataire d'origine française à un profil plus varié, incluant des personnes plus jeunes, hommes et femmes, originaires de pays de l'Union Européenne ou d'autres pays, ayant souvent migré avec leurs familles (11).

Les différents conflits, les crises humanitaires et sanitaires ayant lieu dans les différents endroits du monde, l'augmentation des coûts du logement, le vieillissement de la population et les modifications des structures familiales peuvent, entre autres, expliquer l'augmentation du nombre de personnes sans domicile fixe(11).

Il existe peu de données dans la littérature médicale française permettant de bien appréhender cette population. Cependant, elle ne s'intéresse pas aux histoires de vie des personnes en situation de rue.

Dans un premier temps, pour envisager de comprendre la population de personnes sans domicile fixe, il peut être intéressant d'en établir les caractères démographiques.

a) Le genre : Un facteur de risque ?

Dans l'étude menée par l'Insee en 2012 auprès des personnes ayant recours aux services d'hébergement et de restauration d'urgence, 2 personnes sur 5 étaient des femmes (10).

Les femmes sont moins nombreuses que les hommes sans domicile et sont moins souvent sans abri, elles semblent bénéficier de conditions d'hébergement plus stables. Les femmes sont plus rarement hébergées dans des centres que l'on doit quitter la journée et sont plus souvent hébergées en logements associatifs (31% des femmes seules contre 19 % des hommes seuls)(10).

D'après une revue de la littérature et méta-analyse publiée en 2019 sur les facteurs de risque individuels prédisposant à devenir une personne sans domicile fixe, le genre masculin semble être associé à un risque plus important d'arriver à une situation de rue avec un Odd-Ratio à 1,5(12).

Cependant, les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les catégories sociales les plus pauvres(13). Il semble donc que les femmes sont plus à risque d'être en situation de précarité mais qu'elles restent moins à risque de passer en situation de rue. En effet, bien que les femmes représentent entre 35 et 40 % des adultes sans-domicile, moins de 10 % d'entre elles déclarent être en situation de rue contre 14 % des hommes interrogés dans l'enquête de l'Insee(14).

Ce paradoxe peut être expliqué par le fait que les femmes sont plus à risque d'être victimes de violences(14) et par conséquent, plus de « protections » institutionnelles sont mises en place pour leur éviter des situations de rue. Par ailleurs, les conditions d'hébergements des femmes en situation de grande vulnérabilité peuvent souvent masquer des formes d'exploitations domestiques ou sexuelles, exigées en l'échange d'un abri.

Il transparaît donc dans la littérature scientifique que le genre exerce une influence importante sur le risque d'être en situation de rue et sur les aides mises à disposition aux personnes en situation de grande précarité.

Une autre différence notable entre les genres dans la population de personnes sans domicile fixe est la probabilité de se sortir de la situation de rue. Le genre féminin est un facteur prédictif associé à de plus grandes chances de sortir de la situation de rue(12) et de voir une amélioration plus notable de la qualité de vie à la sortie de cette situation(15). Cependant, cela peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus souvent accueillies en structure d'hébergement plus pérenne que les hommes et, par conséquent, elles peuvent peut-être bénéficier de plus d'accompagnements et d'aides sociales.

b) L'âge : Quelles tranches d'âge sont les plus présentes ?

Dans la revue de la littérature publiée en 2019, basée sur 94 publications américaines, canadiennes, britanniques et danoises publiées entre 1999 et 2017, l'âge ne semblait pas être un facteur de risque à la situation de rue(12). Il ne semble pas exister, à premier abord, un âge moyen à l'entrée en situation de rue.

(1) Les enfants

En France, en 2012, le rapport de l'Insee rapporte environ 30 000 enfants (âgés de moins de 18 ans) accompagnés de leurs parents sans domicile(10), soit environ 23 % de la population sans domicile en France.

De plus, le rapport annuel d'activité de la Mission Mineurs Non Accompagnés dirigée par le ministère de la Justice rapporte qu'en 2019, sur le sol français, le nombre de mineurs non accompagnés – i.e. mineurs isolés – s'estimait à 18 000 individus.

Les mineurs non accompagnés sont des mineurs de nationalité française ou étrangère séparés de leurs représentants légaux sur le sol français. Leur statut légal et leur protection sociale sont encadrés par le Code de l'Action Sociale et des Familles. Les mineurs non accompagnés doivent être pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, avec placement potentiel en famille d'accueil ou en foyer d'accueil.

Ce chiffre de 18 000 mineurs non accompagnés est important à prendre en compte. En effet, la littérature met en évidence un lien entre la vie en foyers d'accueil ou famille d'accueil et la situation de rue à l'âge adulte avec un Odd-Ratio à 3.7(12).

D'autres événements pouvant survenir dans l'enfance sont considérés comme des facteurs de risque à la situation de rue. Ainsi, un faible niveau d'éducation ou une situation d'échec scolaire(12), les dysphories de genre ou les questionnements autour de l'orientation sexuelle(16), des expériences de vie défavorable, de violences familiales ou extra-familiales(3,12,14) sont autant de facteurs de risque à la situation de rue et donc des éléments à dépister au plus tôt.

À l'inverse, un niveau d'éducation plus élevé ou un niveau d'études plus avancé sont des facteurs identifiés comme plus favorables à la sortie d'une situation de rue(12). Par exemple, les personnes migrantes sans domicile fixe arrivées en France récemment qui ont reçu une éducation scolaire ou une éducation familiale efficace dans leur enfance ont plus de chance de sortir de la situation de rue.

(2) Les adultes

Tableau 1 : Descriptif de la population de personnes sans domicile fixe en fonction de l'âge – Source Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas 2012

Situation de logement la veille de l'enquête	Répartition par tranche d'âge			Femmes	Étrangers francophones	En couple	Avec enfants (y. c. en couple)	Sans autre membre de sa famille
	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus					
Sans domicile	26	49	25	38	40	20	26	65
<i>sans abri</i>	27	49	24	5	45	8	4	88
<i>en hébergement collectif que l'on doit quitter le matin</i>	24	46	30	9	38	4	1	95
<i>en hébergement collectif où l'on peut rester pendant la journée</i>	26	43	31	36	36	7	13	82
<i>en hôtel</i>	29	62	9	63	73	43	64	30
<i>en logement</i>	26	49	25	52	32	36	42	42
<i>Population de 18 ans ou plus vivant en logement ordinaire en France métropolitaine*</i>	19	34	47	52	6	64	31	30

* Enquête Emploi Insee.
Lecture : parmi les sans-domicile, 26% sont âgés de 18 à 29 ans, 49 % de 30 à 49 ans et 25 % ont 50 ans ou plus. 5 % des sans-abri sont des femmes.
Champ : personnes francophones de 18 ans ou plus des agglomérations de plus de 20 000 habitants en France métropolitaine.
Source : Ined, Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas 2012.

Chez les personnes sans abri de plus de 18 ans, la répartition des tranches d'âge se fait en trois divisions : les personnes âgées de 18 à 29 ans et les 50 ans et plus qui sont représentés de manière assez équitable dans la population à 25 % chacun et la tranche d'âge majoritaire qui correspond aux 30 à 49 ans qui représentent environ 50 % de la population de personnes sans domicile fixe (tableau 1).

Cette répartition se retrouve dans toutes les classes de logement de personnes sans domicile fixe. On constate simplement que les personnes de plus de 50 ans ont plus de chance d'être hébergées dans des logements ordinaires, ils représentent 47 % des personnes sans domicile logées. Cette observation soulève la question de l'accès aux solutions de logement, ainsi que les mécanismes de gestion d'une ressource rare, à savoir, les abris. Cela met également en lumière les stratégies de « tri » de la population sans domicile, où l'accès aux abris est priorisé en fonction de critères tels que le genre, l'âge, les handicaps ou les signes visibles de maladies.

Un autre constat dressé par l'enquête de l'Insee met en évidence que la proportion des femmes diminue avec l'âge, elles représentent 48 % parmi les 18-29 ans et 31 % parmi les plus de 50 ans(10). Ce constat est directement lié aux observations précédentes, les femmes étant plus souvent en situation d'hébergement que les hommes, elles ont plus de probabilités de bénéficier d'assistance et

d'accompagnement social. Qui plus est, les femmes en situation de rue sont plus exposées aux violences en tout genre, la nécessité à sortir de la situation de rue est d'autant plus forte pour les femmes.

c) L'évolution des origines des personnes en situation de rue : la part croissante des personnes migrantes

En France, depuis le début des années 2000, le nombre de migrants a fortement augmenté à la suite des différentes crises humanitaires liées aux conflits et aux crises sanitaires. En 2006, d'après l'Insee, le nombre de migrants était estimé à 5 millions contre presque 7 millions en 2021(17).

Cette migration (figure 1) est en majorité originaire d'Afrique (47%) et plus particulièrement des pays du Maghreb (30 %) mais également d'Europe (32,2%)(18).

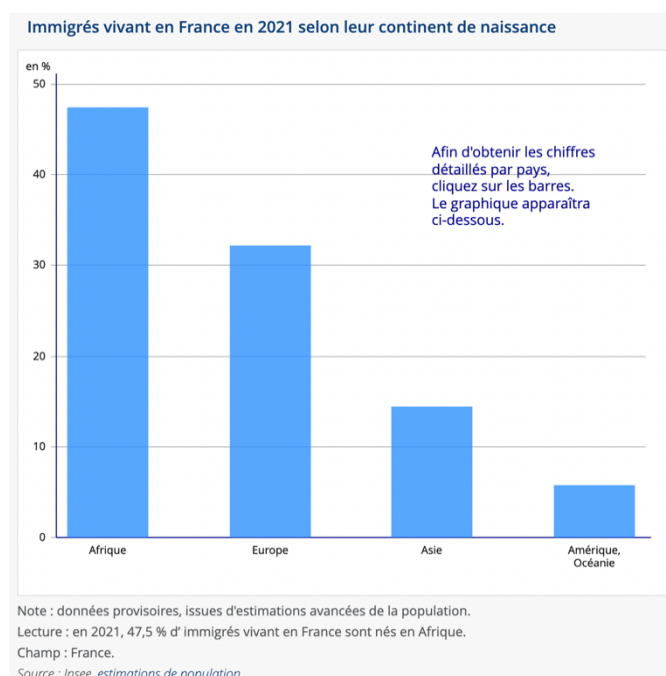


Figure 1 : Descriptif des origines des personnes immigrés en France en 2021 – Source Insee, Estimation de la population en 2021

Le type de migration a évolué depuis plus de vingt ans au regard de l'évolution des conditions économiques, sociales et sanitaires des différentes régions du monde. En effet, jusqu'au milieu des années 1970, la migration était principalement masculine et avait pour objectif de combler les besoins de main-d'œuvre post-guerre. Par la suite, l'immigration de travail a été limitée, laissant alors place à l'immigration familiale. Ainsi, depuis la fin des années 1970, la part des femmes dans les flux d'immigration est croissante, jusqu'à atteindre 52% des immigrés en 2021(18).

Le visage de l'immigration a ainsi évolué depuis plus de 50 ans, avec une population plus jeune et féminine.

Les personnes immigrant en France ont des profils scolaires et professionnels plus polarisés que dans le reste de la population. Dans ce groupe de la population, on

retrouve une plus grande proportion de personnes sans diplôme que dans la population générale mais également une plus grande proportion de personnes avec des diplômes du supérieur(19).

Cette forte polarité est augmentée dès le début des études chez les personnes immigrées. En effet, 20% des personnes de 20-35 ans issues de l'immigration n'ont pas de diplôme supérieur au brevet contre seulement 12% des personnes ni immigrées, ni enfant d'immigrés(20). Cet écart de chiffre est encore plus important selon les genres et les origines. Ainsi, les filles originaires de Turquie présentent un risque plus important de n'avoir aucun diplôme autre que le brevet que les garçons originaires de Turquie. De même, les migrants originaires d'Afrique centrale sont plus à même de poursuivre des études que les personnes issues de la migration d'un autre pays(20).

Ces différences de niveau d'étude entre les personnes issues de l'immigration et les personnes non-immigrées ou non issues de l'immigration (pas de parent immigré) s'expliquent par plusieurs facteurs comme l'histoire de la migration et des moyens économiques qu'elle requiert, le cadre social dans lequel les enfants évoluent, la taille de la fratrie, l'âge à la migration, la structure familiale, etc.(20).

Par exemple, l'arrivée en France après l'âge d'entrée théorique à l'école (après 6 ans) augmente le risque de ne pas avoir de diplôme ou d'emploi. Au contraire, être une fille dans une famille à taille réduite (un à deux enfants) augmente les chances d'obtenir des diplômes(20).

Il semble donc que l'immigration représente un facteur de risque de ne pas avoir de diplôme et, par conséquent, un facteur de risque à la précarité dans le monde du travail. Or, il est reconnu dans plusieurs études que les emplois précaires sont un facteur de risque à une situation de sans domicile fixe(12-14). Il semble donc envisageable de retrouver une part croissante de personnes issues de l'immigration dans la population de personnes en situation de sans domicile fixe.

L'un des constats de l'étude de l'Insee de 2012 sur les sans domicile fixe est l'évolution importante de la part des personnes étrangères dans la population de sans domicile fixe. En 2001, les personnes étrangères représentaient 36% de cette population contre un petit peu plus de 50% en 2012(10).

Cette augmentation peut s'expliquer par plusieurs facteurs sociaux, économiques et démographiques. De manière non exhaustive, on peut citer l'augmentation du risque d'un mode de vie précaire pour les personnes issues de l'immigration, les restrictions des politiques publiques rendant l'accueil des étrangers plus difficile, les changements urbains et les différentes missions de gentrification des villes qui ont conduit à la destruction des quartiers parfois dégradés dans lesquels les migrants pouvaient trouver un premier logement abordable(21).

d) *Situation administrative et couverture maladie*

En 2010, le Samu Social a publié l'étude SAMENTA qui consistait à recenser les prévalences des pathologies psychiatriques et addictologiques au sein de la population des sans domicile fixe d'Île-de-France. Les personnes ayant participé au recensement étaient des personnes rencontrées dans les centres d'hébergement et d'accueil d'urgence.

Dans cette étude, le questionnaire s'est intéressé, entre autres, à la couverture maladie des personnes en situation de rue. Il en ressort alors que 90 % des personnes

interrogées bénéficiaient d'une couverture maladie, 42,3% des personnes interrogées bénéficiaient de la CMU et 15,1% de l'Aide Médicale d'État (Tableau 2).

Tableau 2 : Couverture maladie par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France, enquête Samenta, 2009

Couverture maladie	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Couverture maladie universelle (CMU)	41,2	44,3	42,3
Sécurité sociale	31,9	23,8	29,1
Aide médicale d'état (AME)	12,8	19,5	15,1
Aucune	7,8	8,4	8,0
Oui, mais ne sait pas laquelle	1,6	3,9	2,4
Ne sait pas	3,5	0,1	2,3
Ne veut pas répondre	1,2	0,1	0,8

e) Niveau de scolarité et situation professionnelle

À la suite de l'étude publiée par l'Insee en 2012, certaines données ont été traitées et publiées en 2016. Ces données s'intéressaient aux personnes diplômées du supérieur sans domicile. Une conclusion ressort assez clairement de cette étude : « *Le diplôme ne protège pas systématiquement de la précarité* »(22). En effet, 14% des adultes sans domicile francophone ont fait des études supérieures et 10 % en sont sortis diplômés.

L'étude définit le terme « études supérieures » comme tout parcours du supérieur mené à Bac + 2 ou plus et définit les personnes « diplômées du supérieur » comme ayant déclaré avoir obtenu un diplôme de niveau Bac + 2 ou un diplôme de niveau supérieur à Bac + 2.

L'apparition croissante de cette catégorie dite de « personnes diplômées du supérieur sans domicile » met en évidence deux sous-types de population.

D'une part, on retrouve des personnes sans domicile diplômées de l'enseignement supérieur français. Souvent des hommes (66 %), plus âgés (51 % sont âgés de 30 à 49 ans), vivant seuls (82 % déclarent vivre seul, sans famille ni enfant à charge). Cette tranche de la population vit plus souvent dans des villes de taille moyenne et, pour la majorité d'entre eux, ne touchent pas le Revenu de Solidarité Active.

D'autre part, on retrouve des personnes sans domicile diplômées de l'enseignement supérieur à l'étranger. Le genre est plus équilibré entre hommes et femmes (genre masculin à 53%) avec plus de femmes que dans la catégorie précédente (47% contre 34%).

Concernant l'activité professionnelle, un quart des personnes sans-domicile fixe adultes francophones occupaient un emploi, 40% étaient au chômage et environ 35% étaient inactifs (retraités, sans emploi, situation de handicap, etc.). De plus, 90% d'entre eux avaient déjà eu une activité professionnelle dans leur vie(23).

Le taux d'emploi des personnes sans domicile fixe varie en fonction de leur origine et en fonction de leurs modalités de logements.

En effet, 27% des personnes sans domicile fixe francophones d'origine étrangère ont une activité professionnelle contre 22% chez les personnes nées en France. Le taux varie également selon la durée depuis laquelle les personnes d'origine étrangère sont arrivées en France. On constate ainsi que les personnes vivant en France depuis plus de 5 ans ont un taux d'emploi plus élevé, 37% contre 17% chez les personnes arrivées en France depuis moins de 5 ans.

Les personnes vivant dans des hébergements plus stables (logements fournis par des associations) présentent également un taux d'emploi plus élevé, 31%, les personnes étant hébergées dans un centre d'accueil de jour et de nuit sont 25% à avoir une activité salariale, ils sont 21% à avoir un emploi chez les personnes hébergées en hôtel et 13% pour les gens hébergés en centre d'accueil de nuit uniquement(23).

Concernant les profils professionnels, on retrouve pour les hommes, des emplois à type d'ouvriers ou de salariés et pour les femmes, des emplois à type de salariat en entreprise ou d'aide à la personne.

f) Situation maritale

La question des relations conjugales se traite de manière différente selon les profils de personnes sans domicile fixe. En effet, les personnes issues de l'immigration sont plus souvent en couple ou accompagnées d'enfants que les personnes nées en France.

Les personnes en couple représentent 20% des personnes sans domicile fixe et 28% des personnes sans domicile fixe sont accompagnées d'enfants(10). Les personnes vivant en couple et/ou accompagnées d'enfants bénéficient plus aisément et plus fréquemment de situations d'hébergement plus stables (hôtels ou logements) en comparaison aux personnes célibataires plus souvent hébergées dans des centres que l'on doit quitter le matin ou alors, en situation de rue(10).

g) Orientation sexuelle

Dans diverses études, principalement issues de la littérature américaine, les orientations sexuelles autres qu'hétérosexuelles sont identifiées comme étant un facteur de risque à la situation de sans domicile fixe(12,16).

Une orientation sexuelle s'inscrivant dans le spectre LGBTQIA+ augmente le risque de conflits familiaux et de discrimination sociale mais également de conduites addictives et donc augmente de manière significative le risque de se retrouver en situation de sans domicile fixe(16).

Au sein de la tranche d'âge des 13-24 ans, on retrouve une proportion significativement plus élevée de personnes sans domicile fixe dans le groupe LGBTQIA+ que dans le groupe de personnes hétérosexuelles(16).

La population non hétérosexuelle en situation de rue ou de sans domicile fixe représente un groupe dit « vulnérable » car souvent marginalisé. Cet effet de marginalisation est à risque d'induire d'importants effets psychosociaux, tels que des conduites addictives, des pathologies psychiatriques (dépression, automutilation)(16). De plus, la population LGBTQIA+ est plus à risque de développer des maladies

sexuellement transmissibles causées par des conduites sexuelles à risque(24). Les personnes LGBTQIA+ sont plus à risque d'avoir des rapports sexuels non protégés ou d'avoir des relations sexuelles avec des inconnus(25). La pratique du sexe de survie et de prostitution apparaît comme plus souvent présente au sein des populations LGBTQIA+ en situation de rue(25), en particulier, chez les femmes bisexuelles qui sont le plus à risque d'infections sexuellement transmissibles(16).

Une orientation sexuelle non hétérosexuelle est donc un facteur de risque important de vie en situation de rue mais aussi et surtout de conditions de vie plus défavorables une fois en situation de rue.

Qui plus est, les comorbidités psychiatriques (dépression, conduites addictives...) et sociales (isolement, marginalisation...) sont des facteurs de risque qui diminuent la probabilité de sortie de situation de rue(12).

Il n'existe pas d'études ou de publications scientifiques permettant de quantifier la part de personnes non hétérosexuelles dans la population de personnes sans domicile fixe en France.

h) Conduites addictives

Au cours de son enquête SAMENTA en 2009, le Samu Social de Paris étudie la prévalence des troubles psychiatriques et des conduites addictives chez les sans domicile fixe.

Les troubles de santé psychiatriques et de conduites addictives sont plus élevés dans la population de sans domicile fixe que dans la population générale.

Concernant la consommation d'alcool, 21% des personnes sans domicile fixe présentent un trouble de l'usage de l'alcool contre 8,5% dans la population générale. Les troubles d'usage de drogues illicites concernent 17,5% des personnes sans domicile fixe et 16% usent de cannabis de manière régulière contre 2,5% dans la population générale(26).

Les incidences de ces différentes comorbidités sont donc plus élevées que dans la population générale mais semblent stables d'une année à l'autre(26). Cependant, les chiffres diffèrent en fonction de l'âge (on retrouve plus de cas de trouble de l'usage de l'alcool chez les jeunes), du genre (plus de conduites addictives sont retrouvées chez les hommes) et des conditions de vie des personnes sans domicile fixe(26). Qui plus est, les personnes sans domicile fixe sont plus à risque de présenter des troubles psychiatriques et plus à risque d'être victimes de vol ou d'agression (27).

Par ailleurs, on retrouve un groupe qui n'a jamais consommé d'alcool ou de substances illicites plus important dans la population de personnes sans domicile fixe (17,6%) que dans la population générale (13%)(26).

Les conduites addictives ne concernent donc pas toutes les personnes sans domicile fixe de la même manière. Ainsi, il semble exister une différence dans les consommations entre les sans domicile fixe issus de l'immigration en comparaison de ceux nés sur le sol français. En effet, dans la population issue de l'immigration, quel que soit le sexe, les migrants interrogés souffrent beaucoup moins de problèmes d'alcool ou de drogue et sont moins nombreux à fumer(21). De plus, le fait d'être une femme, d'être en couple ou d'avoir des enfants ou encore d'être hébergé en hôtel sont des facteurs de non consommation de toxiques(26).

B. Le dépistage des violences

L'OMS distingue trois types de violences (figure 2) selon qu'elles soient auto-infligées, interpersonnelles ou collectives et quatre natures d'actes violents (physiques, sexuelles, psychologiques et privation ou négligence)(28).

Les violences interpersonnelles sont divisées entre les violences familiales (violences entre membres d'une famille) et les violences communautaires (violences commises à l'égard de personnes en dehors de la cellule familiale)(28).

Les critères de définition de la violence sont l'aspect intentionnel de l'acte violent, la présence d'une victime (un individu ou un groupe d'individus) et son retentissement néfaste sur la santé des personnes exposées(28).

Typologie de la violence

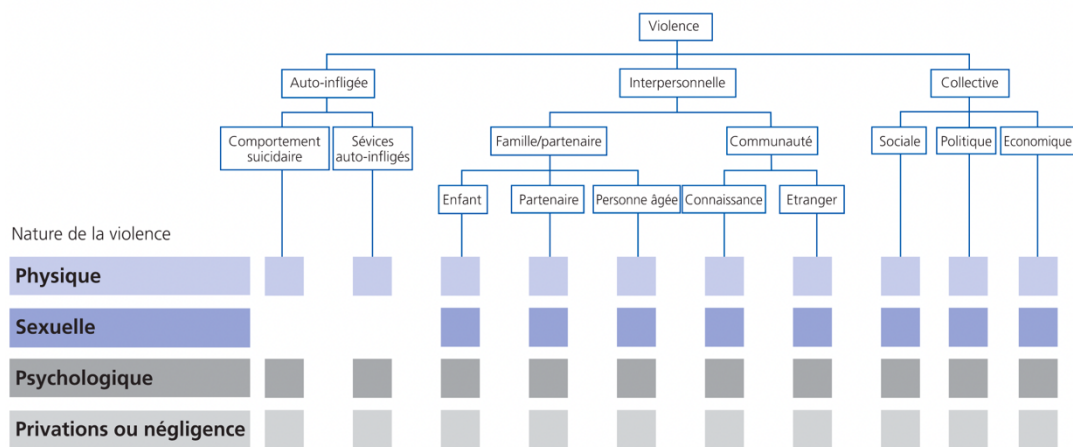


Figure 2 : Typologie de la violence, classification des différentes violences, source : Organisation Mondiale de la Santé

Selon le rapport mondial sur la violence publié par l'OMS en 2002, les groupes les plus vulnérables sont les enfants, les femmes et les personnes âgées. Les enfants sont exposés à des risques différents en fonction des âges et du genre : chez les plus jeunes, on retrouve plus souvent des mauvais traitements (garçons) et des négligences (filles), tandis que chez les adolescentes, le risque de violences sexuelles augmente plus fortement.

Les violences subies dans l'enfance ou à n'importe quel autre moment de la vie d'un individu sont un facteur de risque important de situation de rue ou de sans domicile fixe. Il semble donc important d'envisager un dépistage systématique des violences subies dès le plus jeune âge.

1. Les différents types de violences

a) *Violences physiques*

(1) Définition

Les violences physiques constituent une atteinte à l'intégrité du corps. Il s'agit d' « un acte avec pour intention ou conséquence la douleur et/ou une douleur physique »(29). Il peut s'agir d'actes tels que porter des coups, infliger des morsures, des mutilations ou des brûlures, qui peuvent inclure l'usage d'armes ou d'objets à usage détourné pour infliger des sévices physiques ou donner la mort à quelqu'un d'autre ou à soi-même.

Les violences physiques sont plus aisément objectivables médicalement, judiciairement et même socialement, elles permettent plus facilement d'en dresser des constats officiels (certificats médicaux par exemple).

(2) Épidémiologie

En 2018, environ 650 000 personnes âgées de plus de 15 ans ont été victimes de violences physiques commises en dehors des ménages, soit 1,3% de la population(30). De plus, en 2019, les violences physiques intra-familiales représentaient environ 160 000 victimes (119 000 personnes majeures et 41 000 personnes mineures)(31).

Les signalements et plaintes concernant les violences intra-familiales ont augmenté au cours des dernières années, avec une augmentation de 14% entre 2018 et 2019(31) et une augmentation plus importante encore au cours des confinements liés à la crise sanitaire de la COVID-19(32).

Jusqu'à l'âge de 14 ans, les violences intra-familiales touchent plus souvent les hommes que les femmes. Puis, à partir de l'âge de 15 ans, les femmes représentent une écrasante majorité des victimes de violences (31), principalement conjugales (conjoint, ex-conjoint). Les personnes mises en cause dans les cas de violences intra-familiales sont des hommes dans plus de 95% des cas (31).

Dans le cas des violences physiques hors ménage, elles ont le plus souvent lieu dans la rue ou sur le lieu du travail (52%). Les hommes de 15-29 ans représentent la catégorie la plus souvent touchée et les hommes en général sont les plus souvent touchés (52% des violences extra-familiales)(30). Les personnes mises en causes sont le plus souvent des hommes (83%) jeunes (43% sont des hommes de 15-29 ans)(30).

De plus, on constate une sur-représentation des personnes étrangères dans les victimes de violences comme dans les personnes mises en cause dans les violences extra-familiales(30).

Les violences physiques restent donc un problème de santé publique fortement d'actualité, affectant le plus souvent les jeunes et ayant des répercussions médico-sociales importantes.

(3) Conséquences judiciaires

Les violences physiques peuvent être évaluées sur le plan médico-légal par le retentissement sur la victime quantifié par l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT).

Les sanctions sont régies par l'article 222 du Code pénal qui prévoit une sanction de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende quel que soit le nombre de jours d'ITT (qu'il soit supérieur ou inférieur à 8 jours d'ITT) avec une majoration de la sentence à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende en cas de facteurs aggravants (33). Il semble intéressant de remarquer que parmi les facteurs aggravants, on retrouve les violences sur mineur de moins de quinze ans, sur une personne vulnérable (âge, handicap, état de grossesse, maladie), ou sur le conjoint, et en présence d'un mineur(33).

b) Violences psychologiques et verbales

Il n'existe pas de définition exacte des violences psychologiques sur le plan juridique ou médical. Cependant, on en retrouve des indices dans les différentes jurisprudences.

Ainsi, depuis la fin du XIXe siècle, la justice admet que les violences peuvent ne pas se limiter à des atteintes physiques mais peuvent aussi consister en des violences psychologiques. En effet, dans un arrêt du 19 février 1892, la Cour de cassation affirmait que les violences réprimées par la loi peuvent s'entendre de celles qui « sans atteindre matériellement la personne sont cependant de nature à provoquer une sérieuse émotion ». Plus récemment, dans un arrêt du 2 septembre 2005, il est précisé que le délit de violence peut être constitué d'un « comportement de nature à causer sur la personne une atteinte à son intégrité physique ou psychique caractérisée par un choc émotif ou une perturbation psychologique ».

Les violences psychologiques incluent le harcèlement, les violences verbales, les violences économiques, les humiliations, l'isolement mental, la jalousie pathologique, les actes d'intimidation. Elles peuvent être définies par des comportements et des propos visant à dénigrer et à déstabiliser la façon d'être d'une personne dans l'optique de provoquer un choc émotif chez la victime.

Les violences psychologiques, en opposition aux violences physiques, sont plus difficiles à objectiver sur les plans sociaux, médicaux et juridiques. Cela peut expliquer l'absence de données épidémiologiques concernant les violences psychologiques.

Les sanctions pénales sont les mêmes que pour les violences physiques, adaptées en fonction du nombre de jours d'ITT et de la présence, ou non, de facteurs dits aggravants, bien que les ITT puissent parfois être plus difficiles à quantifier dans le cadre des violences psychologiques et verbales.

c) **Violences sexuelles**

(1) **Définition**

Les violences sexuelles sont définies par l'OMS comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (34).

La violence sexuelle comprend, entre autres, le viol conjugal, ou par un ex-conjoint (ce qui concerne la grande majorité des cas) ou commis par des étrangers ou des connaissances, les avances sexuelles importunes ou le harcèlement sexuel (à l'école, au travail, etc.), le viol systématique fréquent en période de conflits militaires, l'esclavage sexuel, les grossesses forcées, les violences sexuelles à l'encontre de personnes handicapées physiques ou mentales, le viol et les sévices sexuels infligés aux enfants, ainsi que les formes dites « coutumières » telles que les mutilations sexuelles, le mariage forcé ou la cohabitation forcée(34).

(2) **Épidémiologie**

Dans le monde, la très grande majorité des violences sexuelles sont subies par des femmes et les répercussions sociales et médicales sont plus lourdes pour les femmes que pour les hommes (complications liées aux infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées et avortements non sécurisés, impact sur la santé mentale, prévalence augmentée de maladies chroniques, etc.)(34).

Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité, menée conjointement par l'Insee et le Ministère de l'Intérieur, chaque année en France, 200 000 personnes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences sexuelles, dont 176 000 sont des violences hors ménage (35). Parmi ces actes rapportés, 27% sont des viols, 16% sont des tentatives de viols et 29% sont des attouchements génitaux.

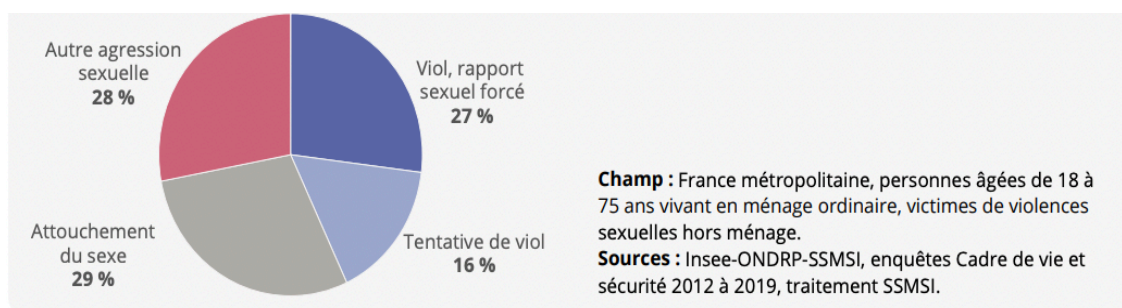


Figure 3 : Nature des violences sexuelles subies hors ménage, sur la période 2011-2018
Source : Insee-Observatoire Nationale Délinquance Réponses Pénales - Ministère de l'Intérieur, Enquête de Cadre de Vie et Sécurité 2012-2019

Ces actes concernent principalement des femmes (77%) et les jeunes (18 à 29 ans dans 44% des cas) (35). Il est également intéressant de noter que les violences sexuelles constituent un risque pour les femmes tout au long de leurs vies, tandis que le risque diminue drastiquement pour les hommes.

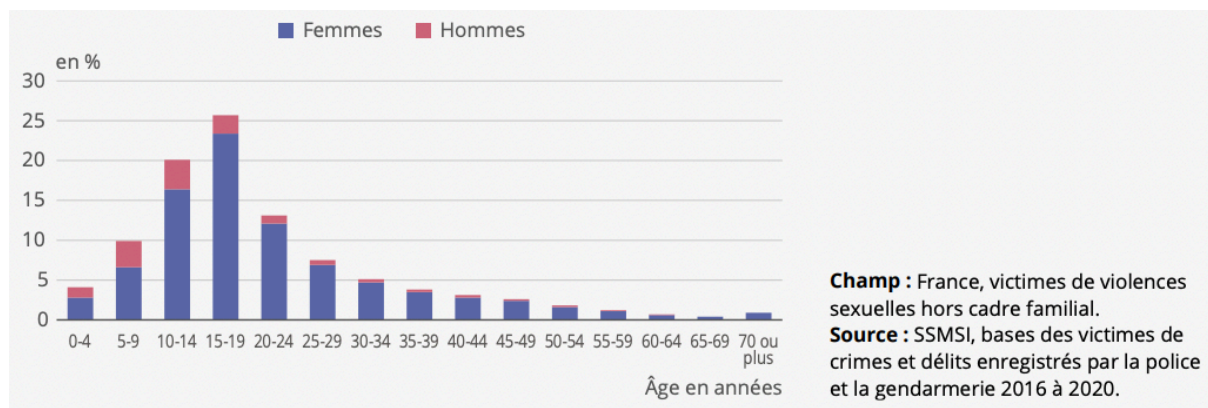


Figure 4 : Répartition par âge et par genre des victimes de violences sexuelles

Source : Insee-Observatoire Nationale Délinquance Réponses Pénales - Ministère de l'Intérieur, Enquête de Cadre de Vie et Sécurité 2012-2019

Dans le rapport d'étude sur les Violences et Rapports de Genre (VIRAGE), on constate une différence de circonstances dans lesquelles surviennent les violences sexuelles. Les lieux dans lesquels les femmes sont le plus à risque de subir des violences sexuelles sont l'environnement familial et conjugal d'abord, puis l'espace public et les lieux d'études, tandis que les hommes rapportent des violences sexuelles majoritairement subies dans l'espace public et le cercle familial et ne déclarent que très peu de violences conjugales ou intra-familiales(36).

Tableau 3 : Proportion (%) de victimes de violences sexuelles au cours de la vie, par espace de vie
 Source : Ined, enquête Virage 2015

Espace de vie	Viols et tentatives de viol		Toutes violences sexuelles ⁽¹⁾	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Famille et proches	1,61	0,32	5,00	0,83
Études	0,20	0,04	1,38	0,49
Couple ⁽²⁾	1,39	0,03	1,91	0,31
Travail	0,06	0,00	1,79	0,57
Espace public et autres	0,90	0,27	7,85	2,19
Tous espaces de vie	3,72	0,61	14,47	3,94

Ces chiffres semblent être une estimation basse du nombre réel de violences sexuelles chaque année. En effet, il s'agit du nombre de personnes ayant rapporté ces actes auprès des autorités ou l'ayant déclaré au décours de l'enquête. Il est estimé qu'environ 80% des personnes victimes de violences sexuelles ne se déplacent pas à la police ou à la gendarmerie pour signaler les faits. Souvent, elles y renoncent car

elles pensent que cela ne servirait à rien ou parce qu'elles préfèrent trouver une autre solution ou bien par peur de devoir subir des épreuves supplémentaires(35).

(3) Conséquences judiciaires

La législation régissant les violences sexuelles est inscrite dans le Code Pénal à l'article 222-22. Il y est d'abord rappelé les définitions : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur »(34). De plus, le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise »(37). Il est par ailleurs rappelé que la contrainte peut être physique ou morale. Dans les cas de violences sur mineurs, la différence d'âge peut être considérée comme une contrainte.

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle et vingt à trente ans en présence de facteurs aggravants. Les autres cas d'agressions sexuelles sont considérés comme des délits et sont sanctionnés de cinq à dix ans d'emprisonnement et de 75 à 150 000 euros d'amende en fonction des facteurs aggravants, des circonstances et des répercussions sur l'état de santé de la victime (37).

Cependant, on constate un contraste important entre l'esprit de la loi et sa mise en pratique. En effet, sur les 200 000 agressions sexuelles annuelles, on compte entre 6 000 et 8 000 condamnations pour violences sexuelles par an, soit entre 3 à 4 % des violences sexuelles sont condamnées, ce qui concerne entre 0,3 et 1% des viols (38). Ces chiffres sont en baisse depuis le début des années 2000. Cette diminution peut, en partie, s'expliquer par des évolutions du système judiciaire et par le fait que les victimes d'agressions sexuelles ne vont que très rarement porter plainte(38).

d) Mutilations sexuelles

Les mutilations sexuelles concernent principalement les femmes dans des contextes de violences « traditionnelles » et certains cas de mutilations masculines (circoncision) lorsqu'elles sont réalisées dans des situations extra-médicales avec des conséquences parfois fonctionnelles ou traumatiques.

(1) Mutilations sexuelles féminines

(a) Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, les mutilations sexuelles féminines « recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales »(39). Ces pratiques ne

présentent aucun avantage pour la santé des femmes et sont le plus souvent effectuées par des circonciseurs traditionnels.

Les mutilations sexuelles féminines sont divisées en 4 types (40) :

- Excision du capuchon avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris (type I),
- Excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres et des grandes lèvres (type II)
- Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation) (type III)
- Toute autre intervention néfaste (piqûre, perforation, incision, brûlure) des organes génitaux féminins (type IV)

(b) Épidémiologie

Dans le monde, 100 à 140 millions de femmes ont subi une mutilation sexuelle dont 5% vivent dans les pays du Nord (6 à 7 millions de femmes mutilées vivent en Europe ou en Amérique du Nord) (40). Ces mutilations sont principalement pratiquées en Afrique sub-saharienne et dans quelques régions du Proche-Orient et de l'Asie du Sud-Est.

Au sein de chaque pays, les règles de pratiques des mutilations sexuelles varient en fonction des traditions et des règles locales. Par ailleurs, ces pratiques ne semblent pas liées à des religions, elles sont présentes dans des pays à majorités religieuses différentes et on retrouve des traces de ces pratiques avant l'apparition des religions monothéistes(41). De plus, il semble difficile de dresser une corrélation entre le niveau de richesse ou l'origine socio-économique des familles ou de l'environnement et les pratiques de mutilations génitales (41).

Le nombre de femmes mutilées est en diminution dans la plupart des pays et la pratique est condamnée par l'OMS qui demande aux structures médicales de ne pas pratiquer ces actes (40).

En France, avec la féminisation progressive de l'immigration, le nombre de femmes excisées a augmenté depuis le début des années 1980. Deux études menées en 1982 et 1989, ont permis une estimation statistique du nombre de femmes excisées vivant sur le sol français compris entre 40 000 et 60 000 femmes (40). En 2019, le nombre de femmes mutilées est estimé à 125 000 femmes(42).

Les principaux facteurs de risque de mutilation sexuelle pour une femme sont le fait d'être originaire d'un pays où sont pratiquées les mutilations sexuelles (Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Gambie, Guinée-Conakry, Mali, Mauritanie, Nigéria, République Centre Africaine, Sénégal, Somalie, Soudan, Tchad, Togo) et le fait d'avoir une mère ayant elle-même subi une mutilation sexuelle (11% des filles de femmes mutilées subissent une mutilation sexuelle(43)). Il est estimé qu'entre 12 et 20% des filles âgées de 0 à 18 ans vivant en France et originaires de pays où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées seraient menacées ou pressurisées par leur entourage (43).

Les mutilations surviennent souvent au décours d'un voyage, elles peuvent survenir après l'arrêt du suivi à la PMI, avant l'entrée en primaire, collège ou lycée ou avant le mariage (42).

(c) Prise en charge médico-légale des mutilations sexuelles féminines

Les médecins jouent un rôle pivot dans la prévention et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

Le rôle de prévention réside dans l'identification des situations à risque (en fonction des pays d'origine et de l'environnement familial) et dans un suivi régulier médical (général et gynécologique) et social dès le plus jeune âge.

La prévention est également couverte par le Code Pénal en fonction du degré d'urgence.

Ainsi, pour une patiente mineure, face à un risque imminent de mutilation sexuelle féminine, les médecins doivent réaliser un signalement en urgence (information auprès du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance) et adresser une copie à la Cellule de Recueil des informations Préoccupantes du Conseil Départemental (CRIP). Si le risque n'est pas considéré comme imminent, une information préoccupante doit être transmise à la CRIP (42).

Dans le cas des patientes majeures, face à un risque de mutilation sexuelle féminine, il est recommandé d'orienter la patiente vers les associations spécialisées (le 3919 – Violences Femmes Info par exemple). Si le risque est considéré comme imminent, la patiente peut relever d'un dispositif de mise à l'abri des femmes en danger en hébergement d'urgence (115), l'appel à la police est également recommandé.

En cas de mutilation sexuelle avérée, le signalement doit être fait au plus vite pour permettre une prise en charge multidisciplinaire la plus exhaustive possible.

Le signalement ne peut être réalisé qu'avec le consentement de la patiente sauf si celle-ci est mineure.

L'article 227-24 du Code Pénal prévoit une sanction de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende pour « le fait de faire à un mineur des offres, promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée » et pour le « fait d'inciter directement autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée »(44).

En revanche, lorsque les mutilations ont déjà été commises, elles relèvent alors de l'article 222 du Code Pénal cité dans le cas des violences physiques. Le Code Pénal prévoit alors un minimum de dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende(45).

(2) La circoncision rituelle : une mutilation sexuelle ?

La circoncision rituelle – en opposition à la posthectomie à visée thérapeutique – est une pratique ancienne, pratiquée, entre autres, dans deux des religions monothéistes des plus répandues dans le monde. Elle consiste en l'excision totale ou partielle du prépuce. L'opération est le plus souvent réalisée dans la petite enfance, voire en période périnatale en fonction des traditions (à 8 jours de vie dans la religion juive).

La circoncision rituelle semble s'opposer aux principes de Droit français. En effet, le principe de l'inviolabilité du corps humain inscrit dans le Code Civil et les articles 222 et 227 du Code Pénal qui garantissent la protection du corps et préviennent quiconque d'effectuer une opération non à visée thérapeutique sans le consentement de la personne visée (46). Cependant, le Droit Français reconnaît également le droit des parents à exercer leur religion et à la transmettre à leur descendance. Ainsi, la circoncision rituelle n'est pas sanctionnée par le Droit Français.

Il existe plusieurs jurisprudences ayant permis d'encadrer la circoncision rituelle, tant sur le plan de la responsabilité parentale que de la responsabilité médicale ou du circonciseur.

Les différentes jurisprudences convergent donc sur le fait que la circoncision rituelle doit être une codécision parentale(46), l'absence du consentement des deux parents est considérée comme une faute médicale et si le consentement des deux parents est réuni alors rien ne s'oppose à la circoncision de l'enfant(46).

La circoncision ne s'inscrit donc pas dans le registre des mutilations sexuelles ni des violences physiques au regard du Droit Français.

e) Conséquences des violences

Quel que soit le type de violences subies par un individu et quelle que soit la période de vie à laquelle la personne subit ces violences, elles peuvent occasionner des psychotraumatismes et laisser des séquelles sur les plans somatique, psychologique et social.

On peut différencier les violences ayant eu lieu dans l'enfance, appelées expériences négatives de l'enfance, en anglais « Adverse Childhood Experiences » (ACE) de celles subies dans la vie adulte. Les effets des maltraitances infantiles sont à appréhender sur le court et le long termes avec un impact sur le développement socio-affectif et comportemental, physique, neurobiologique et cognitif des enfants(47). Il est estimé que chaque année, dans les pays dits « développés », entre 4 et 16% des enfants subissent des violences physiques, 10% des enfants subissent des violences psychologiques et entre 5 et 10% des jeunes filles et 5% des jeunes garçons subissent des violences sexuelles (48).

On peut également distinguer les événements traumatiques uniques (type I) et les événements traumatiques répétés (type II) qui conduisent à des complications plus importantes et plus variées(49).

(1) Le psychotraumatisme

Dans la littérature, le psychotraumatisme se décline en deux parties différentes, on retrouve d'abord les réactions immédiates à l'impact traumatique(49) (la dissociation péri-traumatique, la détresse péri-traumatique et l'état de stress aigu) et ensuite, l'état de stress post-traumatique en fonction du délai d'apparition des symptômes.

Ces réactions correspondent à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite d'une exposition directe et personnelle à un traumatisme (risque de mort, de

blessures graves) ayant entraîné une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance.

L'état de stress aigu ou « trouble stress aigu » apparaît dans les suites immédiates de l'événement dit traumatique et dure de 2 jours à 4 semaines. On retrouve la même symptomatologie que dans le trouble stress post-traumatique. L'évolution peut être spontanément résolutive ou alors se convertir, au bout d'un mois, parfois plus, en un trouble stress post-traumatique (49). L'évolution vers le trouble stress post-traumatique est plus probable lorsque l'état de stress aigu est ponctué de symptômes importants (symptomatologie dissociative, reviviscences, mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, amnésie lacunaire de l'événement).

Le trouble stress post-traumatique est un trouble psychiatrique survenant plus d'un mois après un événement traumatisant. Il engendre une souffrance morale et des conséquences somatiques ou somatoformes ayant un impact sur la vie sociale, professionnelle et personnelle.

La sémiologie du trouble stress post-traumatique est décrite dans le DSM-V dans la catégorie « Trauma and Stress-Related Disorders ». On y recherche la présence de symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation et le caractère instantané (apparaissant 1 mois après le traumatisme) ou différé (survenant à plus de 6 mois de l'épisode traumatique)(50).

Les critères sémiologiques sont résumés dans le DSM-V(51) :

- Exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons différentes (en étant directement exposé, en étant témoin direct d'événements traumatiques, en apprenant que des événements traumatiques sont arrivés à un proche, en étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques).
- Présence d'un ou de plusieurs symptômes envahissants ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques :
 - o Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 - o Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 - o Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
 - o Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 - o Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue du ou des événements traumatiques avec au moins une des deux manifestations suivantes :

- Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement liés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue de cet ou de ces événements traumatiques, avec au moins deux des éléments suivants :
 - Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques dû à une amnésie dissociative.
 - Croyances ou atteintes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.
 - Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 - État émotionnel négatif persistant (crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (bonheur, satisfaction, sentiments affectueux).
- Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, avec les éléments suivants :
 - Comportement irritable ou accès de colère qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets
 - Comportement irréfléchi ou autodestructeur
 - Hypervigilance
 - Réaction de sursaut exagérée
 - Problèmes de concentration
 - Perturbation du sommeil
- Ces perturbations durent plus d'un mois, entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

La prévalence du trouble stress post-traumatique en Europe est estimée à 1.9% (2.9% chez les femmes et 0.9% hommes)(52). Dans le cas d'un événement traumatique unique, le trouble stress post-traumatique survient dans 30% des cas(49). Le risque de survenue d'un trouble stress post-traumatique augmente à chaque nouvelle survenue d'un traumatisme.

Il a été démontré que les violences sexuelles augmentent les risques de trouble stress post-traumatique et des troubles du comportement. Cependant, les traumatismes uniques ou répétés ne sont pas le seul élément déclenchant d'un trouble stress post-traumatique. Ils représentent des facteurs de risque pouvant déclencher des troubles ou maladies somatiques. En effet, l'expression phénotypique de différents gènes peut modifier la réponse à un événement traumatique. Par exemple, un allèle court du gène 5-HTT augmente le risque de trouble dépressif après un traumatisme récent ou dans les suites de maltraitements infantiles. Le risque de trouble du comportement après des violences sexuelles est multiplié par trois en cas de présence de l'allèle L du gène de la MonoAmine Oxydase A. De plus, des études anatomopathologiques sur des cerveaux de personnes suicidées ont démontré que des maltraitements infantiles altèrent de façon durable certains gènes impliqués dans la réponse au stress(49).

(2) Conséquences somatiques

Les personnes ayant subi des violences dans l'enfance présentent plus de symptômes somatiques que celles qui déclarent ne pas en avoir subi. On constate, entre autres, une augmentation significative de céphalées, d'obésité, de colopathies fonctionnelles (syndrome de l'intestin irritable), de douleurs pelviennes, de troubles fonctionnels urinaires, de douleurs thoraciques, d'infections génitales, de douleurs mammaires, de dysménorrhées, de douleurs musculosquelettiques ou de crises convulsives non épileptiques(53).

Les personnes ayant subi des violences au cours de leur vie d'adulte peuvent présenter les mêmes types de symptômes somatiques. Les troubles somatiques peuvent apparaître plusieurs années après la survenue de violence.

Les séquelles physiques dues aux violences physiques sont importantes. Les violences sexuelles laissent des séquelles physiques dans 20% des cas(35). Entre 2016 et 2018, 41% des victimes de violences sexuelles ont présenté des blessures ou des fractures(30). Dans ces statistiques, les répercussions physiques secondaires ne sont pas quantifiées, on peut donc envisager un taux de séquelles plus élevé que celui estimé par l'Insee.

(3) Conséquences psychologiques : Troubles du comportement

Les violences ont des répercussions psychologiques encore plus importantes que les séquelles physiques(54). Les violences subies dans l'enfance augmentent le risque de trouble anxio-dépressif – i.e. d'état dépressif caractérisé – et de tentatives de suicide. Les personnes ayant subi des violences dans l'enfance sont plus souvent hospitalisées en psychiatrie. Les études décrivent également un lien avéré entre les violences subies dans l'enfance et le développement de trouble du comportement

dans l'enfance, de comportements d'automutilation ou de trouble stress post-traumatique (48,53). Parmi les personnes ayant subi des violences sexuelles, 54% présentent des séquelles psychologiques importantes dont 72% ayant subi des viols ou des tentatives de viol(35).

Les violences subies au cours de la vie adulte ont également un impact psychologique important et peuvent conduire aux mêmes répercussions que les violences subies dans l'enfance.

Tableau 4 : Conséquences somatiques chez les personnes ayant subi des violences infantiles

Conséquences somatiques	Facteur de risque
Tabagisme	x 2
Dépression durant plus de 2 semaines	x 4,6
Tentatives de suicide	x 12,2
Alcoolisme	x 7,4
Maladie sexuellement transmissible	x 2,5
Cancer	x 1,9
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	x 3,9
Hépatite	x 2,5
État de santé précaire	x 2,2
Obésité sévère	x 1,6
Absence d'activités physiques de loisir	x 1,3
Toxicomanie	x 4,7
Coronaropathie	x 2,2
Agressions	x 2,4
Diabète	x 1,6
Fractures	x 1,6
> 50 partenaires sexuels	x 3,2

— Source : Felitti, 1998

Dans le tableau 4 ci-dessus, il est étudié la relation entre violences infantiles (agressions sexuelles, maltraitance) et pathologies ou troubles somatiques développés au cours de la vie adulte. On constate alors une augmentation du nombre de facteurs de risques cardio-vasculaires, de cancer mais également de conduites à risque (promiscuité sexuelle, troubles des conduites addictives, sédentarité)(55). Ces risques sont pondérés en fonction des réponses au questionnaire ACE-Score (Adverse Childhood Experiences). Ainsi, plus les traumatismes sont répétés, plus les risques de présenter des troubles de conduites, des troubles somatoformes ou des pathologies augmentent.

(4) Conséquences addictologiques

Sur le plan addictologique, on constate un lien significatif entre les violences subies et la consommation de tabac, de drogues et d'alcool(48,54,56). Qui plus est, les conduites addictives sont d'autant plus importantes lorsque les expériences traumatiques de l'enfance ont été importantes(57).

(5) Conséquences sociales

Les personnes déclarant avoir subi des violences quelles qu'elles soient dans l'enfance sont plus à risque de subir des violences physiques, psychologiques ou sexuelles à l'âge adulte. Elles sont également plus à risque d'avoir des comportements criminels à l'âge adulte (53).

L'impact des violences et des expériences traumatiques de l'enfance se traduit également dans la situation socio-professionnelle des victimes. Il existe un lien avéré entre les expériences traumatiques de l'enfance et les problèmes d'une personne à trouver un travail(58).

Les violences subies à l'âge adulte peuvent également provoquer des troubles psycho-sociaux (agoraphobie, phobies sociales, etc.)(54).

f) Prise en charge des victimes de violence

La prise en charge des victimes de violence se fait par la prise en charge des symptômes de stress psychotraumatiques, des conséquences psycho-sociales et des symptômes somatiques engendrés par le traumatisme.

La prise en charge du psychotraumatisme doit être réalisée de manière multidisciplinaire. En effet, le traitement d'un psychotraumatisme passe dans un premier temps par une évaluation « victimologique » pour évaluer les besoins sociaux, juridiques et thérapeutiques des patients (59). Dans un second temps, la prise en charge par des acteurs experts dans les différents domaines (avocats, enquêteurs, assistants sociaux, médecins, psychologues) doit être réalisée dans un environnement adapté qui éloigne la victime des conditions du psychotraumatisme (59).

Des méthodes de psychothérapie efficaces ont été développées et validées pour la prise en charge des patients victimes de psychotraumatisme.

L'EMDR (Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing) est une méthode qui vise à stimuler les processus de traitement des informations pour stimuler des processus d'« auto-guérison psychologique »(60). Elle a pour but de modifier la nature intrusive des souvenirs traumatiques pour les classer comme souvenirs contextualisés, biographiques. L'EMDR permet également la réduction de la sévérité des symptômes tels que la dissociation ou l'insomnie chez les personnes ayant un trouble stress post-traumatique(61).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies centrées sur le traumatisme. Elles sont considérées comme plus efficaces lorsqu'elles sont débutées précocement. En association avec d'autres méthodes de psychothérapie telles que les thérapies d'exposition imaginaire, les TCC permettent de réduire de

manière significative les symptômes liés aux troubles stress post traumatique (anxiété, dépression, etc.) (62).

Bien que les traitements des troubles stress post-traumatiques relèvent essentiellement de la psychothérapie, l'usage de certains médicaments médicamenteux permet d'atténuer la sévérité des symptômes et d'aider à la guérison de ces troubles(63).

Sur le plan pharmacologique, dans le trouble stress aigu, l'usage des benzodiazépines n'est pas recommandé. En effet, l'utilisation des benzodiazépines augmente la sévérité des symptômes de l'état de stress aigu mais également des symptômes du trouble stress post traumatique. Les benzodiazépines sont également liées à une diminution de l'efficacité de la psychothérapie, une augmentation des symptômes dépressifs et des troubles des conduites addictives(64).

Chez les patients présentant des symptômes sévères ou évoluant de manière chronique, l'usage des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine est recommandé en première intention. La paroxétine(65), la venlafaxine, la sertraline et la fluoxétine ont montré une efficacité significative concernant la prise en charge du syndrome dépressif dans le trouble stress post-traumatique et dans le traitement des symptômes du trouble stress post-traumatique(63,66). Cependant, une étude récente a permis de constater qu'il n'y avait pas de différence notable entre la sertraline et un placebo (67).

La prise en charge des symptômes somatiques et des conséquences psychosociales (troubles du comportement par exemple) passe par un dépistage actif et le plus systématique possible des violences subies.

2. Le dépistage des violences

La prise en charge des violences commence par un dépistage efficace. Le dépistage peut être réalisé dans toutes les sphères de vie sociale (en milieu scolaire ou professionnel...). Par ailleurs, le dépistage peut et devrait être réalisé de manière systématique lors des consultations médicales.

a) Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences subies

Dans le monde, on considère que deux tiers de la population âgée de 18 à 75 ans est « protégée » des problèmes de violence, de santé et d'autres événements de la vie(54). Au sein de cette portion de la population, on retrouve des gens qui ont peu ou pas été exposés aux violences et qui, pour la moitié d'entre eux, ne présentent pas de problème de santé évident. Pour l'autre moitié, les problèmes de santé signalés sont en rapport avec l'âge ou le fait d'être une femme(54). Les 30% de la population restant rapportent, au cours des douze derniers mois, des violences psychologiques (26%), des violences sexuelles (2,5%), des violences physiques (2,5%) et des combinaisons de violences physiques, psychologiques et sexuelles (1%)(54). Un des rôles des professionnels de santé, et du médecin traitant en particulier est de dépister les violences subies par le tiers de la population victime de traumatismes uniques ou répétés.

Cependant, le repérage et le dépistage des violences restent encore très insuffisants. Les freins au dépistage identifiés par les médecins sont multiples. Les violences subies sont considérées comme un sujet tabou : les victimes de violences ne sont pas toujours enclines à parler de ces traumatismes et les médecins peuvent parfois se sentir isolés et démunis dans la prise en charge des traumatismes et préfèrent ne pas aborder ces questions de peur de ne pas pouvoir aider leurs patients en cas de réponses positives (68).

Dans des études qualitatives portant sur l'évaluation des pratiques et du dépistage des violences(69), des médecins généralistes discutent de l'intérêt d'un dépistage systématique. Il en ressort que les médecins généralistes sont plus favorables à un dépistage ciblé qu'à un dépistage systématique des violences conjugales. Or, une étude Canadienne de 2011 s'intéressant aux ressentis des patientes démontrait qu'elles étaient plus demandeuses d'un dépistage systématique(68).

D'un point de vue pratique, on constate que les patients qui ont subi ou qui subissent des traumatismes uniques ou répétés peuvent présenter des troubles somatiques avec des symptômes écrans. Parfois, il est observé des épisodes de rupture avec l'état antérieur (troubles somatiques multiples et médicalement inexpliqués, cassure de la courbe de poids chez un nourrisson, chute brutale des résultats scolaires, apparition de troubles du comportement, énurésie, encoprésie, etc.). Le lien entre des symptômes dits « symptômes écrans » et un traumatisme ne peut être fait qu'avec une anamnèse complète. Lorsqu'un médecin pose systématiquement la question de l'existence d'événements traumatiques, une réponse positive est donnée dans environ 30% des cas(50). De plus, lorsque la question est posée, elle est accueillie positivement dans la plupart des cas et les médecins constatent que la relation thérapeutique se modifie et de nombreux troubles fonctionnels s'améliorent ou disparaissent(50).

Il semble donc nécessaire de lever les tabous et les idées préconçues pour mieux dépister les violences.

Dans le cas particulier des mutilations sexuelles, un dépistage systématique appliqué aux personnes originaires des pays les plus à risque de mutilations sexuelles peut être envisagé afin de permettre un travail de prévention et de dialogue avec les familles concernées(42).

Il semble donc que le médecin généraliste occupe une place centrale dans le dépistage des violences. Un des rôles du médecin généraliste, médecin traitant ou médecin de famille est donc un rôle de repérage pour identifier les 30% de personnes victimes de violences au sein de la population française. Cette mission peut être variable en fonction des territoires dans lequel le médecin officie (54) mais un dépistage systématique permettrait de mettre en évidence des situations de violences intra ou extra-familiales peu évidentes au premier abord.

b) Particularité du dépistage des violences chez les sans domicile fixe

La population de personnes en situation de rue constitue une population complexe pour le dépistage des violences subies. En effet, la précarité et l'isolement augmente le risque de subir ou d'avoir subi des violences et les personnes sans domicile fixe présentent également un accès aux soins plus difficile que le reste de la

population(69,70). De plus, certaines études qualitatives menées auprès de personnes sans domicile fixe en Amérique du Nord ont mis en évidence un sentiment de discrimination ou de ne pas être le bienvenu dans des cabinets médicaux(70), ce qui représente un facteur limitant à la bonne prise en charge des personnes en situation de rue.

(1) Consultations des personnes sans domicile fixe en médecine générale

(a) Accessibilité et limites de la consultation en médecine générale par les personnes sans domicile fixe

En France, une étude menée sur les données de l'Insee de 2012 a montré que la très grande majorité (9 personnes sur 10) des personnes sans domicile fixe avait consulté un médecin au cours de l'année précédente. Les consultations dentaires, en revanche, étaient beaucoup plus faibles (environ 30% des hommes et 40% des femmes ont consulté un dentiste au cours de l'année précédente)(71). De plus, 1 sans domicile sur 10 n'avait pas de protection sociale et 1 sur 4 n'avait pas de complémentaire santé(71). Les personnes adultes en situation de rue se définissaient en mauvaise santé physique et mentale(71).

Une étude réalisée auprès de médecins généralistes marseillais a mis en évidence plusieurs freins à la bonne qualité des consultations de personnes sans domicile fixe. Ils sont de différentes natures : les limites administratives, les difficultés à la continuité des soins ou des difficultés personnelles et de communication ont, entre autres, été mises en avant(69). Les limites administratives concernaient principalement les droits sociaux et les paiements de la consultation. Les difficultés personnelles étaient en lien avec les difficultés de soigner les patients correctement (suivi médical difficilement réalisable, comorbidités multiples à traiter simultanément, continuité des soins chronophage et parfois peu efficace, etc.)(69).

On constate alors que la population de personnes sans domicile fixe semble avoir un accès aisé à un médecin traitant(71) mais que la prise en charge médicale est plus complexe et souvent très difficile, voire impossible à maintenir au long terme(69).

(b) Consultations en centres dédiés

Plusieurs études ont démontré que le cabinet de médecine générale classique n'est pas le cadre le plus adapté à la consultation des personnes sans domicile fixe (72). De plus, des études nord-américaines et britanniques ont démontré que les soins délivrés dans des structures adaptées aux personnes sans domicile fixe étaient de meilleure qualité(67,68).

Les lieux de consultations adaptés aux personnes sans domicile fixe sont des lieux dans lesquels la présence médicale peut être assurée en parallèle de services

de prise en charge sociale, psychologique, infirmière et soignante (aide à l'hygiène et à la sustentation).

En France, plusieurs systèmes de consultation de médecine générale spécialement adaptés à la consultation des personnes sans domicile fixe ont été mis en place (Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), consultations médicales dans les foyers d'urgence ou dans les structures d'accueil de jour, etc.).

La création de services de consultations adaptés aux personnes sans domicile fixe aurait permis une réduction du nombre de consultations dans les services d'accueil des urgences, un meilleur taux de rendez-vous honorés par les patients sans domicile fixe et de meilleures prises en charge des pathologies(74).

(c) Méthodes de dépistage des violences

Comme il a été vu précédemment, la meilleure méthode de dépistage de violences subies, quelle que soit la population visée, reste une anamnèse approfondie réalisée de la manière la plus systématique possible.

Certains outils permettent d'approfondir l'enquête lorsque des suspicions fortes l'imposent. Il peut s'agir de questionnaires adaptés aux situations. Depuis 2021, par exemple, le questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool) (voir Figure 27 : Version française du questionnaire WAST, de dépistage des violences conjugales) a été validé pour le dépistage de violences conjugales(75).

De plus, le ministère de l'Intérieur a publié, en 2019, une grille de dépistage de violences conjugales (voir Figure 28 : Grille d'évaluation de la situation des victimes au sein d'un couple).

D'autres questionnaires tels que le ACE Score (voir Figure 29 : ACE score Source: Adverse Childhood Experiences Study, Felitti, 1998), permettent de dépister les violences et d'en appréhender les conséquences potentielles (voir Figure 30 : Conséquences des violences en fonction des résultats au ACE score Source : Adverse Childhood Experiences, Felitti, 1998).

Des outils de type échelle numérique d'évaluation peuvent également être utilisés, tels que le « Violentomètre » (voir Figure 31 : Violentomètre) qui peut être utilisé par les patients et peut parfois leur permettre de s'apercevoir de la gravité de leur situation.

Le dépistage des violences peut donc s'aider de plusieurs outils complémentaires mais il reste important de préciser que ces outils ne peuvent être utilisés qu'au décours d'une anamnèse élargie et un dépistage systématique. Il semble important de considérer le dépistage systématique des violences comme un acte médical à part entière.

(2) Violences subies par les personnes sans domicile fixe

En France, les dernières données recueillies concernant les violences subies par les personnes sans domicile fixe remontent à l'année 2009 avec l'étude Samenta⁽²²⁾.

Dans cette étude, plus de 10% des personnes déclaraient avoir été placées en foyer de manière temporaire et 5 % de manière prolongée. De plus, 40 % des personnes déclaraient avoir subi des violences psychologiques, 28% des violences physiques et 10% des violences sexuelles. Un quart des personnes interrogées disaient avoir vécu en zone de guerre.

Les violences subies au cours des douze derniers mois ont également été quantifiées. Ainsi, plus d'un tiers de la population interrogée déclarait avoir été victime de violences.

Tableau 5 : Type de violences subies par genre chez les personnes sans domicile fixe en Île-de-France au cours des 12 derniers mois

Type de violence	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Regards/paroles irrespectueux ou humiliants	37,3	32,8	35,7
Menaces verbales	24,0	19,7	22,5
Vol	21,5	16,6	19,8
Agressions physiques	13,0	13,5	13,2
Coups lors de bagarres *	13,8	3,9	10,4
Agressions sexuelles*	0,2	2,1	0,9

(Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles)

* p<0,001

Le taux de violences subies par les personnes sans domicile fixe recensé dans l'étude Samenta était donc bien plus élevé que celui de la population générale à la même période(26,54).

À la suite des lectures caractérisant ces phénomènes, l'absence de données récentes, l'augmentation massive et le changement de la population sans domicile fixe, nous avons débuté cette étude. Il s'agit aussi d'explorer le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et donc de la prévention des violences auprès d'un public vulnérabilisé. Médecin, qui semble avoir une place importante et peut-être même centrale dans le dépistage et la prévention des violences et de la situation de sans-abrisme.

IV. Matériels et Méthodes

A. Phase exploratoire et état de la question

Afin d'aborder la question dans sa globalité, des discussions ont été menées avec les médecins intervenant au CHAPSA de Nanterre, et certaines consultations de victimologie ont été observées. De plus, une expérience en tant qu'interne à la Maison dans la Rue a été mise à profit, ainsi que des interventions dans certaines structures d'accueil prolongé pour les femmes sans domicile fixe, comme le Palais de la Femme.

Les expériences personnelles ont permis de constater que le dépistage et les soins des personnes sans domicile fixe sont complexes et nécessitent une amélioration de la prise en charge.

Les conversations et les entretiens avec les médecins du CHAPSA ont également fourni des enseignements précieux.

D'abord, les violences subies sont multiples et leurs conséquences revêtent des formes très différentes d'une personne à l'autre, ce qui m'a fait comprendre l'intérêt d'un dépistage systématique. En effet, une personne ayant pu subir des sévices importants (tortures par des militaires dans son pays par exemple) peut se présenter devant le médecin et ne parler que de troubles somatiques d'apparence mineure et n'abordera les sujets plus importants que si elle y est invitée.

De plus, la crise sanitaire et le confinement, aura permis d'offrir le temps nécessaire aux patients comme aux médecins pour aborder des sujets plus personnels et plus importants. Au-delà du contexte sanitaire exceptionnel et complexe, cela met en évidence l'intérêt de prendre du temps avec les patients en général bien sûr, mais encore plus avec les patients les plus vulnérables. Le dépistage peut parfois nécessiter plusieurs consultations et afin d'établir la relation soignant-soigné nécessaire.

B. Investigateur

Le recrutement des personnes interrogées et les entretiens ont été réalisés par un investigateur unique. Dans le cadre de cette étude, l'investigateur a été le seul responsable de la collecte des données et des entretiens. Son rôle était de créer un environnement sécurisé et confidentiel pour permettre aux participants de s'exprimer librement sur leur vécu de violences potentielles. L'investigateur a été formé à l'écoute active et à l'empathie, favorisant ainsi une relation de confiance avec les participants.

Par ailleurs, en tant qu'unique investigateur, l'auteur a pu assurer une cohérence dans la méthodologie utilisée tout au long de l'étude. Cela a permis de minimiser les biais éventuels et d'obtenir des résultats fiables et comparables.

De plus, bien que médecin ne travaillant pas au centre, l'investigateur était entouré de médecins dont les consultations étaient ouvertes, permettant une possibilité de prise en charge médico-psychologique et sociale sur les lieux de recueil.

C. Questionnaire

Le questionnaire avait pour objectif de recueillir les violences subies au cours de la vie chez les personnes interrogées. Le questionnaire utilisé a été construit à l'aide d'une étude de la bibliographie préexistante des enquêtes et des thèses traitant du dépistage des violences antérieurement conduites dans différents lieux de soin et des échanges sur les spécificités des patients avec les médecins exerçant au CHAPSA. Certaines publications médicales ont permis d'orienter les axes de recherches afin d'établir un questionnaire de dépistage basé sur la biographie des participants. Ce questionnaire a été inspiré de celui de l'enquête DEVIFFE de 2014, de l'étude Adverse Childhood Experiences de 1998 et du questionnaire de l'étude « Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? ».

Une fois le questionnaire établi, la priorité fut d'inclure des éléments d'introduction et d'orientation des questions ainsi que des numéros et des lieux de recours, dont la consultation médicale du CHAPSA à communiquer aux personnes en cas d'exposition à des violences. Des phrases clés de réassurance ont été placées au début et à la fin de chaque partie du questionnaire afin de s'assurer du bon déroulé du questionnaire pour les personnes interrogées. Les numéros téléphoniques de la consultation médicale ainsi que des numéros d'urgence étaient indiqués sur les questionnaires afin d'être communiqués et accessibles à toute personne répondant positivement aux questions évoquant des violences. De plus, au début de chaque partie, il fut rappelé aux participants l'absence d'obligation de répondre aux questions.

Le questionnaire a tout d'abord été soumis à relecture de pairs extérieurs à l'étude pour validation, avant d'effectuer quelques entretiens exploratoires dans un souci d'amélioration des questions. Enfin, l'étude a pu débuter.

Le questionnaire est divisé en trois parties :

- La première partie est composée de deux questions permettant de s'assurer du consentement et de la primo-participation des personnes interrogées.
- La seconde partie est composée de 14 questions s'intéressant à la vie des participants (origines, âge, genre, orientation sexuelle, situation maritale et administrative, profession et dépistage de conduites addictologiques).
- La troisième partie s'intéresse aux violences subies par les personnes sans domicile fixe, au cours de leur vie, en s'intéressant de manière distincte aux violences psychologiques, physiques, sexuelles puis aux mutilations sexuelles. Pour chaque type de violences, les questions sont approfondies par des questions complémentaires de type « par qui ? », « quand ? », « pendant combien de temps ». De plus, les deux dernières questions s'intéressent à la communication des patients sur les violences subies et les freins à leur témoignage.
- Le questionnaire se termine par deux questions à réponse ouverte pour donner la parole aux participants, sur d'éventuels commentaires ou informations complémentaires qu'ils souhaiteraient partager.

Diverses sources académiques et professionnelles ont été explorées, notamment des publications médicales, sociologiques, psychologiques et juridiques, ainsi que des documents émanant d'associations et des initiatives médico-sociales en

France et à l'international. Une analyse exhaustive de la littérature a été réalisée dans le but de comprendre les violences subies par les individus en situation de sans-abrisme. Cette revue documentaire s'est penchée sur la prévalence de ces violences, mettant en évidence leurs conséquences psychologiques, sociales, légales et économiques. L'objectif était également de s'assurer que le sujet de recherche n'avait pas été traité précédemment dans d'autres études.

Au sein de cette revue bibliographique, une multitude de publications provenant des domaines médical, sociologique, psychologique et juridique ont été explorées, via des moteurs de recherche spécialisés tels que PubMed, Medscape, Cismef et Cairn.info.

Les mots clés utilisés pour ces recherches englobaient des termes tels que, entre autres :

- "Mass screening" ou "dépistage" ou "dépistage systématique"
- "Violences",
- "Homeless" ou "personnes sans domicile fixe" ou "SDF"
- "Homelessness"
- "Post-Traumatic Stress Disorder" ou "trouble du stress post-traumatique"
- "Adverse childhood experiences"
- "Maltraitance infantile"
- "General practitioner" ou « médecine générale", "soins primaires"
- "Violences physiques", "violences psychologiques", "violences verbales", "violences sexuelles", "mutilation sexuelle", etc.

Diverses disciplines ont été prises en compte dans cette recherche, dont la médecine, la sociologie, la psychologie, le droit, l'anthropologie et l'histoire.

Cette revue de littérature a également inclus des rapports, des thèses et des recommandations nationales et internationales provenant d'organismes tels que l'OMS, ainsi que des travaux réalisés par des organisations non gouvernementales. Dans le contexte d'une approche démographique et sociologique, une analyse historique initiale a été adoptée, suivie d'une exploration plus poussée de l'évolution de la population des sans-abris, de sa position dans la société au fil du temps et des mouvements migratoires, ainsi que de leurs origines. Les informations collectées à partir de bases de données scientifiques variées ont contribué à cette démarche de recherche documentaire.

D. Prise en charge des cas détectés

Le questionnaire avait un but de dépistage des violences et avait pour objectif secondaire de permettre d'orienter vers une prise en charge les personnes déclarant des violences au cours des entretiens. Ainsi, au début de chaque section du questionnaire, il était rappelé au patient la possibilité d'entamer un suivi au CHAPSA. De plus, des numéros de services de prise en charge adaptés étaient communiqués aux personnes qui le souhaitaient. Au cours de ces entretiens, plusieurs personnes étaient déjà suivies depuis la période du premier confinement par les médecins du CHAPSA et d'autres participants à l'étude, recrutés au CHAPSA et à la Maison dans la Rue, ont pu être orientés sur des prises en charges adaptées.

E. Recueil du consentement

Le consentement des participants a été recueilli de manière systématique au début de l'étude. De plus, compte tenu du caractère très personnel du sujet de l'étude, à chaque nouvelle section du questionnaire, il était clairement rappelé aux participants que leur consentement était révoquant et qu'ils n'étaient pas tenus de répondre à une question qui les mettait mal à l'aise.

Ainsi, avant chaque début d'entretien, l'étude était présentée comme un questionnaire sur la vie des participants et les violences qu'ils auraient pu subir dans leurs vies. La première question concernait donc le consentement avec arrêt immédiat de l'entretien si la personne n'était pas consentante.

Il était également rappelé, au début de chaque partie, le caractère strictement anonyme de l'enquête et la liberté de ne pas répondre aux questions.

F. Population étudiée, critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée a été recrutée sur la base du volontariat au sein des personnes accueillies au Chapsa et celles accompagnées par la maison dans la rue. Il ne s'agit pas d'un échantillon aléatoire mais d'un échantillon de volontaires.

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernaient l'âge, les lieux de recueil et le consentement des participants. Les participants devaient être majeurs et devaient fréquenter les lieux de recueil (CHAPSA ou la Maison dans la Rue).

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions retenus étaient les suivants :

- Personnes mineures
- Refus de participer
- Impossibilité de mener l'entretien dans un lieu garantissant la confidentialité (bureau de consultation individuel fermé)
- État de santé incompatible avec la passation du questionnaire

G. Sécurité et éthique

Les études menées sur les violences et les populations les plus précaires soulèvent de nombreuses questions éthiques, notamment sur la sécurité des participants aux études.

Il aura donc fallu prendre ces questions en compte, en insistant sur le respect des critères d'exclusion (refus de participer, confidentialité impossible, etc.).

De plus, dans la volonté de garantir la sécurité des participants et de maintenir un cadre éthique solide, les mesures importantes telles que le recueil du consentement, la liberté de ne pas répondre aux questions et surtout la prise en charge précoce des patients ont été respectées.

Par ailleurs, les principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence(8) peuvent être étendus au dépistage des violences en général et ont été respectés :

- Il faut que les enquêtés ou les communautés tirent plus d'avantages à communiquer des données sur la violence qu'ils ne courent de risques.
- Il faut recueillir et enregistrer l'information de la façon qui présente le minimum de risques pour les enquêtés, selon une méthode solide, fondée sur l'expérience et les bonnes pratiques actuelles.
- Il faut pouvoir compter sur place sur des soins et un appui de base pour les victimes avant de commencer toute activité amenant des personnes à dévoiler des informations sur leur expérience.
- La sécurité et la sûreté de tous ceux qui participent à la collecte d'informations étant primordiales, il faut y veiller en permanence, dans les situations d'urgence en particulier.
- Il faut protéger à tout moment la confidentialité due aux personnes qui communiquent des informations.
- Il faut que quiconque fournit des informations donne son consentement éclairé avant de participer à la collecte des données.
- Il faut que tous les membres de l'équipe de collecte des données soient sélectionnés avec soin et reçoivent la formation spécialisée voulue en suffisance, ainsi qu'un soutien permanent.
- Il faut mettre en place des sauvegardes supplémentaires dans le cas où des enfants doivent être le sujet de la collecte d'informations.

Les recommandations de l'OMS ont été prises en compte et respectées et ont permis de maintenir un cadre éthique nécessaire à l'étude et la sécurité des participants.

H. Lieux de recueil

Le recueil a été réalisé dans deux centres d'accueil de personnes sans domicile fixe. D'abord, le CHAPSA et ensuite la Maison dans la Rue. Dans les deux centres, un lieu de consultation isolé, avec une porte fermée et un bureau, permettait de garantir l'intimité et la confidentialité de l'entretien.

I. Traitement des données

Lors de l'analyse en sous-groupes, comme toutes les variables que l'on croise sont qualitatives, nous avons utilisé un test du Chi Deux (lorsque les effectifs théoriques sont supérieurs ou égaux à 5) ou de Fisher si cette condition n'est pas respectée (le symbole * apparaît donc à côté de la p value).

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

V. Résultats

A. Description de la population interrogée :

1. Effectifs et lieux de recueils

L'enquête a été proposée à 164 personnes en situation de rue ou sans domicile fixe fréquentant les lieux d'accueil et d'hébergement à Paris (CHAPSA et la Maison dans la Rue). Sur les 164 personnes interrogées, 104 ont refusé de participer à l'étude et 60 ont accepté de répondre au questionnaire, soit 36,6%.

Sur les 164 personnes interrogées, 133 personnes, soit 81,1%, fréquentaient le CHAPSA et 31 personnes, soit 18,9%, fréquentaient la Maison dans la Rue.

Parmi les 133 personnes rencontrées au CHAPSA, 44 personnes, soit 33,1%, ont accepté de participer à l'étude et de répondre au questionnaire et 89 personnes (66,9%) ont refusé.

Parmi les 31 personnes rencontrées à la Maison dans la Rue, 16 personnes, soit 51,6%, ont accepté de répondre au questionnaire et 15 personnes (48,4%) ont refusé de participer à l'étude.

Tableau 6 : Étude du lien entre le lieu de recueil et l'accord pour participer à l'étude

	Lieu de recueil		p value
	CHAPSA	Maison dans la Rue	
Accord pour participer			
Oui	44 (33,1%)	16 (51,6%)	
Non	89 (66,9%)	15 (48,4%)	0,054

Bien que l'on observe une plus grande propension à participer parmi les personnes interrogées à la Maison dans la Rue par rapport à celles hébergées au CHAPSA (51,6% contre 33,1%), cette différence n'est pas considérée comme statistiquement significative ($p=0,054$).

2. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau n°7 ci-dessous :

Tableau 7 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

		% Population interrogée (n=60)	
		%	n
Lieu de Recueil	CHAPSA	73,3%	44
	Maison dans la Rue	26,7%	16
Âge	< 45 ans	53,3%	32
	> 45 ans	46,7%	28
Origine géographique	France	23,3%	14
	Maghreb	31,7%	19
	Afrique	33,3%	20
	Europe	10,0%	6
Genre	Amérique du Nord	1,7%	1
	Homme	68,3%	41
	Femme	31,7%	19
Situation Maritale	Célibataire	56,7%	34
	En couple	1,7%	1
	Marié.e	15,0%	9
Situation Administrative	Divorcé.e	23,3%	14
	Veuf.ve	3,3%	2
	Régulière	55,0%	33
Sécurité sociale	Irrégulière	45,0%	27
	Couverture sociale (C2S)	53,3%	32
	Aide médicale d'état	35,0%	21
	Pas de couverture sociale	11,7%	7
Niveau de scolarité	N'a pas le brevet	31,7%	19
	Niveau brevet	26,7%	16
	Niveau bac	21,7%	13
	Niveau bac +3	8,3%	5
Situation professionnelle en France	Supérieur à bac + 3	11,7%	7
	Sans emploi	50,0%	30
	En recherche d'emploi	16,7%	10
	Activité salariale	8,3%	5
	Retraité	11,7%	7
Situation professionnelle avant l'arrivée en France	Dans l'incapacité de travailler due à un handicap	13,3%	8
	Sans emploi	28,3%	17
	En recherche d'emploi	10,0%	6
	Activité salariale	38,3%	23
Conduites addictives	Tabac	45,0%	27
	Alcool	38,3%	23
	Cannabis	20,0%	12
	Autre	5,0%	3
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	85,0%	51
	Homosexuel	8,3%	5
	Bisexuel	3,3%	2
	Ne souhaite pas se prononcer	3,3%	2

a) Genre

Parmi les 60 personnes ayant accepté de participer à l'étude, 68,3% sont des hommes (41 hommes) et 31,7% des femmes (19 femmes).

Parmi les 19 femmes, 1 seule, soit 5,3% était enceinte de 3 mois au moment de l'étude.

b) Origines géographiques

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, 14 sont nées en France, soit 23,3% des répondants. Ainsi, 46 personnes, soit 76,7%, sont nées à l'étranger.

La répartition des pays d'origine des personnes ayant répondu au questionnaire est représentée sur le graphique ci-dessous.

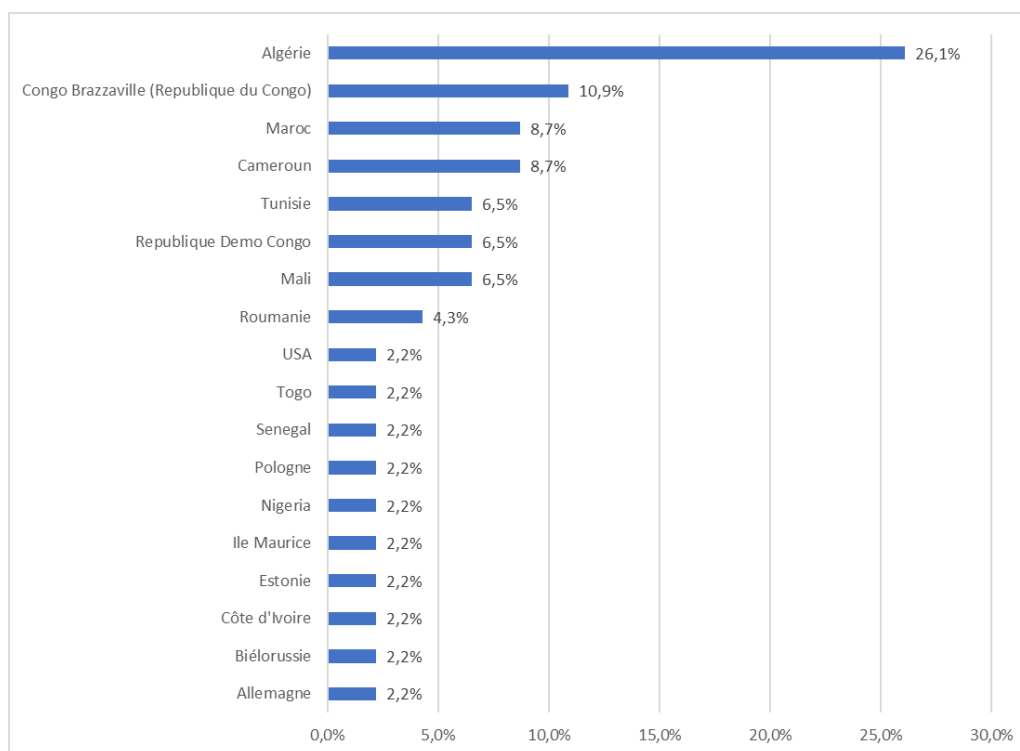


Figure 5 : Répartition des pays de naissance des personnes non nées en France

Parmi les personnes qui ne sont pas nées en France, l'origine Algérienne est la plus représentée, les autres pays d'origine sont plus faiblement représentés. Pour la suite des données statistiques, nous avons regroupé les pays d'origine en fonction de zones géographiques plus larges.

Ainsi, dans le tableau ci-dessous, une répartition des lieux de naissance en fonction des genres permet un descriptif plus simple des lieux de naissances des participants.

Tableau 8 : Répartition des lieux de naissance en fonction du genre

Lieux de naissance	France		Maghreb		Afrique Sub-Saharienne		Europe		Etats-Unis	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	23%	14	31,67%	19	33,33%	20	10,00%	6	1,67%	1
Hommes	15%	9	23,33%	14	21,67%	13	8,33%	5	0,00%	0
Femmes	8%	5	8,33%	5	11,67%	7	1,67%	1	1,67%	1

Parmi les 46 personnes sans domicile fixe qui ne sont pas nées en France, 6,5%, soit 3 personnes sont arrivées en France il y a plus de 10 ans, 28 personnes, soit 60,9% sont en France depuis 5 à 10 ans, 1 personne, soit 2,2% est en France depuis 1 à 4 ans et 14 personnes, soit 30,4% des répondants ont migré en France il y a moins d'un an.

Nous avons représenté cette distribution sur la figure 6 ci-dessous.

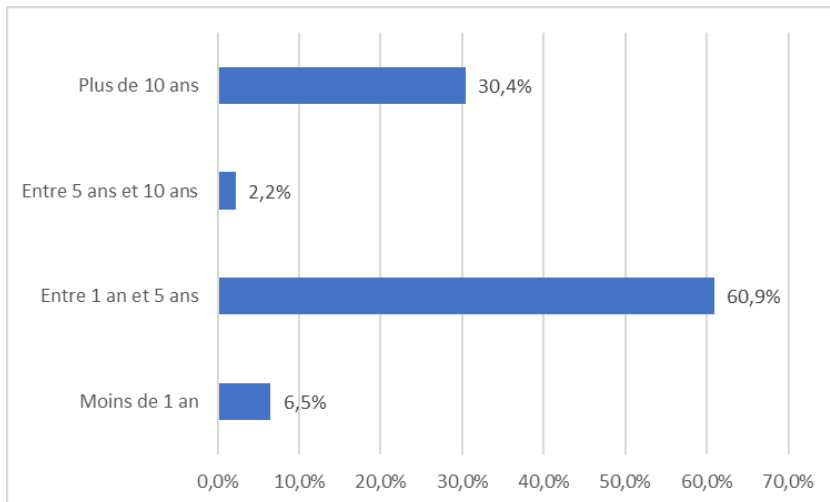


Figure 6 : Répartition du nombre d'années depuis l'arrivée en France pour les personnes qui n'y sont pas nées.

c) Âge

La moyenne d'âge des personnes sans domicile fixe ayant répondu au questionnaire est de 44,5 ans et un écart type de 14,5 ans. L'âge médian est de 40 ans, cela signifie que la moitié des personnes sans domicile fixe interrogées ont moins de 40 ans.

Pour les hommes, la moyenne d'âge était de 45,9 ans avec un écart type de 14 et concernant les femmes, la moyenne d'âge était de 41,3 ans avec un écart type de 15,7.

Les moyennes d'âges sont sensiblement les mêmes en fonction des origines des participants.

On a représenté la répartition des tranches d'âges des participants dans la figure 7.

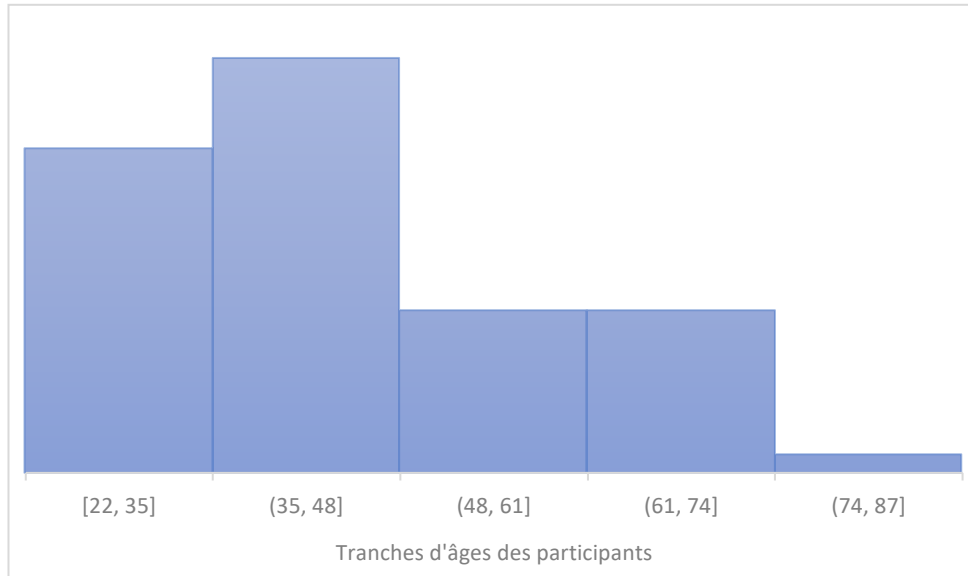


Figure 7 : Répartition des tranches d'âges des participants

d) Orientation sexuelle et situation maritale

En ce qui concerne l'orientation sexuelle, 85% soit 51 personnes se sont déclarées hétérosexuelles, 8,3% soit 5 personnes sont homosexuelles, 3,3% soit 2 personnes sont bisexuelles et 2 personnes, soit 3,3, n'ont pas souhaité répondre à la question.

Concernant la distribution de la situation maritale, on observe une majorité de personnes célibataires (56,7%), suivis par 23,3% de divorcés, soit 80% des personnes interrogées.

La distribution de la situation maritale est la suivante :

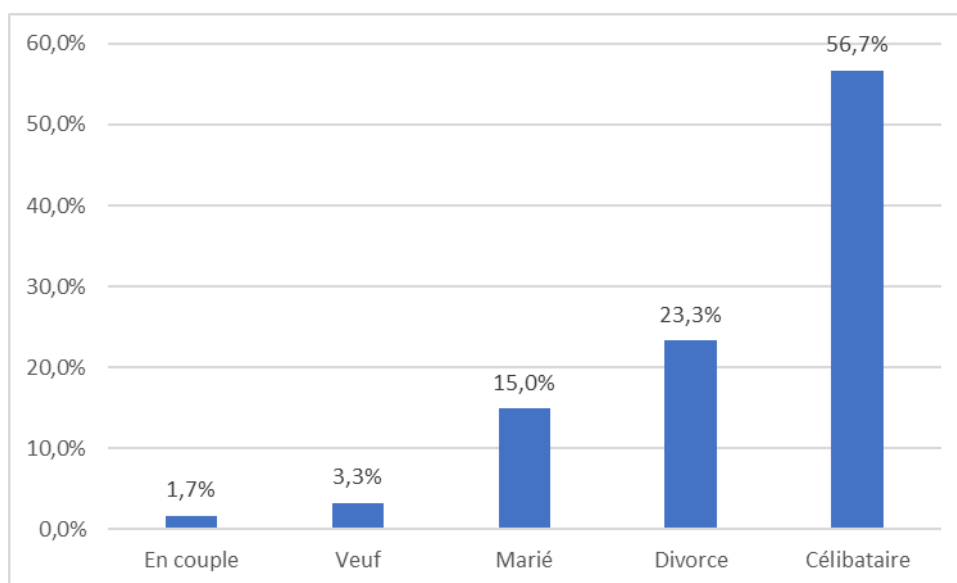


Figure 8 : Répartition de la situation maritale des participants à l'étude

e) *Situation administrative*

En ce qui concerne la situation administrative des participants non nés en France, 25 personnes, soit 54,3%, sont en situation irrégulière, 8 personnes, soit 17,4%, sont en situation régulière et 13 participants, soit 28,3%, bénéficient d'un titre de séjour.

Concernant la couverture sociale, 7 personnes, soit 11,7%, n'en ont pas, 32 personnes, soit 53,3%, ont la Complémentaire Santé Solidaire (ancienne CMU) et 21 personnes, soit 35%, bénéficient de l'Aide Médicale d'État.

f) *Niveau de scolarité et Situation professionnelle*

Parmi les participants à l'étude, 19 personnes (31,7%) n'avaient pas le niveau brevet, 16 participants (26,7%) avaient un niveau brevet, 13 personnes (21,7%) avaient un niveau bac, 5 personnes avaient un niveau bac + 2 et 7 personnes (11,7%) avaient un niveau bac + 3 ou supérieur.

La répartition du niveau de scolarité est représentée sur la figure ci-dessous.

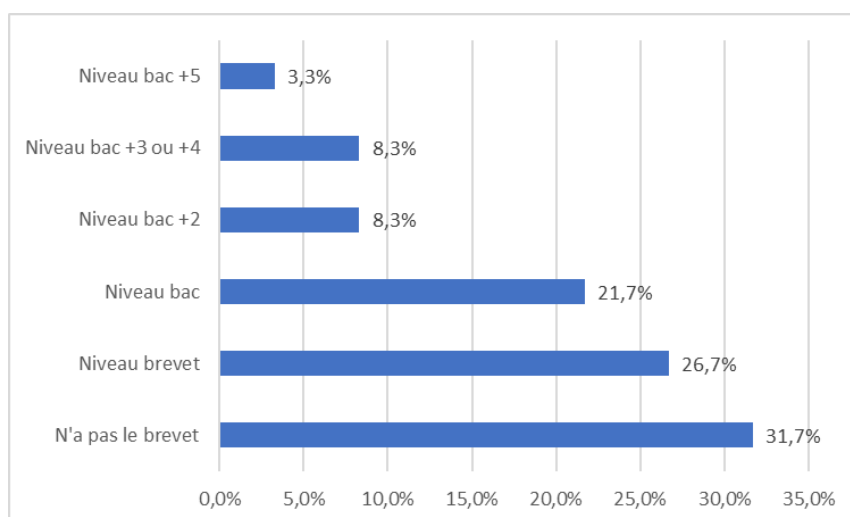


Figure 9 : Répartition du niveau de scolarité des participants

Sur les 46 participants qui ne sont pas nés en France, un n'a pas indiqué sa situation professionnelle avant d'arriver en France. Sur les 45 l'ayant indiquée, 16 étaient sans emploi, soit 35,6%, 23 étaient salariées soit 51,1% et 13,3%, soit 6 personnes, ne pouvaient pas travailler car ayant un handicap.

La situation professionnelle des participants à l'étude est résumée sur la figure 10 ci-dessous :

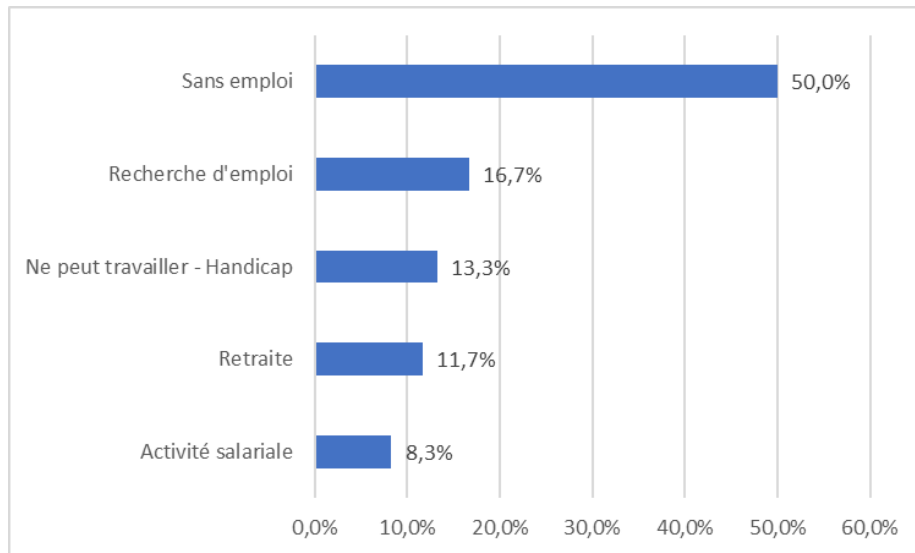


Figure 10 : Répartition de la situation professionnelle en France

Dans la population interrogée, on retrouve 11,7 %, soit 7 participants, retraités, la grande majorité sont sans emploi (30 participants), en recherche d'emploi (10 participants) ou ne peuvent travailler à cause d'un handicap (8 participants).

Par ailleurs, on retrouve 5 participants, soit 8,3%, qui ont une activité salariale déclarée.

g) Troubles de conduites addictives

Parmi les participants à cette étude, 27 personnes sur les 60, soit 45%, présentent des troubles des conduites addictives contre 33 personnes, soit 55%, qui n'ont pas déclaré de conduites addictives.

Parmi les personnes qui souffrent de troubles addictologiques, la répartition des substances est représentée ci-dessous.

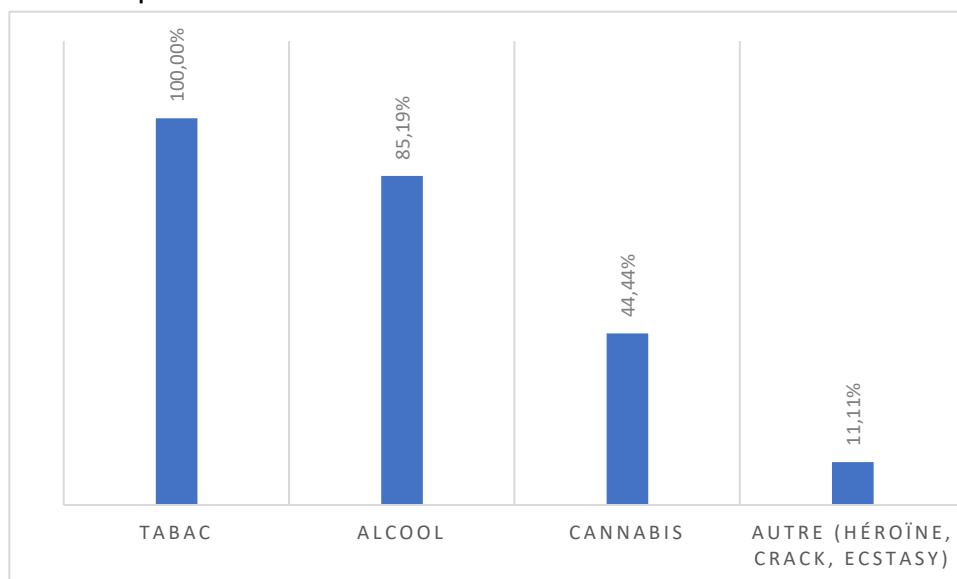


Figure 11 : Répartition des substances consommées par les personnes sans domicile fixe souffrant de problèmes addictologiques

Nous observons que parmi les 27 participants présentant des conduites addictives, 100% (27 personnes) consomment du tabac, 44,4% (12 personnes) du cannabis, 23% de l'alcool, 11,1% du crack, 7,4% de l'héroïne et 3,3% de l'ecstasy.

Le questionnaire de cette étude n'a pas permis d'établir la fréquence des consommations de chaque substance.

B. Les violences déclarées :

Les violences déclarées survenues au cours de la vie en fonction des différentes caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau 9 ci-dessous :

Tableau 9 : Violences déclarées en fonction des principaux éléments socio-démographique

Lecture : Parmi les participants rencontrés au Chapsa (44 participants), 84,1% déclarent avoir subi au moins une forme de violence, 84,1% déclarent avoir subi des violences verbales, 79,6% déclarent avoir subi des violences physiques et 45,5% déclarent avoir subi des violences sexuelles

			% Violences globales	% Violences verbales	% Violences physiques	% Violences sexuelles
		n	%	%	%	%
Lieu de recueil	CHAPSA	44	84,1%	84,1%	79,6%	45,5%
	Maison dans la Rue	16	81,3%	81,3%	81,3%	12,5%
Âge	< 45 ans	32	96,9%	96,9%	84,4%	43,8%
	> 45 ans	28	67,9%	67,9%	71,4%	28,6%
Origine géographique	France	14	92,9%	85,7%	78,6%	28,6%
	Né à l'étranger	46	82,6%	82,6%	80,4%	37,0%
Genre	Homme	41	90,3%	53,3%	82,9%	17,1%
	Femme	19	94,7%	94,7%	73,7%	78,9%
Situation Maritale	Marié/En couple	10	80,0%	80,0%	70,0%	70,0%
	Célibataire/Divorcé/Veuf.ve	50	94,0%	84,0%	82,0%	15,0%
Situation administrative	Régulière	33	87,9%	75,8%	78,8%	30,3%
	Irrégulière	27	96,3%	92,6%	81,5%	44,4%
Sécurité sociale	Couverture sociale (C2S)	32	90,6%	71,9%	81,3%	34,4%
	Aide Médicale d'État (AME)	21	90,5%	85,7%	71,4%	42,9%
	Pas de couverture sociale	7	100%	100%	100%	28,6%
Niveau de scolarité	N'a pas le brevet	19	94,7%	84,2%	73,7%	15,8%
	Niveau brevet	16	87,5%	81,3%	87,5%	56,3%
	Niveau bac	13	92,3%	92,3%	92,3%	38,5%
	Etudes supérieures	12	83,3%	75,0%	66,7%	41,7%
Situation professionnelle en France	Sans emploi	30	100%	93,3%	90,0%	53,0%
	En recherche d'emploi	10	70,0%	70,0%	70,0%	30,0%
	Activité salariale ou retraité	12	100%	100%	66,7%	25,0%
	Dans l'incapacité de travailler due à un handicap	8	75,0%	37,5%	75,0%	0,0%
Situation professionnelle avant l'arrivée en France	Sans emploi	17	100%	100%	94,1%	58,8%
	En recherche d'emploi	6	100%	66,7%	83,3%	0,0%
	Activité salariale	23	87,0%	73,9%	69,6%	34,8%
Conduites addictives	Tabac	27	92,6%	77,8%	85,2%	18,5%
	Alcool	23	95,7%	78,3%	87,0%	21,7%
	Cannabis	12	100%	91,7%	83,3%	25,0%
	Autre	3	100%	100%	100%	33,3%
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	51	92,2%	82,4%	80,4%	31,4%
	LGBTQIA+	7	100%	100%	100%	85,7%
	Ne souhaite pas se prononcer	2	1,0%	50,0%	0,0%	0,0%

1. Violences verbales :

a) *Analyses descriptives : Combien, pendant combien de temps, à quel moment de la vie et par qui ?*

Sur les 60 personnes interrogées, 83,3%, soit 50 personnes, ont déclaré avoir déjà subi des violences verbales. Ces violences ont duré en moyenne pendant 7,8 ans avec un écart type de 12,8 ans. La durée minimale déclarée est d'un événement unique et la durée maximale déclarée est de 36 ans.

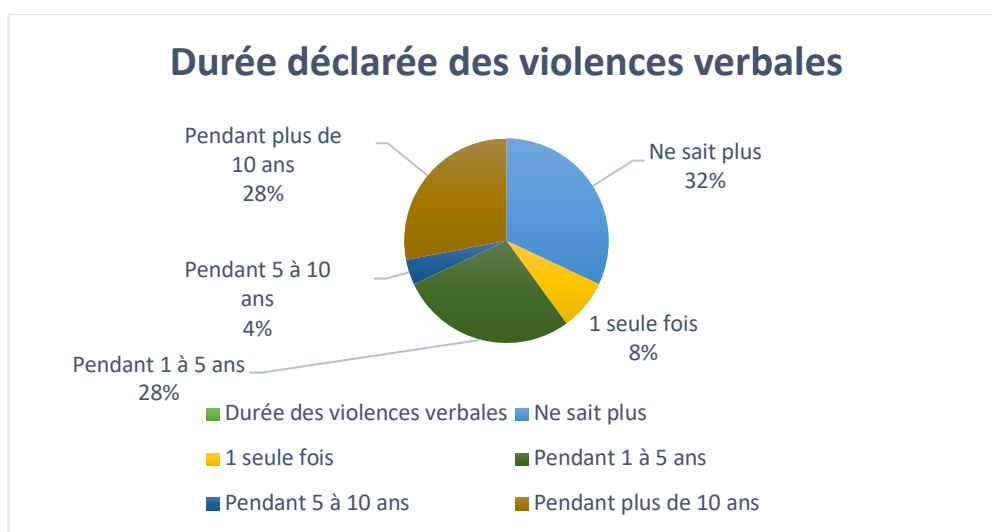


Figure 12 : Durée déclarée des violences verbales

La durée déclarée des violences verbales s'étend majoritairement sur plusieurs années, 8% des personnes en ayant subi ont déclaré qu'il s'agissait d'un événement unique, tandis que 28% déclarent en avoir subi sur une durée de 1 à 5 ans, 4% pendant 5 à 10 ans et 28% déclarent en avoir subi pendant plus de 10 ans.

À la question « À quel moment ces violences ont-elles eu lieu ? », on constate que la majorité des violences verbales déclarées ont lieu au cours de la vie adulte (80% des violences déclarées).

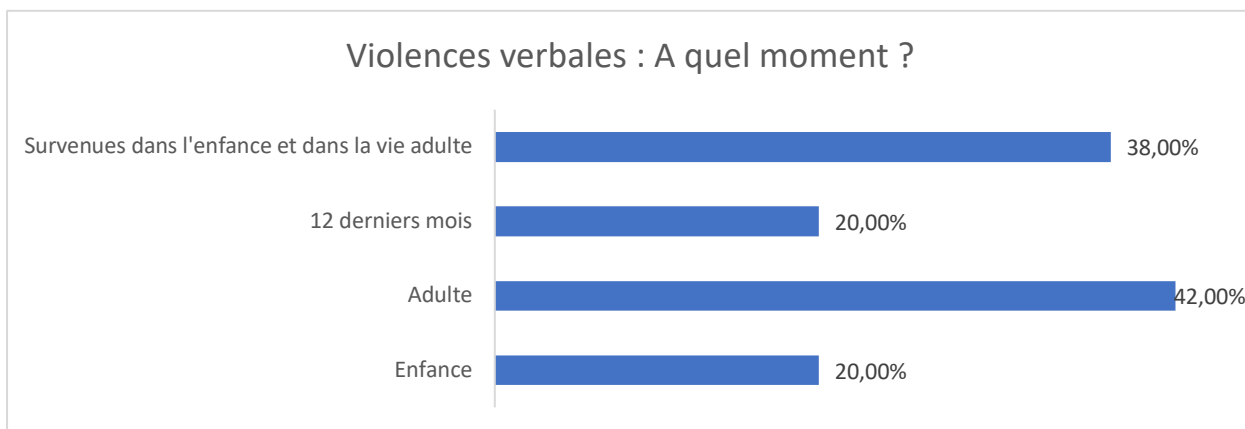


Figure 13 : Violences verbales : À quel moment ?

Par ailleurs, on constate que 38%, soit 19 participants déclarant avoir subi des violences dans l'enfance, en déclarent également au cours de la vie adulte. On note également que 20% des participants déclarent avoir subi des violences verbales au cours des 12 derniers mois.

Concernant les violences verbales déclarées par les personnes qui ne sont pas nées en France (38 participants), on constate que la majorité des violences sont survenues avant l'arrivée en France (63%) contre 37% des violences déclarées survenues depuis l'arrivée en France.

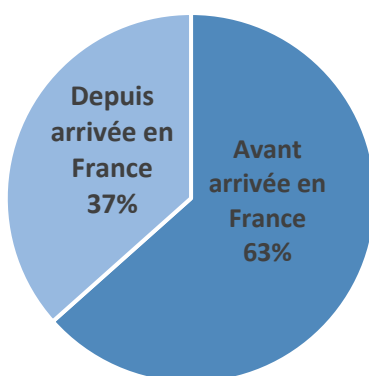


Figure 14 : Violences verbales déclarées par les participants non nés en France

Parmi les 50 personnes ayant déclaré avoir subi des violences verbales (83,3%), 32 (soit 64%) sont des hommes, et 18 (soit 36%) sont des femmes.

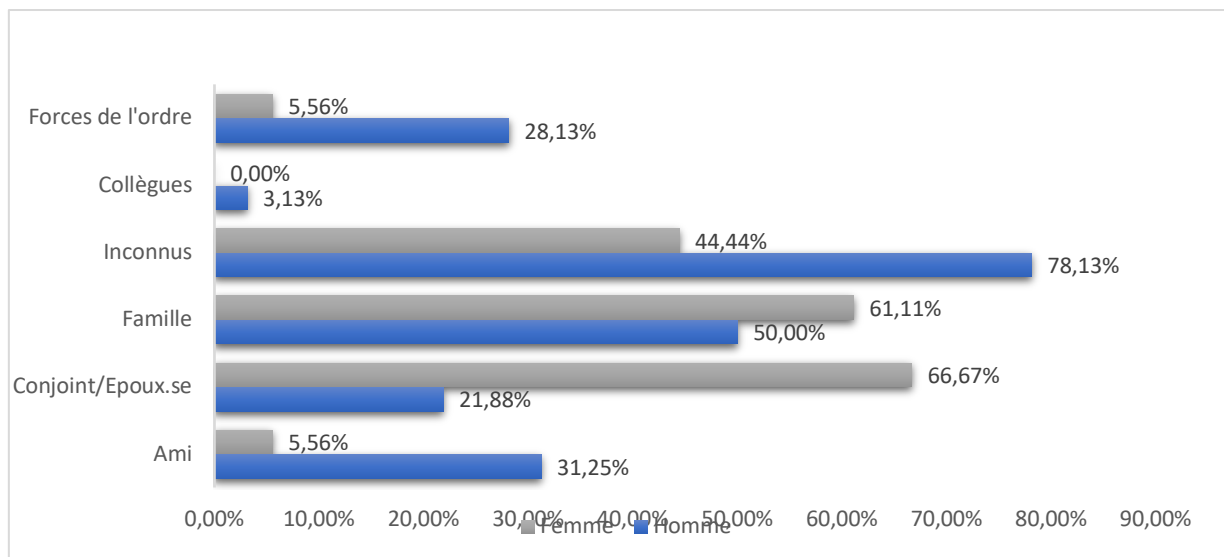


Figure 15 : Violences verbales : Origine des violences en fonction du genre

Les violences verbales subies par les hommes semblent émaner principalement d'inconnus ou de groupes d'inconnus (78%) et de la famille (50%) tandis que les violences verbales déclarées par les femmes proviennent de leur entourage proche, conjoint/époux (66,7%) et famille (61,1%).

b) Analyses univariées :

Tableau 10 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences

Violences verbales	Genre				p
	Homme		Femme		
Totale	66,7%	32	37,5%	18	0,15*
Ami	31,3%	10	5,6%	1	0,07*
Conjoint/Epoux.se	21,9%	7	66,7%	12	0,001
Famille	50%	16	61,1%	11	0,64
Inconnus	78,1%	25	44,4%	8	0,035
Collègues	3,1%	1	0%	0	
Forces de l'ordre	28,1%	9	5,6%	1	0,073*

Il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes qui déclarent avoir subi des violences verbales ($p \approx 0,15$).

Le nombre de violences verbales infligées par les conjoints est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes ($p \approx 0,001$).

Le nombre de violences verbales infligées par des inconnus est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes ($p \approx 0,035$).

Il ne semble pas y avoir d'autres différences significatives entre les origines des violences verbales et les genres.

Les analyses univariées ont été menées pour chercher des liens entre les données socio-démographiques et les violences déclarées.

L'analyse des données sociodémographiques en fonction des violences verbales a permis de retrouver les liens statistiques suivants :

- *Selon l'âge* : Les personnes âgées de moins de 45 ans sont plus présentes parmi celles qui ont subi des violences verbales (60%), la différence est significative ($p=0,005$). Il semble donc que les personnes âgées de moins de 45 ans déclarent plus de violences verbales que le groupe de personnes âgées de plus de 45 ans.
- *Selon la situation professionnelle en France* : Les participants déclarant être sans emploi sont plus présents parmi les personnes ayant subi des violences verbales (56% contre 20%) et les personnes ne pouvant pas travailler pour cause de handicap sont plus présentes parmi celles n'ayant pas subi de violences verbales (50% contre 6%). Il en est de même pour les personnes en recherche d'emploi (30% parmi celles n'ayant pas reçu de violences verbales contre 14% chez celles en ayant reçu). La différence est significative ($p=0,002$). Ainsi, les personnes sans emploi déclarent plus de violences verbales que les personnes en situation de handicap ou que les personnes en recherche d'emploi ($p = 0,002$).
- *Selon la situation professionnelle avant l'arrivée en France* : Les participants déclarant avoir eu une activité salariale avant leur arrivée en France représentent 75% des personnes n'ayant pas subi de violence verbale contre 44,7% de celles en ayant reçu. Les participants déclarant ne pas avoir eu d'emploi avant d'arriver en France représentent 44,7% des personnes ayant reçu des violences verbales contre aucune personne n'en ayant pas subi. Les personnes n'ayant pas subi de violences verbales déclarent plus souvent avoir été en recherche d'emploi ou avoir eu une activité salariale que celles ayant subi des violences verbales. La différence est significative ($p=0,039$).
- *Selon la situation administrative* : les personnes en situation irrégulières sont en plus grande proportion dans le groupe de celles ayant subi des violences verbales (50% contre 20%) et inversement pour les personnes en situation régulière qui sont plus présentes dans le groupe de celles n'ayant pas subi de violences verbales. La différence est significative ($p=0,022$).

2. Violences physiques

a) Analyses descriptives

Sur les 60 participants, 80%, soit 48 personnes, ont déclaré avoir déjà subi des violences physiques pendant en moyenne 3,9 ans avec un écart type de 5,3 ans. La durée minimale de ces violences est d'un épisode unique et la durée maximale est de 25 ans.

DURÉE DÉCLARÉE DES VIOLENCES PHYSIQUES

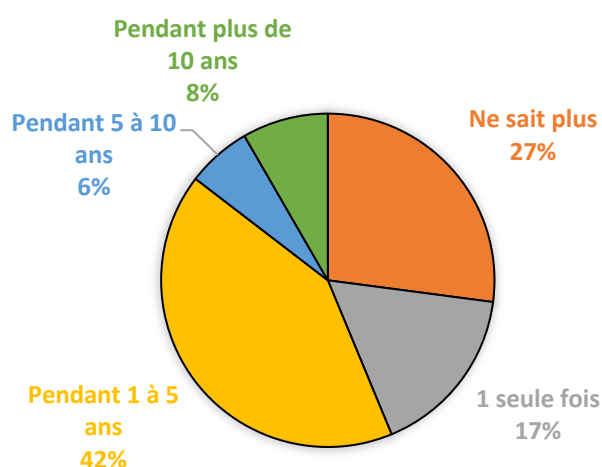


Figure 16 : Durée déclarée des violences physiques

La durée déclarée des violences physiques s'étend majoritairement sur plusieurs années, 17% des personnes en ayant subi ont déclaré qu'il s'agissait d'un événement unique, tandis que 42% déclarent en avoir subi sur une durée de 1 à 5 ans, 6% pendant 5 à 10 ans et 8% déclarent en avoir subi pendant plus de 10 ans.

À la question « À quel moment ces violences ont-elles eu lieu ? », on constate que la majorité des violences physiques déclarées ont lieu tout au long de la vie, ainsi 37,5% des participants qui ont déclaré avoir subi des violences physiques en ont subi dans l'enfance et dans la vie adulte, 31,3% déclarent n'en avoir subi que dans la vie adulte et 27,1% déclarent n'en avoir subi que dans l'enfance.

Par ailleurs, 14,6% déclarent avoir subi des violences physiques au cours des 12 derniers mois.

Violences physiques : A quel moment ?

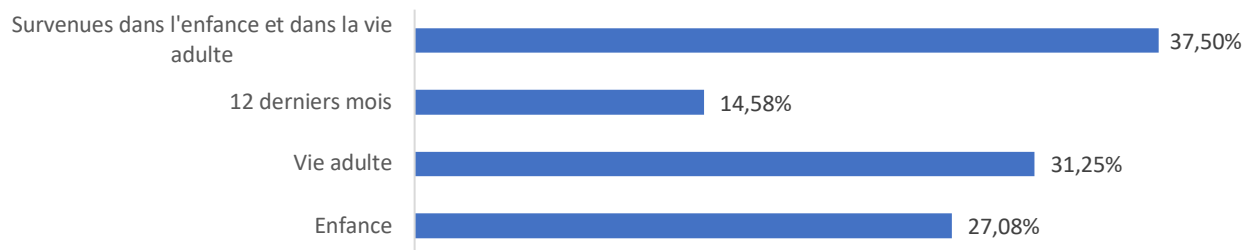


Figure 17 : Violences physiques à quel moment ?

Concernant les violences physiques déclarées par les personnes qui ne sont pas nées en France (37 participants), on constate que la majorité des violences sont survenues avant l'arrivée en France (63%) contre 37% des violences déclarées survenues depuis l'arrivée en France.

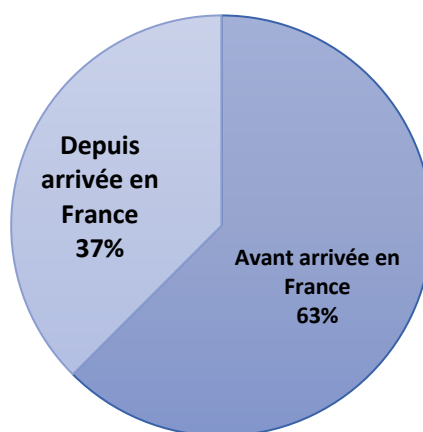


Figure 18 : Violences physiques déclarées par les participants non nés en France

Parmi les 48 personnes ayant déclaré avoir subi des violences physiques (80%), 34 (soit 70,8%) sont des hommes, et 14 (soit 29,2%) sont des femmes.

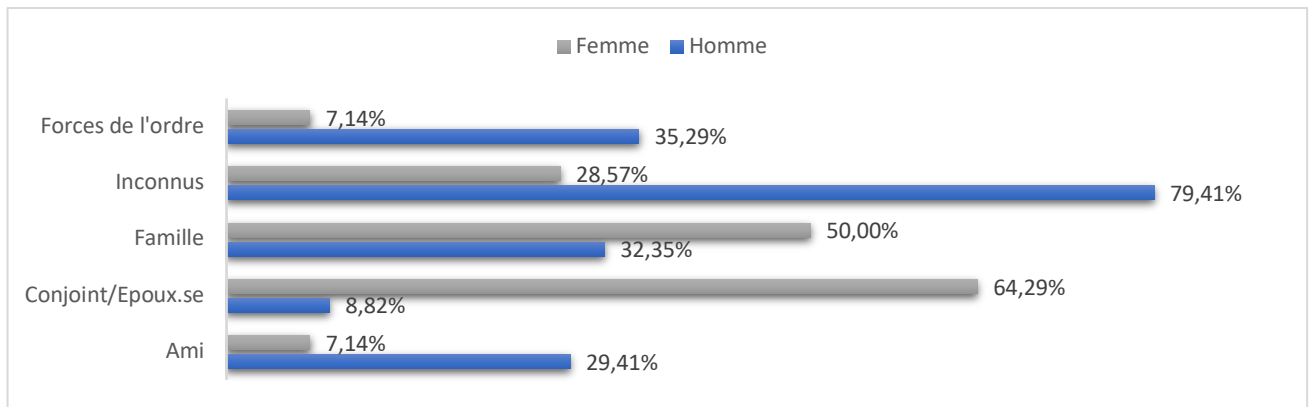


Figure 19: Répartition des violences physiques en fonction du genre et de la source des violences

Les violences physiques subies par les hommes semblent émaner principalement d'inconnus ou de groupes d'inconnus (79,4%), des forces de l'ordre (35,3%) et de la famille (32,3%). La source principale des violences physiques déclarées par les femmes semblent provenir des conjoints (64,3%) et de la famille (50%).

b) Analyses univariées :

Tableau 11 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences physiques

Violences physiques	Genre				p
	Homme		Femme		
Totale	70,8%	34	29,2%	14	0,62
Ami	29,4%	10	7,1%	1	0,13*
Conjoint/Epoux.se	8,8%	3	64,3%	9	0,0001*
Famille	32,4%	11	50%	7	0,41
Inconnus	79,4%	27	28,6%	4	0,001*
Forces de l'ordre	35,3%	12	7,1%	1	0,07*

Il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes qui déclarent avoir subi des violences physiques ($p = 0,62$).

Le nombre de violences physiques infligées par les conjoints ou époux.ses est significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes ($p = 0,0001$).

Le nombre de violences physiques infligées par des inconnus est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes ($p = 0,001$).

Il ne semble pas y avoir d'autres différences significatives entre les sources des violences physiques et les genres des participants.

Les autres analyses entre les caractéristiques socio-démographiques et le fait d'avoir subi des violences physiques n'ont pas mis en évidence de lien statistiquement significatif.

3. Violences sexuelles

a) Analyses descriptives

Sur les 60 participants, 36,7% des personnes interrogées, soit 22 personnes, ont déjà subi des violences sexuelles en moyenne pendant 4,04 ans avec un écart type de 3,88 ans. La durée minimale déclarée est d'un événement isolé et la durée maximale est de 13 ans.

Parmi les participants, un seul participant a refusé de répondre aux questions concernant les violences sexuelles.

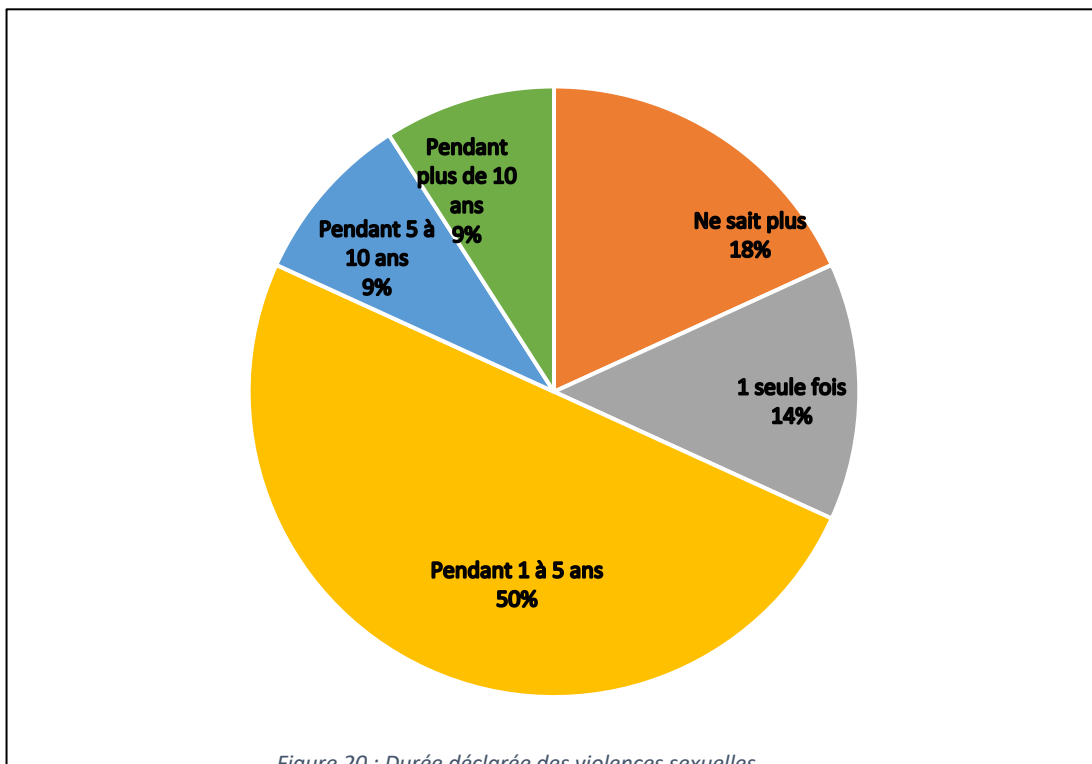


Figure 20 : Durée déclarée des violences sexuelles

La durée déclarée des violences sexuelles s'étend majoritairement sur plusieurs années, 14% des personnes en ayant subi ont déclaré qu'il s'agissait d'un événement unique, tandis que 50% déclarent en avoir subi sur une durée de 1 à 5 ans, 9% pendant 5 à 10 ans et 9% déclarent en avoir subi pendant plus de 10 ans.

Les violences sexuelles sont en majorité subies lors de la vie adulte (63,6%), dans l'enfance (27,3%). Peu de participants déclarent avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance et dans la vie adulte (9,1%).

Par ailleurs, 13,6% des violences sexuelles ont eu lieu dans les 12 derniers mois avant l'entretien.

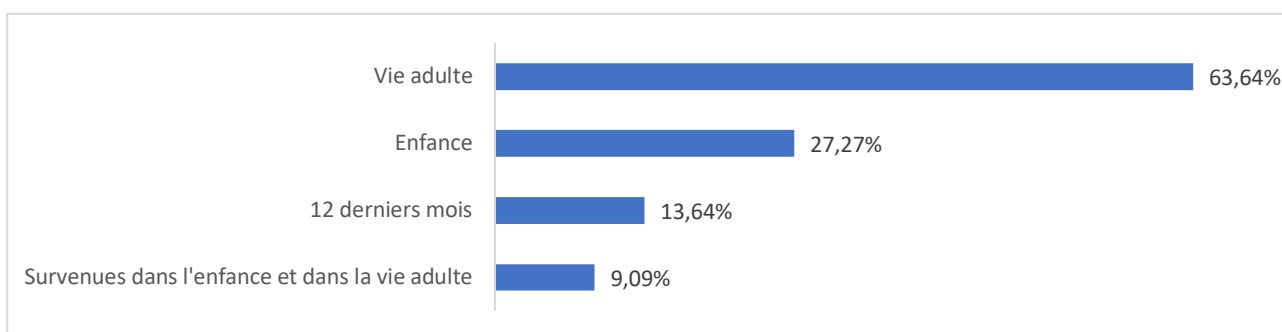


Figure 21 : Violences sexuelles : A quel moment ?

Parmi les violences déclarées par les personnes non nées en France (11 participants), la grande majorité, 91% des cas, ont eu lieu avant l'arrivée en France contre 9% des violences survenues depuis l'arrivée en France.

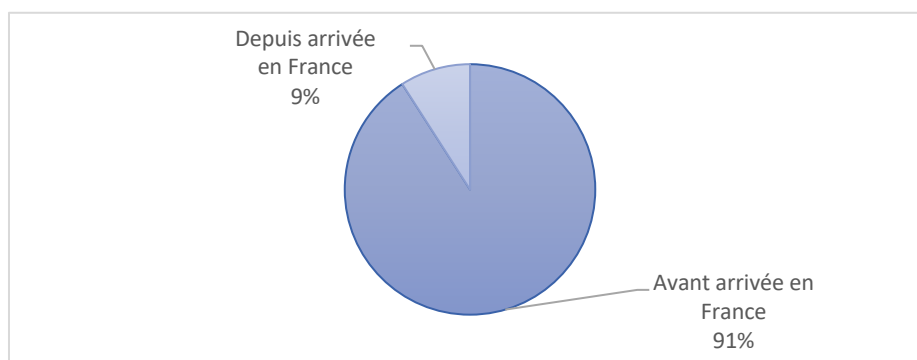


Figure 22 : Violences sexuelles déclarées par les participants non nés en France

Parmi les 22 personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles (36,7%), 7 (soit 31,8%) sont des hommes et 15 (soit 68,2%) sont des femmes.

Les violences sexuelles subies par les hommes semblent émaner principalement de la famille (42,9%) et des forces de l'ordre (28,6%) et d'inconnus ou de groupes d'inconnus (28,6%). Les violences sexuelles déclarées par les femmes sont principalement commises par les conjoints ou époux (73,3%) et par la famille (20%) et les inconnus ou groupes d'inconnus (20%).

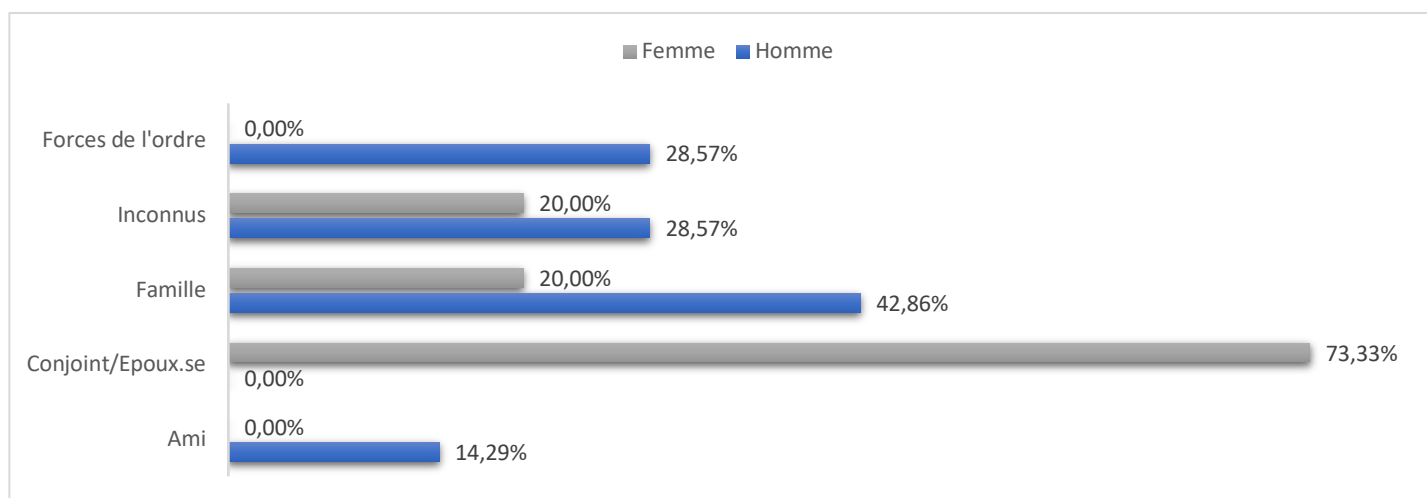


Figure 23 : Violences sexuelles en fonction du genre et de la source des violences

b) Analyses univariées

Tableau 12 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences physiques

Violences sexuelles	Genre				p
	Homme		Femme		
Totale	31,8%	7	68,2%	15	1,00
Ami	14,3%	1	0,0%	0	0,32*
Conjoint/Epoux.se	0,0%	0	73,3%	11	0,003*
Famille	42,9%	3	20%	3	0,33*
Inconnus	28,6%	2	20%	3	1*
Forces de l'ordre	28,6%	2	0,0%	0	0,09*

Il ne semble pas y avoir de différence statistiquement significative entre le taux de violences sexuelles déclarées par les hommes et par les femmes.

En revanche, le nombre de femmes subissant des violences sexuelles infligées par leur conjoint est statistiquement plus élevé que les hommes ($p = 0,003$).

Dans les analyses de lien statistiques entre les données socio-démographiques et les violences sexuelles, plusieurs différences significatives sont à noter :

- *Selon le lieu de recueil* : les personnes vivant en CHAPSA sont plus présentes parmi celles qui ont subi des violences sexuelles (90,9%) que parmi celles n'en ayant pas subi (62,2%). La différence est significative ($p=0,016$) et elle peut s'expliquer par le fait que les personnes fréquentant la Maison dans la Rue sont en très grande majorité des hommes.
- *Selon la situation professionnelle en France* : Les personnes sans emploi sont plus présentes dans la population de celles ayant subi des violences sexuelles que parmi celles n'en ayant pas subi (55,6% contre 25%). Les personnes ne pouvant travailler car handicapées sont plus présentes dans la population des personnes n'ayant pas subi de violences sexuelles (21,6% contre 0,0%). Il en est de même pour les personnes à la retraite. La différence est significative ($p=0,033$).
- *Selon la situation professionnelle avant l'arrivée en France* : Les personnes sans emploi représentent 55,6% des personnes ayant subi des violences sexuelles contre 25,0% des personnes n'en ayant pas subi. Les personnes n'ayant pas subi de violences sexuelles sont plus souvent en recherche d'emploi ou ayant eu une activité salariale avant l'arrivée en France que celles en ayant subi. La différence est significative ($p=0,012$).
- *Selon l'orientation sexuelle* : les personnes LGBTQIA+ sont plus présentes parmi celles ayant subi des violences sexuelles (85,7%) que les personnes hétérosexuelles (68,6%). La différence est significative ($p=0,018$). Les personnes non hétérosexuelles décrivent donc statistiquement plus de violences sexuelles.

4. Mutilations sexuelles

Concernant les mutilations sexuelles, sur un échantillon de 60 personnes et de 19 femmes, 1 femme, soit 5,3% des femmes a déclaré avoir subi une mutilation sexuelle (excision) et 3 femmes, soit 15,8% des femmes n'ont pas su ou n'ont pas voulu répondre à la question « avez-vous subi des mutilations sexuelles dans votre vie ? ».

La mutilation sexuelle déclarée par cette participante a été subie dans l'enfance et infligée par sa famille.

Chez les hommes, 40% ont subi une circoncision qu'ils n'ont pas ressenti comme une mutilation sexuelle, aucun homme n'a, par ailleurs, déclaré de mutilation sexuelle.

5. Coexistence de violences

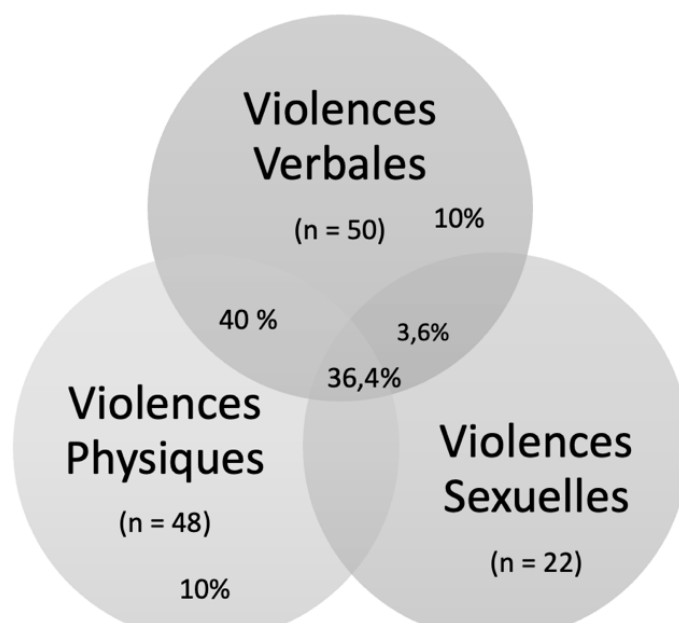


Figure 24 : Répartition des différents types de violences et coexistences des violences

Les participants ayant déclaré des violences au cours de l'entretien ont, pour la plupart, déclaré plusieurs types de violences subies.

Sur les 50 personnes ayant déclaré des violences verbales, 22 participants, soit 40% des violences verbales, ont également déclaré avoir subi des violences physiques, 2 participants, soit 3,6% ont déclaré avoir subi des violences verbales et sexuelles mais pas de violences physiques et 20 participants, soit 40% ont déclaré avoir subi les trois types de violences au cours de leur vie.

Par ailleurs, on ne retrouve pas d'événement de violence sexuelle isolé et 5 personnes ayant subi des violences physiques, soit 10% des violences physiques, ont déclaré des événements isolés.

6. Suivi et déclaration des violences

En ce qui concerne les participants ayant subi un ou plusieurs types de violences, nous avons représenté ci-dessous la ou les personnes auxquelles ils se sont confiés ou s'ils n'en ont parlé à personne.

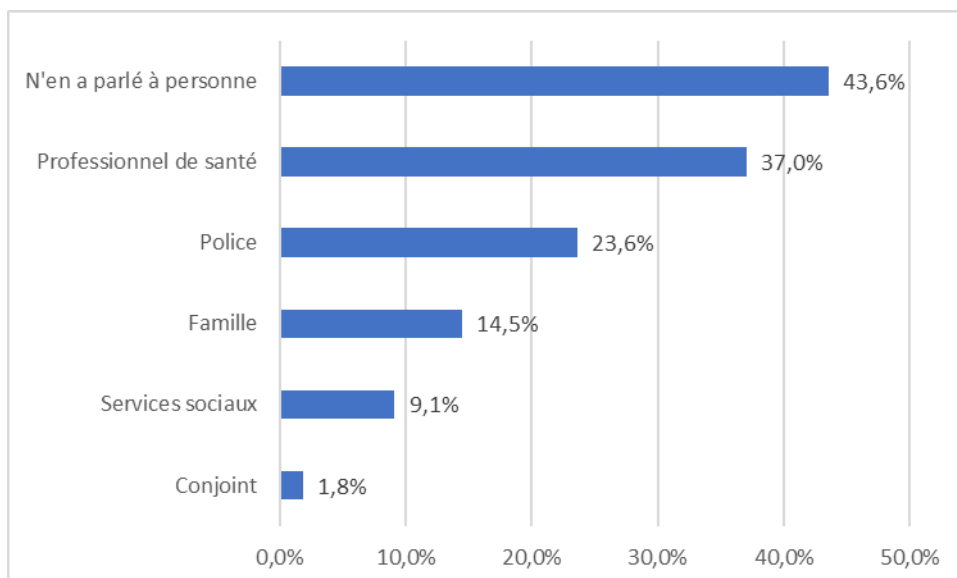


Figure 25 : Répartition des personnes auxquelles les personnes Sans Domicile Fixe ont parlé des violences subies

Il en ressort que 43,6% des participants ayant subi des violences n'en ont parlé à personne, 37% en ont parlé à un professionnel de santé, 23,6% à la Police, 14,5% à leur famille, 9,1% aux services sociaux et 1,8% à leur conjoint(e).

Parmi les 28 participants qui n'ont pas signalé les violences subies, nous avons représenté ci-dessous, la ou les raison(s) pour lesquelles ils ne l'ont pas fait.

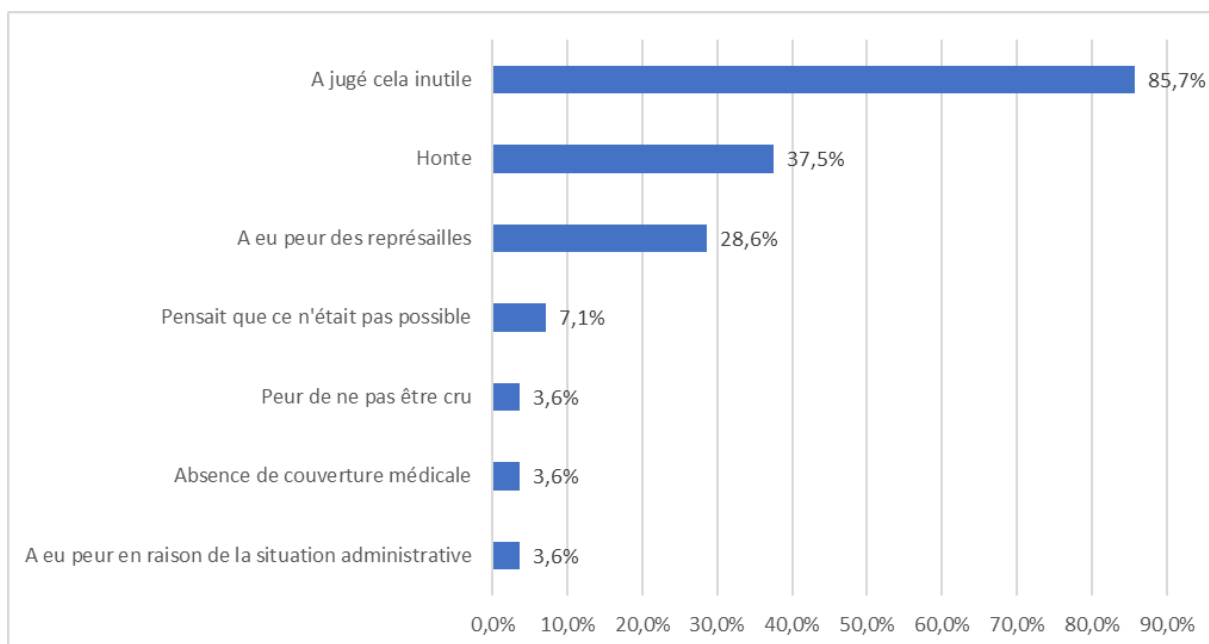


Figure 26 : Répartition des raisons pour lesquelles certains participants n'ont pas signalé les violences subies

Les principales raisons pour lesquelles ces 24 personnes n'ont pas signalé les violences subies sont le fait qu'ils ont jugé cela inutile pour 85,7% d'entre eux, suivies par un sentiment de honte déclaré par 37,5% de ces personnes, puis, la peur des représailles pour 28,6% des participants n'ayant pas signalé ces violences.

VI. Discussion

A. Les résultats principaux

Dans cette étude, un des principaux résultats est le taux très important de refus de participer. Les personnes rencontrées n'ont pas toujours accepté de répondre au questionnaire lorsque le thème leur était expliqué. Les raisons de ces refus n'étaient pas demandées pour ne pas avoir à insister auprès de population dites « fragiles ».

Dans cette étude, on constate que la prévalence au cours de la vie des violences subies – quel qu'en soit le type – par les personnes sans domicile fixe est très élevé.

Dans la majorité des cas, les violences verbales et psychologiques ainsi que les violences physiques débutent dès l'enfance. Les violences sexuelles déclarées, quant à elles, surviennent dans la plupart des cas à l'âge adulte.

Dans la grande majorité des cas de violences déclarées, il s'agit d'événements récurrents s'étalant souvent sur plusieurs années.

Le taux de violences déclarées semble varier en fonction de l'âge, de la situation professionnelle ou, encore, de la situation administrative.

Les violences sont également marquées par une différence de genre. La source des violences varie en fonction du genre, les violences déclarées par les femmes sont plus souvent subies dans la famille ou le couple tandis que les violences subies par les hommes sont souvent d'origine extra-familiale (inconnus, groupes d'inconnus, forces de l'ordre, etc.).

Nous n'avons pas retrouvé de lien statistique entre troubles des conduites addictives et des violences subies, sans doute en raison d'un échantillon trop restreint.

Les mutilations sexuelles n'ont été déclarées que par une participante, ce résultat peut également être sous-estimé par un biais de déclaration mais également du fait de la taille de l'échantillon.

La plupart des personnes ayant subi des violences n'en ont parlé à personne car ils l'ont jugé inutile ou alors avait honte ou peur d'en parler. Ceux qui en parlaient, en ont parlé à leur médecin, la police ou leur famille.

B. Points forts de l'étude

1. Une enquête qui explore une population peu documentée dans un cadre sécurisé

En France, les études sur les populations de personnes sans domicile fixe sont le plus souvent abordées par des points de vue socio-économiques. Elles s'intéressent aux facteurs producteurs de pauvreté et à la gestion sociale et économique. Les différentes thèses de médecine générale rédigées concernent l'accès aux structures de soins ou aux structures d'accueil et il n'existe que très peu de publications médicales se basant sur une approche biographique de cette population(76). Ainsi, la force et l'intérêt principal de cette étude réside dans son caractère unique. Les

questions abordées, telles que les origines ou l'orientation sexuelle, sont rarement explorées dans des études médicales et permettent une approche biographique plus approfondie.

Une autre caractéristique essentielle de cette étude est sa conformité à un cadre éthique adapté, garantissant le respect des participants et de leur situation, et les possibilités d'orientation rapide. En effet, lors de chaque entretien, une confidentialité et un environnement confortables ont été rigoureusement maintenus, et tous les participants ont pu bénéficier de numéros de téléphone ou de rendez-vous de consultation au sein du CHAPSA.

De plus, le questionnaire a été construit sur la base d'une étude bibliographique approfondie, puis soumis à une relecture et à des corrections par des médecins ayant une grande expertise dans le domaine du dépistage des violences.

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée : éléments de comparaison et évolution

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un échantillonnage aléatoire, la population de personnes sans domicile fixe ayant participé à la thèse présente plusieurs caractéristiques socio-démographiques similaires à celles de la population de personnes sans domicile fixe décrite dans les études de l'Insee en 2012 et dans l'étude Samenta de 2009. Toutefois, on constate certaines différences qui peuvent s'expliquer par la nature des lieux de recueil et donc des populations rencontrées, par l'évolution des sociétés et de la population depuis 10 ans et par d'autres facteurs socio-démographiques variés. Parmi les différences, on relève : dans notre étude, une plus grande proportion de personnes d'origine étrangères (76,7%) possiblement liées aux lieux de recueil étaient des lieux d'accueil d'urgence qui sont plus souvent fréquentés par des personnes d'origine étrangère. De plus, les mouvements migratoires ont fortement augmenté depuis 10 ans suite aux différentes crises sociales, sanitaires et politiques dans le monde(18), on peut donc envisager que les chiffres de l'étude Insee 2012 ne soient plus cohérents avec la situation actuelle.

Concernant la répartition des âges dans la population étudiée, la médiane des âges est de 40 ans et 68,3% des participants sont âgés de moins de 50 ans dans la population décrite dans les études de l'Insee, 75% de la population générale a un âge inférieur à 50 ans. Ces études sont cohérentes avec les données récentes faisant état d'un vieillissement des personnes sans abri.

Au sujet de l'orientation sexuelle des participants, les résultats indiquent que 85% d'entre eux ont déclaré être hétérosexuels, 11,6% ont déclaré appartenir à la communauté LGBTQIA+, et deux participants ont préféré ne pas se prononcer sur ce sujet. Ces résultats nous alertent sur ce critère de vulnérabilité et sont corroborés par les données venant d'associations telles que le Refuge qui mettent en évidence une forte augmentation du nombre de personnes LGBTQIA+ en situation de rue. Par ailleurs, la proportion de personnes non hétérosexuelles a pu être mésestimée, du fait d'un biais de déclaration. En effet, les médecins du Chapsa ont pu constater que les orientations sexuelles non hétérosexuelles étaient souvent révélées aux médecins après plusieurs consultations, une fois qu'un climat de confiance avait pu être instauré.

Concernant la situation maritale des personnes interrogées dans la population étudiée, 80% de personnes vivent seules (célibataires ou divorcées) et 16,7% de personnes sont mariées ou en couple, résultats cohérents avec les données de la

littérature. On ne retrouve pas de couple avec enfant car les enfants n'étaient pas accueillis au Chapsa ni à la Maison dans la Rue.

Les situations administratives des participants ne sont pas relevées dans les études Insee de 2011 et Samenta de 2009. En revanche, l'étude Samenta de 2009 s'intéresse au nombre de personnes bénéficiant d'une couverture sociale. Dans l'étude Samenta, 42,3% des personnes interrogées bénéficient d'une Couverture Santé Solidaire, 15,7% bénéficient de l'Aide Médicale d'État et 8% ne déclarent avoir aucune couverture sociale. Les chiffres relevés sont relativement différents dans cette étude, en effet, 53,3% déclarent bénéficier de la C2S, 35% déclarent bénéficier de l'Aide Médicale d'État et 11,7% déclarent ne pas avoir de couverture sociale.

Les données obtenues concernant le niveau de formation des individus inclus dans cette étude indiquent que parmi les personnes sans domicile fixe interrogées, 20% possèdent un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat, tandis que 80% ont interrompu leurs études à ce stade.

8,3% des participants à l'étude déclarent une activité professionnelle. L'activité salariée est rendue difficile du fait des conditions d'accueil d'urgence et d'hébergement à la nuitée : réveil précoce, règles strictes. Une stabilité des conditions d'hébergement, peut permettre un accès à l'emploi plus facilité, un hébergement d'urgence à la nuitée est un obstacle.

C. Les limites de l'étude

1. Difficultés de recrutement de personnes interrogées :

La principale difficulté rencontrée au cours de cette étude a été la difficulté d'acceptation de l'enquête puisque qu'en pratique, un nombre important de personnes a refusé de participer à l'étude, avec pas moins de 104 personnes ayant décliné de participer à l'étude.

Ces refus ont finalement contribué à la petite taille de l'échantillon. Par ailleurs, il s'agissait d'un échantillon non aléatoire puisque basé sur le consentement des personnes à qui il était proposé. Un échantillonnage aléatoire aurait demandé un investissement de temps peu compatible avec le fait que cette étude soit conduite par un investigateur isolé.

Les refus de participer s'expliquaient en grande partie par leur réticence à discuter avec un médecin inconnu en dehors d'un contexte de soin, ce qui a ajouté une barrière supplémentaire à la collecte de données.

Dans certains cas, la barrière de la langue a également pu compliquer les interactions avec quelques participants. En effet, avec une part croissante de personnes d'origine étrangère dans la population de personnes sans domicile fixe, de nombreuses personnes rencontrées étaient originaires d'Afrique ou d'Europe de l'Est et ne parlaient ni français ni anglais.

Par ailleurs, l'accès à des lieux de refuge ou d'accueil pour les personnes sans domicile fixe, tels que les centres d'accueil pour femmes ou pour la communauté LGBTQIA+ en situation de rue, a été refusé, dans l'optique de protéger la confidentialité et la sécurité des résidents. Ces refus ont entraîné une limitation dans

la possibilité de réaliser davantage d'entretiens, ce qui aurait pu permettre d'enrichir et d'affiner les données recueillies.

Ainsi, la difficulté principale a été d'être un intervenant extérieur, non connu des usagers réguliers des centres de recueil. Les usagers étaient habitués aux médecins qu'ils connaissaient, avec lesquels ils avaient pu nouer une relation soignant-soigné de confiance.

Dans quelques situations, le refus de participer venait du refus d'aborder des questions sensibles ou difficiles. Pour certaines personnes, un suivi médical concernant ce sujet était déjà en cours et il ne semblait alors pas opportun d'aborder le sujet en dehors de cette prise en charge.

L'une des principales limites de cette étude, qui est également une problématique courante dans la recherche sur les personnes sans domicile fixe, y compris l'étude de l'Insee en 2012, réside dans la difficulté à entrer en contact avec cette population.

En effet, comme évoqué précédemment, certaines personnes, souvent les plus vulnérables, vivant dans la rue, ont tendance à éviter tout contact afin de minimiser les risques associés à de nouvelles rencontres.

Ainsi, dans le cadre de cette thèse de médecine, les entretiens menés ont uniquement permis d'interagir avec les individus fréquentant les centres d'accueil, mais nous n'avons pas eu l'opportunité de rencontrer les personnes sans domicile fixe vivant dans la rue et se cachant pour échapper à toute interaction. Ce premier élément fait de cette étude une enquête exploratoire qui a permis de soulever les difficultés à aborder ces questions auprès d'un public très éloigné du soin, et habituellement peu questionné dans le cadre du soin sur les questions des violences.

2. Les principaux biais identifiés

Les biais principaux de l'étude sont en majorité des biais de sélection de cette étude sont les suivants :

o Biais de volontariat

Pour recruter des participants à cette étude, il a fallu aller auprès d'eux, dans les centres où ils étaient accueillis et leur demander s'ils acceptaient de participer à l'enquête. Le sujet de l'étude était présenté dès cette approche pour permettre aux potentiels participants un choix éclairé. Nous n'avons pas exploré les motifs de refus et ne pouvons donc pas conclure quelle part de refus pouvait être liée au souhait de ne pas aborder ce sujet, ou au contraire, refus car non concernés par le sujet. Difficile sans documentation — impossible à recueillir en dehors d'un cadre confidentiel qui n'a pu être mis en place dans un contexte de refus.

o Biais de mémoire

L'étude abordait la question de l'exposition à des violences au cours de la vie entière, il est possible que certains aient oublié de citer certains événements vécus, le

biais de mémoire peut potentiellement être lié à des phénomènes d'amnésie traumatique. En outre, les expériences de violences peuvent être perçues ou identifiées de manière différente selon le contexte culturel, ou légal du pays d'origine conduisant certains participants à sous-estimer des événements violents.

De même, en raison du déni et des mécanismes de défense, certains participants ont pu ne pas identifier ou se sentir responsable, impliqués, avec un sentiment de culpabilité empêchant de clairement définir certains événements de vie comme des violences : le cadre du questionnaire ne permettant pas de reformulation.

3. Taux de réponse en question

Avant d'examiner les résultats de cette étude, il est crucial de prendre en considération une donnée importante : 65% des personnes à qui a été proposé cette enquête n'ont pas souhaité y participer. Le nombre élevé de refus enregistrés lors de la collecte des données (104 refus). La proportion de refus a varié considérablement d'un lieu de collecte à l'autre, bien que ces variations n'aient pas atteint de niveau de significativité statistique. En particulier, à la Maison dans la Rue, où les participants avaient déjà eu des interactions avec l'investigateur en tant que médecin, le taux de refus était moins élevé par rapport au CHAPSA, où les participants ne connaissaient pas l'investigateur.

Dans cette enquête, les motifs du refus n'ont pas été demandés, les personnes qui répondaient « non » à la question « *Êtes-vous d'accord pour faire partie de cette enquête anonyme et confidentielle ?* » n'avaient pas à justifier de leur réponse. Le choix de ne pas demander de raison au refus de participer a été décidé en amont de l'étude. En effet, les personnes interrogées étaient issues d'une population vulnérable et précaire et le thème de l'enquête était de nature particulièrement personnelle et lorsqu'elles décidaient de ne pas répondre, nous avons décidé de ne pas poursuivre plus loin l'investigation dans le contexte (rue, centre d'hébergement).

En exposant ce taux important de refus aux médecins connus du public sollicité, ils nous ont fait part de leur étonnement, dans la mesure où cette question posée systématiquement en consultation suscitait peu de résistance. Ainsi, une hypothèse explicative consiste à dire qu'un dépistage en dehors d'un cadre de consultation classique a pu représenter un obstacle à la réalisation des entretiens. Il semble que si le dépistage avait été organisé au sein même de consultations ordinaires, cela aurait pu favoriser la collecte d'un plus grand nombre de réponses. En effet, un cadre de confiance aurait sans nul doute permis de limiter le taux de refus, bien que cette étude ait permis d'organiser un suivi spécialisé si nécessaire avec la possibilité d'une prise en charge socio-psychologique et la communication des numéros de téléphone appropriés.

Il semble donc que ce taux élevé de refus mette en exergue une problématique liée à l'investigateur lorsqu'il n'était pas identifié ou connu comme un des médecins soignants et présente un premier résultat important de cette étude. Il souligne que le dépistage de violences et la libération de la parole sont favorisés par le cadre d'une relation de confiance au sein du colloque singulier médecin-patient.

4. Impact du contexte de recueil

Le lieu de recueil au sein du CHAPSA était un bureau de consultation assez isolé permettant de garantir la confidentialité nécessaire à la bonne conduite des entretiens. De plus, le contexte historique et actuel de l'hôpital a permis de rencontrer des personnes sans domicile fixe plus aisément.

Cependant, au moment de débiter les entretiens, le contexte politique et économique de l'hôpital a représenté des limites au recrutement et à la conduite des entretiens. En effet, au moment du début de l'enquête, la direction du centre hospitalier de Nanterre a changé et a restreint les financements du service. Ces modifications du contexte ont compliqué l'accès à des salles, les infirmières du service n'ont pas pu aider pour le recrutement car elles se sont trouvées en sous-effectif.

Par ailleurs, le plan initial était d'organiser des formations avec les autres professionnels de santé sur place pour qu'ils puissent organiser des entretiens. Ce plan n'a pas pu être mis en place du fait du départ d'une partie d'entre eux.

D. Les violences déclarées par la population interrogée

1. Importance globale des violences déclarées

L'objectif principal de cette étude est de quantifier les violences subies par les personnes sans domicile fréquentant les lieux d'accueil de jour (Maison dans la Rue) et les lieux d'hébergement d'urgence (CHAPSA). Il s'agit de réaliser une « photographie » d'une population volontaire à un moment donné et de tester la faisabilité de ce type d'étude auprès de population très vulnérable. Comme évoqué dans la revue de littérature, Il n'existe pas ou très peu d'étude traitant du sujet des violences subies par les personnes sans domicile fixe en France. Les études s'intéressant à la quantification des violences subies, pour des raisons méthodologiques, excluent la plupart du temps les personnes sans domicile fixe des recueils de données(13). En effet, les études telles que l'étude Cadre de Vie et Sécurité de 2007, l'étude Enveff ou Virage s'intéressent aux violences subies par la population générale mais n'intègrent pas les personnes sans domicile fixe.

L'étude Samenta de 2009 qui s'intéresse à la santé mentale et aux addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile de France quantifie les violences subies par les personnes sans domicile fixe et la corrélation de celles-ci avec les troubles psychiatriques décrits. Dans cette étude, il est rappelé que les personnes en situation de grande précarité ont subi dans leur vie ou subissent plus de violence que le reste de la population générale(26).

Dans l'étude que nous avons menée, nous avons constaté que le taux de personnes déclarant avoir subi des violences, quel qu'en soit le type ou la période de vie s'élève à 91,7%. Le taux de violences verbales ou psychologiques déclarées est de 83,3%, le taux de violences physiques est de 80% et on retrouve 36,7% de violences sexuelles déclarées.

Les taux retrouvés dans l'étude sont plus élevés que ceux décrits dans les études réalisées en population générale. Comme il a été dit précédemment, la

population des personnes sans domicile fixe a été largement modifiée au cours des dix dernières années, tant par ses caractéristiques socio-démographiques que par les histoires de vie qui mènent à la situation de grande précarité ou de sans domicile fixe ou encore à une situation de rue. Le phénomène de « migrantisation » de la population de personnes sans domicile fixe(77) amène à envisager des histoires et des parcours biographiques traumatiques. Les personnes sans domicile fixe ou en situation de rue présentent aujourd'hui des histoires de parcours migratoire souvent complexes et empreints de violences. Qui plus est, lors de leur arrivée en France, les personnes arrivées de manière irrégulière restent dans une grande précarité qui augmente le risque de subir des violences, quel qu'en soit le type.

Par ailleurs, le taux de violences déclarées dans la population générale a également fortement augmenté, qu'elles soient intra-familiales ou « hors-ménage ». Par exemple, on constate une augmentation de 16% des violences intra-familiales non conjugales (physiques ou sexuelles)(78).

Le taux de violence peut donc paraître sur évalué du fait du faible échantillonnage et les biais de recrutement dans cette étude mais le nombre de violences déclarées dans cette enquête est très important.

Les violences verbales et psychologiques sont les violences les plus représentées dans cette étude et dans toutes les études traitant des violences. En effet, 83,3% des participants ont déclaré avoir subi des violences verbales, soit deux fois plus de violences déclarées que dans l'étude Samenta. En comparaison, les données relevées au cours de l'enquête Événements de Vie et Santé (EVS) sur la population générale d'Ile de France, rapportent environ 20% de violences verbales et psychologiques(54).

Les violences physiques représentent une partie très importante des actes de violences subies par les participants, en effet, 80% des participants déclarent avoir subi des violences physiques. L'étude Samenta, en 2009, relevait 27,7% de violences physiques déclarées. L'étude Cadre de Vie et Sécurité de 2021 relève un taux annuel de violences physiques extra-familiales de 0,8 à 1,7%(79), avec environ 160 000 violences physiques subies en dehors du cadre familial et 145 000 violences physiques intra-familiales déclarées en 2019(31). Par ailleurs, en 2009, 8% des personnes vivant en Ile-de-France ont déclaré avoir subi des violences physiques(80).

Les violences sexuelles sont moins fréquentes que les autres types de violences et concernent un peu plus du tiers des personnes interrogées dans cette étude (36,7%). Dans l'étude Samenta, en 2009, 12,8% des participants ont déclaré avoir subi des violences sexuelles. Les violences sexuelles sont déclarées par trois fois plus de personnes participant à cette étude que dans l'étude Samenta(26). L'étude Virage s'intéressant aux violences subies et aux rapports de genre dans la population générale, réalisée en 2015, a relevé que 14,5% des femmes et 3,9% des hommes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles dans leur vie(81).

Dans la majorité des cas, les participants ayant déclaré avoir subi des violences, ont déclaré des actes récurrents se répétant, pour la plupart, sur plusieurs années. Il semble que les violences verbales et psychologiques sont plus souvent répétées que les violences physiques et sexuelles pour lesquelles on retrouve un plus grand nombre d'actes isolés.

2. Les violences par catégories : pistes de réflexion et d'action

Les violences verbales et psychologiques : Des violences omniprésentes

Les violences verbales sont des violences invisibles et difficilement objectivables qui peuvent entraîner des séquelles morales et psychologiques importantes(82) et qui semblent constituer une porte d'entrée vers d'autres types de violences. En effet, on constate également que lorsqu'une personne déclare avoir subi plusieurs types de violences, elle déclare toujours avoir subi au moins des violences verbales ou psychologiques.

Les violences verbales et psychologiques constituent la forme de violence la plus fréquente car il est plus aisé de proférer des paroles blessantes que de commettre des actes de violences physiques. Si ces violences sont plus courantes, elles n'en sont pas moins préjudiciables, elles peuvent avoir un impact émotionnel profond sur les individus qui en sont victimes, parfois même plus graves que des séquelles physiques.

Il est donc important de ne jamais mésestimer leur importance, leur déclaration comme première étape de prise de conscience de violences subies, leur impact psychosocial et leur fréquence et ainsi, de les inclure dans tout dépistage de violences. En effet, les violences verbales et psychologiques s'attaquent à l'être directement, elles n'ont pas pour objectif de s'attaquer à l'intégrité physique mais elles risquent toujours de nuire à la personne directement.

Ainsi, la plupart des personnes subissant des violences verbales et psychologiques décrivent souvent des événements répétés comme on le relève dans cette étude avec des violences verbales déclarées le plus souvent multiples et s'étalant sur plusieurs années et pour la plupart des violences subies dans l'enfance et la vie adulte.

Les violences physiques

Contrairement aux violences verbales et psychologiques, les violences physiques entraînent des séquelles plus facilement objectivables. En effet, en plus des psychotraumatismes qu'elles peuvent entraîner, une victime de violences physiques « hors ménage » sur deux déclare présenter des fractures ou des blessures physiques et 42% ont dû bénéficier d'un suivi médical à la suite de violences physiques(79).

Si les violences verbales ou psychologiques peuvent être considérées comme une porte d'entrée dans les situations de violences répétées, les violences physiques peuvent être déclinées en deux sous types distincts. Le taux d'antécédents de violences physiques déclarées dans cette enquête doit pouvoir permettre de renforcer la vigilance dans le dépistage des séquelles directes de traumatismes physiques, mais également physiques.

En situation de rue, les actes de violence physique peuvent parfois être minimisés ou même banalisés tolérés du fait de leur fréquence.

Les violences sexuelles

Les résultats de cette enquête permettent encore une fois d'insister sur l'importance d'un dépistage systématique. De plus, les personnes sans domicile fixe, en particulier les femmes et les personnes seules et isolées subissent plus d'agressions. Cependant, comme pour les autres catégories de violences, il est probable que le contexte du dépistage – réalisé par un soignant, dans un cadre de soin dédié, dans un contexte rassurant – pourrait avoir encore plus d'importance qu'en population générale.

Le taux de violences sexuelles déclarées plaide en faveur du déploiement de dispositifs spécifiques de prise en charge vers les personnes sans abri, au vu des conséquences importantes sur la santé globale bien documentées dans la littérature.

Prendre en compte la coexistence de violences

Dans cette étude, la grande majorité des participants ayant déclaré des violences, qu'elles soient d'ordre psychologiques, physiques ou sexuelles, ont déclaré avoir subi plusieurs types de violences différentes.

Les violences subies par les personnes sans domicile fixe sont le plus souvent de formes multiples, alliant vol d'affaires, violences verbales, psychologiques, physiques et parfois, sexuelles(89).

Nous avons proposé le dépistage de tous les événements violents pour comprendre la personne dans son ensemble. Les violences physiques, bien que plus bruyantes en termes de symptomatologie immédiate ne doivent pas faire sous-estimer les autres types de violences et leurs impacts potentiels.

Par ailleurs, la répétition des actes de violence, la tendance à minimiser leur gravité, ainsi que le manque de prise en charge des traumatismes qui en résultent accroissent le risque de développer des troubles du développement. Cela peut également entraîner d'importantes conséquences négatives pour la santé mentale et physique, tout en constituant un obstacle significatif à la réussite scolaire et à l'intégration socio-professionnelle. Les violences subies, particulièrement les actes de violence à répétition constituent donc un facteur de grande vulnérabilité, qui mènent à augmenter les inégalités, la précarité et de nouvelles violences(83).

Une des limites principales du dépistage des violences chez les personnes sans domicile fixe est le fait que, dans la plupart des cas, le recours aux soins des personnes sans domicile fixe concerne des consultations d'urgence ou des problèmes de maladie grave ignorée ou laissée sous silence pendant longtemps par la personne(90). Le délai de prise en charge de pathologies assez lourdes augmente le risque d'occulter le dépistage et le traitement de comorbidités telles que des violences subies et les traumatismes qui en découlent.

3. Importance et impact des violences dans l'enfance : pour un dépistage et une prise en charge précoce

Dans cette étude, une très grande partie des violences démarrent dans l'enfance. Dans certains cas, il s'agissait d'évènements violents isolés dans l'enfance mais dans la plupart des cas déclarés, les violences subies dans l'enfance s'étaient reproduites à l'âge adulte.

Les violences faites aux enfants sont un sujet préoccupant ayant des répercussions profondes sur leur vie future, notamment en ce qui concerne le risque à devenir sans domicile fixe. Les violences subies dans l'enfance, qu'elles soient physiques, sexuelles, émotionnelles ou négligences, ont des conséquences graves sur le bien-être des victimes.

Comme évoqué précédemment, les conséquences des violences infantiles sont variées, allant de problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique, à des difficultés cognitives et comportementales(55). Les jeunes qui ont été victimes de violences peuvent également rencontrer des difficultés à établir des relations saines avec les autres, ce qui peut les conduire à l'isolement social. Ces traumatismes peuvent également entraîner des problèmes de toxicomanie et de comportements à risque, contribuant ainsi à un cycle de détresse.

Les violences subies et déclarées par les personnes sans domicile fixe sont plus souvent déclarées par des personnes jeunes. Les personnes de moins de 40 ans déclarent plus souvent avoir subi des violences dans leur vie et dans les 12 derniers mois(89). Par ailleurs, en 2022, 30% des personnes sans domicile fixe « jeunes », de moins de 25 ans sont issus d'un parcours de déplacements-replacements par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)(91). De plus, dans la littérature, plusieurs études concernant les violences sexuelles mettent en exergue un taux élevé de violences subies avant l'âge de 18 ans, ainsi plus de la moitié des femmes et plus d'un tiers des hommes ayant subi des violences sexuelles déclarent en avoir subi avant l'âge de 18 ans(86).

Or, une des causes principales de situation de rue chez les personnes âgées de moins de 25 ans est liée à une fuite d'un environnement familial problématique, violent ou insécuritaire. Il arrive que certaines personnes soient chassées de leur domicile en raison de conflits familiaux ou de la rupture des liens familiaux.

Une fois sans abri, ces jeunes sont confrontés à des défis majeurs pour leur survie, leur santé mentale et leur bien-être général. Il est donc essentiel de mettre en place des programmes de prévention et de soutien pour les jeunes victimes de violences, issus notamment de l'ASE, en renforçant par exemple les dispositifs « jeunes majeurs » à leur majorité avec une prise en charge psychologique afin de rompre ce cycle et de leur offrir une chance de stabilité et de rétablissement.

Par ailleurs, le lien entre violences subies dans l'enfance et la situation de rue s'apparente à un cercle vicieux. En effet, les violences surviennent le plus souvent avant la situation de rue(92). Les violences subies dans l'enfance constituent donc un réel facteur de risque à la situation de rue mais la situation de rue augmente le risque de subir des situations traumatiques(93).

4. Violences au cours de la vie adulte : la suite d'un parcours d'exposition dans l'enfance dans de nombreux cas ?

Dans notre étude, les personnes de plus de 45 ans déclarent significativement moins de violences subies que les personnes âgées de moins de 45 ans. De plus, 1 participant sur 5 déclare avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois, tandis que, les violences cumulées déclarées par la population en générale, en 2018, s'élèvent à environ 2% toutes violences confondues(79). Peut-être faut-il y voir un facteur générationnel, les plus jeunes ayant pu être plus sensibilisés par les mouvements issus de #metoo.

La plupart des violences débutées dans l'enfance continuent à la vie adulte. Dans cette étude, une grande partie des personnes ayant déclaré avoir subi des violences dans l'enfance, en déclarent également à la vie adulte. On retrouve ces éléments dans plusieurs études(89,93). Ils peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que le développement d'un syndrome d'adaptation aux violences notamment décrit chez les personnes ayant subi des sévices sexuels(94,95), ou encore, les troubles de développement émotionnel et les troubles de relations interpersonnelles liés aux violences subies dans l'enfance(96).

Il est intéressant de noter que les natures des violences subies peuvent varier avec l'âge. Alors que les personnes plus jeunes déclarent des violences psychologiques, verbales et sexuelles, les personnes les plus âgées décrivent surtout des violences morales ou verbales. Ainsi, les personnes les plus âgées, de plus de 80 ans, déclarent des violences morales, à type d'intimidation, d'humiliation, de paternalisme, de négligences et d'exploitations financières. Les violences physiques et sexuelles sont beaucoup plus rares que dans le reste de la population(97).

Les professionnels de santé doivent donc maintenir une vigilance à tous les stades de la vie afin d'assurer un dépistage efficace des violences.

Les violences déclarées par les personnes sans domicile fixe à l'âge adulte sont le plus souvent subies par les femmes. Ces violences peuvent être subies dans la rue mais pour 17% des femmes concernées, ce sont ces violences qui les ont conduites à quitter leur logement précédent, c'est le cas pour 0,7% des hommes. Les violences conjugales et familiales sont la seconde raison évoquée par les femmes sans domicile fixe pour expliquer la situation de rue, après la séparation avec le conjoint(89).

Il existe peu de données concernant les violences auxquelles sont exposées les femmes sans domicile fixe mais il semble que les violences conjugales représentent un réel facteur de risque de grande précarité ou de situation de rue. Or, d'après l'enquête Enveff, 1 femme sur 10 déclarait avoir été victime de violences conjugales au cours de l'année passée(99). De plus, 9% des femmes interrogées déclaraient vivre dans un climat de violence conjugales, au moment de l'étude.

Concernant la source des violences relevée dans cette étude, elle semble varier en fonction du genre.

Dans le cas des violences subies par les hommes, les agresseurs sont le plus souvent des inconnus ou groupes d'inconnus pour les violences verbales ou psychologiques et les violences physiques. Les violences sexuelles sont le plus souvent infligées par la famille.

Le taux de violences infligées par des inconnus sont d'ailleurs significativement plus élevées chez les hommes que chez les femmes, tandis que les violences infligées

par le conjoint ou l'époux sont statistiquement bien plus élevées chez les femmes que chez les hommes.

Ces résultats confirment les données des études sur le sujet dans lesquelles il est démontré que les femmes subissent plus de violences et que les agresseurs sont dans la très grande majorité des hommes(86,89,100). Cependant, il serait naïf d'ignorer les violences inter-féminines qui existent également et qui peuvent également avoir des conséquences importantes. Dans la rue ou dans les structures d'accueil, les violences physiques, psychologiques ou verbales ont également lieu mais elles sont difficilement quantifiables. Elles peuvent également mener à des séquelles morales, physiques mais également matérielles avec des vols d'affaires(100).

Ainsi, les femmes, d'autant plus les femmes seules, constituent une population des plus fragiles et plus à risque de subir des violences. Dans certains cas, ce sont les violences subies qui les ont conduites à des situations de grande précarité. Cependant, les femmes sont moins nombreuses à être en situation de rue car elles peuvent bénéficier d'une forme de « protection » institutionnelle avec davantage de logement en CHRS, hôtels sociaux, hébergements « longue durée » leur permettant de bénéficier d'un accompagnement social rapproché et plus régulier(14,100).

5. Violences selon les profils spécifiques

a) En fonction de l'orientation sexuelle : un facteur de risque

Nous n'avons pas pu recueillir beaucoup d'éléments sur ce sujet dans cette enquête du fait de la taille de l'échantillon. Dans la population générale, le taux de violences subies par les personnes membres de la communauté LGBTQIA+ est supérieur à celui des personnes hétérosexuelles. En effet, la population issue de cette communauté est à risque de subir les mêmes formes de violences que les autres mais elle est également susceptible d'endurer des formes de violences liées à leur identification de genre et de sexualité(101). Au cours de l'enfance, les personnes non-hétérosexuelles présentent un risque plus élevé de subir des violences familiales, elles présentent un risque plus fort d'absentéisme scolaire, de conduites addictives et donc un risque plus fort de précarité(102). Les personnes bisexuelles représentent le groupe qui déclare le plus de violences, qu'elles soient sexuelles, physiques, psychologiques, intra ou extrafamiliales(102,103).

Concernant la population LGBTQIA+ sans domicile fixe, il n'existe pas de donnée dans la littérature Française et très peu de données dans la littérature Nord-Américaine concernant la prévalence des violences subies. En effet, il s'agit d'une population minoritaire dans la population générale et cette minorité est encore plus accentuée et moins visible pour des raisons de sécurité dans la population de personnes sans domicile fixe, ce qui peut représenter une limite aux études sur le sujet(16,101).

La population de personnes LGBTQIA+ sans domicile fixe constitue un des groupes les plus frappé d'ostracisme et discriminé(16). D'une part, du fait de cette exclusion et discrimination sociale, ces personnes présentent des risques augmentés de comorbidités, de conduites addictives et conduites sexuelles à risque, de troubles

psychosociaux ainsi que d'évènements violents subis. D'autre part, ces éléments augmentent le risque de vivre en situation de rue ou de s'y maintenir(104).

En France, peu d'étude s'intéressent à cette problématique, cependant, la Fondation Le Refuge permet aux personnes sans domicile fixe de la communauté LGBTQIA+ de transmettre leurs témoignages sur leurs histoires et trajectoires de vie(105). Les thèmes principaux retrouvés dans ces témoignages sont les contextes familiaux compliqués (conflits familiaux, fractures familiales, exclusions de la famille des personnes LGBTQIA+), les violences intra-familiales, les violences extra-familiales (moqueries, violences scolaires, phobies scolaires, harcèlement scolaire) et les discriminations sociales.

Les personnes non hétérosexuelles sans domicile fixe constituent donc un groupe des plus précaires pour lesquels les violences font quasi-systématiquement partie de leur histoire de vie et qui devraient donc pouvoir bénéficier de suivis rapprochés systématiques.

b) Violences déclarées par les personnes issues de l'immigration

La grande majorité des personnes d'origine étrangère ayant accepté de participer à l'étude et qui ont déclaré avoir subi des violences dans leur vie ont subi ces actes violents avant leur arrivée en France. Environ deux tiers des violences verbales et physiques ont eu lieu avant leur arrivée en France et c'est le cas pour 90% des violences sexuelles.

Dans certains cas, ces violences ont été le facteur déclenchant de la migration, qu'elles soient dues à un contexte de crise locale (guerres, famines, sécheresses, etc..) ou alors qu'elles soient des violences « ordinaires », on peut alors parler de « migration forcée »(106), tandis que dans d'autres situations, les violences ont pu survenir au cours du parcours migratoire(107).

L'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) a estimé en 2020 que 82 millions de personnes dans le monde ont subi une migration forcée à cause des crises militaires, sociales, économiques ou sanitaires. Parmi ces 82 millions de personnes, 47% étaient des femmes(108). La France fait partie des 3 pays – avec l'Allemagne et l'Espagne – qui accueillent le plus de personnes demandeuses d'asile en Europe avec 131 000 demande d'asile formulée en 2022(109).

Les parcours migratoires constituent une période au cours de laquelle le risque de subir des violences augmente fortement. En effet, 90% des migrants originaires d'Afrique déclarent subir des violences au cours de leur parcours migratoires. Il semble que certaines étapes, considérées comme « incontournables » au cours d'un parcours migratoire, telles que la Lybie, le Maroc ou la Grèce représentent des lieux où les risques de violences sont très élevés(110,111).

En effet, les personnes ayant transité par la « route de la Méditerranée centrale » qui part d'Afrique Sub-Saharienne et passe par la Lybie ou le Maghreb pour se poursuivre par la Grèce ou l'Italie décrivent des événements traumatiques tels que des ventes aux enchères de migrants, des violences économiques, des privations, des tortures, des violences psychologiques, des agressions physiques et sexuelles, des agressions racistes, de la prostitution forcée(112). Ces événements concernent 90% des personnes issues de ce parcours migratoire(109,110).

Les parcours migratoires constituent une période de précarité et augmente donc le risque de violences institutionnelles et personnelles. De plus, la population de migrants ayant évolué au cours des 20 dernières années, le nombre de femmes migrantes a fortement augmenté(108,113). Une fois de plus, même dans ce contexte à risque de violence pour la population de migrants en général, les femmes sont encore plus à risque de subir des violences.

Le concept de « violences basées sur le genre » ou « *Gender Based Violences* » (GBV)(114) a été développé afin d'expliquer et de comprendre les violences subies par les migrants. Il est notable que les femmes signalent davantage de violences sexuelles que les hommes(113–115). Cependant, certaines études indiquent que les hommes et les jeunes garçons migrants sont également confrontés à un taux élevé de violences sexuelles. Les violences subies diffèrent alors entre les genres : Les femmes peuvent être victimes de viols, de prostitution forcée ou être contraintes d'utiliser leur corps pour obtenir protection, faveurs ou de l'argent, tandis que les violences sexuelles subies par les hommes sont souvent liées à des actes de torture(116).

Lorsque les migrants arrivent dans un pays hôte, à la fin de leur parcours migratoire, ils peuvent se retrouver confronté à de nouveaux risques de violences. Concernant les violences subies sur le territoire d'accueil, elles restent complexes à quantifier car les personnes victimes de ces violences ne les déclarent que très rarement à un médecin et encore plus rarement aux forces de l'ordre(108). L'étude française ANRS-Parcours s'intéressant à la population de personnes issues de l'immigration Sub-Saharienne et au taux élevé de prévalence du VIH dans cette population a permis, entre autres, de mettre en évidence que personnes migrantes étaient souvent contaminées par le VIH après leur arrivée en France(117). En effet, entre 4% et 15% des femmes demandeuses d'asile originaire d'Afrique Sub-Saharienne déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours des 12 derniers mois, souvent dans un contexte de prostitution forcée, avec un taux plus élevé de rapports forcés pour les femmes porteuses du VIH. De plus, il y a un lien significatif entre l'absence de logement stable et les rapports sexuels forcés(118).

Par ailleurs, en plus des violences subies avant la migration, au cours du parcours migratoire et après l'arrivée dans le pays d'accueil, les migrants subissent également des violences économiques, sociales et institutionnelles(114).

Ces données plaident en faveur du déploiement de dispositif de prise en charge des conséquences des violences.

E. Pistes d'action, axes d'amélioration

1. Repenser l'accueil et le soin des sans domicile fixe en y incluant une prise en charge spécifique des conséquences des violences

Cette étude a été initiée par l'idée que les personnes sans domicile fixe ne parlaient pas spontanément de ces événements violents ou traumatisants et qu'il fallait plusieurs consultations avec un professionnel médico-psycho-social pour aborder ce sujet.

Pendant le premier confinement lié à la pandémie de COVID-19, des consultations plus fréquentes et rapprochées ont permis cet accompagnement, mais en dehors de ces périodes exceptionnelles, ces individus ne sollicitent presque exclusivement des soins médicaux qu'en cas d'urgence pour des problèmes somatiques.

Dans notre étude, près de la moitié des personnes ayant subi des violences n'en ont parlé à personne. Un tiers des participants déclarent en avoir parlé à un professionnel de santé, environ 20% en ont parlé à la police et moins de 15% en ont parlé à leur famille.

Les trois principales raisons évoquées pour lesquelles ces personnes n'ont pas signalé ces violences sont le fait qu'ils aient jugé cela inutile, qu'ils avaient honte d'avoir subi ces violences ou du motif pour lesquels ils les avaient subies et qu'ils craignaient des représailles.

Le rôle du professionnel de santé dans le dépistage des violences subies par les personnes sans domicile fixe semble alors clair : un accompagnement régulier et fréquent avec une approche ethno-biographique(76) permettant d'établir une prise en charge des troubles somatiques mais également de développer une relation soignant-soigné assez efficace pour permettre d'entamer suivi psychologique adapté.

2. Pistes d'accompagnement, d'aide et de prise en charge

➤ Créer et renforcer l'autonomie économique :

Comme discuté précédemment, la prévalence des actes de violences subies est sensiblement plus élevée chez les personnes en situation de précarité sociale. Ainsi, même si les violences peuvent toucher toutes les sphères sociales, il semble tout de même exister un gradient de violence subies en fonction de la situation économique, jusqu'aux personnes issues de la migration et les personnes en situation de rue qui sont les plus à risque de subir des actes violents.

Nous avons vu que les personnes arrivées en France suite à un parcours migratoire considéré comme « irrégulier » ont un risque augmenté de subir une prostitution forcée ou de subir des rapports sexuels forcés en échange d'un logement(108). Dans ce cas de figure, des conditions de logement stables pourraient diminuer le risque de survenue de ces événements violents et traumatiques.

Par ailleurs, les revenus des personnes sans-domicile fixe peuvent être variés. Le Revenu de Solidarité Active (RSA) est le principal revenu déclaré (30%), 25% des personnes sans-domicile fixe perçoivent un salaire pour une activité professionnelle, viennent ensuite les allocations chômage (8%), viennent ensuite les autres prestations sociales telles l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et le minimum vieillesse, les allocations familiales, etc...(23). Cependant, le rapport du Collectif ALERTE PACA de 2021 met en évidence une donnée déjà reportée par des rapports de la CNAF en 2010 : plus d'un tiers des personnes éligibles au RSA ne le percevaient pas. Dans son rapport, le collectif cite les données du Secours Catholique : un tiers des personnes accueillies par le Secours Catholique et éligibles au RSA n'en bénéficiaient pas(119).

Les personnes qui ne bénéficient pas des aides auxquelles elles pourraient prétendre sont souvent dans le refus d'en bénéficier, le « *non-recours* » aux aides est un phénomène assez fréquent poussé par l'envie de ne pas être un « fardeau » ou ne

pas « profiter » de la société. Ces représentations sociales de la personne bénéficiant des aides sociales qui serait un « parasite » ou un « fardeau » pour la société reste vivace et incite certaines personnes à ne pas faire les démarches nécessaires qui leur permettraient de bénéficier de ces aides. Dans d'autres cas, ce « *non-recours* » est dû à un manque d'accompagnement social(76,119).

Une autonomie économique associée à un accompagnement social doit permettre de limiter les situations de précarité et ainsi les situations de violences.

➤ **Le « *housing first* »**

Nous avons vu que les personnes en situation de rue sont les personnes les plus à risque de subir des violences. Ces risques augmentent davantage chez les personnes présentant des troubles des conduites addictives, des comorbidités psychiatriques, des comorbidités somatiques ou si les personnes font partie d'une minorité (femmes, communauté LGBTQIA+, migrants, etc...).

Dans l'ambition de protéger les personnes les plus à risque, les logements leur sont le plus souvent réservés. Par exemple, les foyers n'accueillant que des femmes, ou que des personnes LGBTQIA+ se sont développés et permettent une prise en charge la plus adaptée et la plus sûre pour ces personnes.

Depuis une vingtaine d'années le concept de « *housing first* » – « logement d'abord » – s'est développé d'abord dans les pays anglo-saxons puis en France. Ce concept est destiné à faire accéder directement au logement les personnes en situation de grande exclusion, présentant des troubles des conduites addictives et des pathologies psychiatriques(120). En plus de l'accès au logement, les personnes admises dans ce dispositif sont accompagnées d'un travailleur-pair, une personne qui a été dans la situation des personnes accueillies et qui a pu s'en sortir. Ce travailleur-pair permet de former une passerelle entre les personnes en situation d'exclusion et les professionnels médico-sociaux et permet ainsi de développer le « aller-vers »(120,121).

➤ **Améliorer les prises en charge multidisciplinaire en proposant des lieux de soins « holistiques »**

La prise en charge des personnes sans domicile fixe par le médecin généraliste peut être ralentie par la situation administrative du patient mais également par un manque de compliance du patient, par un manque d'informations médicales concernant le patient et parfois par un manque de temps de consultation disponible(69).

De plus le dépistage des violences subies est rarement réalisé de manière systématique, souvent, les médecins procèdent à un dépistage ciblé en fonction de la population. Un des freins importants au dépistage des violences par les médecins est le manque de formation. Le médecin ne pose pas les questions car il ne saura pas comment réagir si son patient déclare avoir subi des violences(68).

Il semble donc important de développer les formations au dépistage généralisé et à la prise en charge des personnes victimes et de leur entourage. Un des facteurs

importants du dépistage des violence est d'identifier les prédictors de violence. Pour cela, il faut pouvoir cerner le patient dans son ensemble par une approche biographique complète. En effet, pour comprendre et prévenir les violences, il faut, en premier lieu, identifier les circonstances, les facteurs protecteurs et les facteurs de risque qui y conduisent. Pour cela, l'approche ethno-biographique des patients doit s'intéresser à 4 sphères de sa vie(84,122) :

- 1- Le niveau individuel (Antécédents personnels, médico-sociaux, profil socio-démographique, addictions, vécu et reproductions de violences, etc...)
- 2- Le niveau relationnel (Couple, relations, antécédents de relations conjugales conflictuelles, vie professionnelle, vie sociale, relations familiales, etc...)
- 3- Le niveau « communautaire » (Niveau socio-économique, isolement, relations avec des personnes délinquantes, etc...)
- 4- Le niveau culturel (Traditions, religions, origines, etc...)

Un des éléments essentiels de ce travail est d'envisager les violences comme facteur de risque de situation de grande précarité. Parmi les violences, celles subies par les enfants sont d'autant plus importantes à considérer et représentent un facteur de risque plus important encore(92,93,123). En plus des violences subies, le fait d'être exposé à des violences dans l'enfance constitue également un facteur de risque de grande précarité, avec un retentissement psychologique et une symptomatologie post-traumatique qui peut se développer(123). Le dépistage de ces symptômes et des événements qui les déclenchent par le médecin traitant revêt alors une importance critique du point de vue médical.

De plus, la prise en charge des personnes déclarant avoir subi des violences doit être multidisciplinaire. Par exemple, dans le cas des personnes sans domicile fixe, l'intérêt de la présence d'acteurs sociaux et de psychologues travaillant avec les professionnels de santé dans les centres d'hébergement a été démontré(7). Les structures du Samu social avec le développement des Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et des Lits Halte Soins Santé (LHSS), le développement des PASS permettent aux personnes les plus précaires de trouver des lieux d'accueil médical dans lesquels les dépistages, l'accompagnement social et les aides médico-psychologiques peuvent être mis en place.

➤ **Éducation et prévention dans la population :**

Il semble que le vécu et la perception des violences varie en fonction de l'âge, en effet, les personnes de moins de 60 ans déclarent plus souvent à la police, leur entourage ou leur médecin les violences subies. Cette différence de perception peut, en partie, s'expliquer par les différentes campagnes de sensibilisation menées dans les médias, dans l'espace public, sur les réseaux sociaux, par les instances politiques ou par des mouvements populaires(87).

Il semble donc que la perception sociale des violences en France a évolué au cours des générations et cette évolution peut s'accroître ou s'accroître avec l'éducation. Des actions de prévention et de dépistage dans les établissements scolaires mis en place par l'éducation nationale participent également à l'éducation de la population.

3. Un angle mort de l'étude : violences systémiques et institutionnelles

Cette étude traite des violences subies par les personnes sans domicile fixe mais il existe des violences encore plus complexes à caractériser et quantifier, ce sont les violences sociales engendrées par l'organisation même des institutions(100,124).

Ces violences systémiques et institutionnelles s'abattent principalement sur les minorités s'ajoutent aux autres violences et peuvent constituer un frein à une sortie de la précarité. Elles peuvent être caractérisées par des inégalités de genre ou des discriminations raciales.

Ces violences systémiques ou institutionnelles sont présentes dès le plus jeune âge, ainsi, les enfants victimes de violences et de maltraitances infantiles précoces, et de carences éducatives, conduits à l'ASE subissent des événements de déplacement-replacements de foyers en foyers(91). Par ailleurs, les violences systémiques peuvent être mises en évidence par la disparité des niveaux de scolarité chez les enfants en fonction de l'origine de leurs parents(20).

Les inégalités de genre constituent une source de violences systémiques intenses. Ainsi, dans la société, les femmes présentent plus de risques de subir des violences physiques, sexuelles ou psychologiques. Les « *gender based violences* » peuvent avoir lieu dans n'importe quel contexte social. Concernant les femmes sans domicile fixe, elles sont encore une fois plus à risque de subir des violences et les femmes en situation de rue doivent se cacher et disparaître pour survivre(14).

Ces violences systémiques et institutionnelles sont le plus souvent inobjectivables, difficilement quantifiables qui mènent à des inégalités de fond et représentent de réels facteurs de risque de précarité et donc de violences.

VII. Conclusion

Les violences sont devenues, depuis une vingtaine d'année, un problème de santé publique reconnu. Elles représentent des facteurs de risque dans le développement de certaines pathologies psychiatriques ou somatiques mais également de réels facteurs de risque de situation de précarité et de troubles de développement sociaux. Le rôle du médecin généraliste ou du médecin de famille est indéniable dans le dépistage et la prévention de ces actes ou de leurs répercussions.

En effet, qu'elles soient récentes ou anciennes, qu'elles laissent des séquelles visibles ou non, qu'elles soient banalisées par le patient, son entourage ou par le contexte socio-culturel, les violences ou les vécus traumatiques ne doivent jamais être sous-estimés.

Par ailleurs, les violences représentent un problème social couteux, avec plusieurs dizaines de milliards d'euros annuels consacrés à la prise en charge des violences (10 milliards d'euros pour les violences sexuelles sur mineurs(125)).

Les violences sur lesquelles le médecin peut avoir un impact sont principalement les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. Nous avons vu que les prévalences de ces violences sont plus élevées au sein de la population de personnes sans domicile fixe, quel que soit leur origine.

L'évolution des caractéristiques de la population des personnes sans domicile fixe nous pousse à aborder cette population de manière multidisciplinaire afin d'en aborder les différents besoins et d'assurer une prise en charge globale et efficace.

Les ressources déjà disponibles (PASS, polycliniques, SAMU social, Chapsa, parcours exil, centres d'accueil de jour, etc...) permettent déjà une amélioration de ces prises en charge mais, par manque de moyen et par manque de formation des professionnels de santé, l'accès aux soins reste plus compliqué pour les personnes sans domicile fixe. L'intérêt de développer des centres adaptés à la prise en charge des conséquences des violences pour les publics en grande précarité s'impose.

Cette enquête est un premier travail descriptif visant à évaluer la fréquence des violences subies par les personnes sans domicile fixe et à mettre en évidence le rôle primordial du médecin dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe et l'intérêt de la formation et d'une approche ethno-biographique des patients. En effet, la compréhension des trajectoires de vie et de soin permet une évolution favorable de nombreux symptômes.

Le questionnaire utilisé au cours de cette étude représente une piste de questionnaire de dépistage qui pourrait être utilisé par les médecins dans le cadre d'un dépistage systématique. Cependant, pour un dépistage généralisé, il faudrait envisager un questionnaire court avec des questions simples que l'on pourrait proposer à tous les médecins intervenant auprès des personnes sans domicile fixe.

Dans l'optique d'aborder le patient de manière plus précise, on pourrait envisager un questionnaire plus exhaustif avec des questions biographiques, sur les antécédents médicaux, sur l'entourage des patients, sur les aides et ressources financières, sur les violences subies et sur les conséquences qui en découlent.

Le nombre de refus important est une donnée importante qui nous permet de conclure que le dépistage des violences ne peut se faire que dans le cadre d'une relation de confiance. Le dépistage doit donc être fait au cours de plusieurs entretiens qui permettent de construire une relation soignant-soigné de qualité.

Cette étude doit faire réfléchir à la généralisation des politiques de « *housing first* » pour la protection, la mise à l’abri, les soins de santé mentale(120), et des études complémentaires pourraient permettre de réfléchir aux dispositifs de santé globale, holistiques, incluant la santé mentale et la prise en charge des conséquences somatiques et psychiques des violences que l’on pourrait déployer auprès du public sans abri.

VIII. Bibliographie

1. Fondation Abbé Pierre [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Près de 300 000 personnes sans domicile en France. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/pres-de-300-000-personnes-sans-domicile-en-france>
2. Morris SC. Disaster Planning for Homeless Populations: Analysis and Recommendations for Communities. *Prehospital Disaster Med.* juin 2020;35(3):322-5.
3. Kipke MD, Simon TR, Montgomery SB, Unger JB, Iversen EF. Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* mai 1997;20(5):360-7.
4. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement>
5. Damon J. Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? *Population.* 2002;57(3):569-82.
6. Brousse C, Firdion JM, Marpsat M. III. Politiques publiques et aide aux sans-domicile. In Paris: La Découverte; 2008 [cité 4 oct 2023]. p. 53-75. (Repères). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-sans-domicile--9782707153104-p-53.htm>
7. Clément A. The Conversation. [cité 12 janv 2023]. Pourquoi il faut développer les suivis psychologiques en centre d'hébergement d'urgence. Disponible sur: <http://theconversation.com/pourquoi-il-faut-developper-les-suivis-psychologiques-en-centre-dhebergement-durgence-172163>
8. Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241595681>
9. Kitts A. Mendicité, vagabondage et contrôle social du moyen âge au XIXe siècle : état des recherches. *Rev Hist Prot Soc.* 2008;1(1):37-56.
10. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
11. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet.* 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
12. Nilsson SF, Nordentoft M, Hjorthøj C. Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* oct 2019;96(5):741-50.
13. Châteauneuf-Malclès A. Les ressorts invisibles des inégalités femme-homme sur le marché du travail. *Idees Econ Soc.* 2011;164(2):24-37.
14. Loison M, Perrier G. Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection. *Deviance Soc.* 13 mars 2019;43(1):77-110.
15. de Vet R, Beijersbergen MD, Lako DAM, van Hemert AM, Herman DB, Wolf JRLM. Differences between homeless women and men before and after the transition from shelter to community living: A longitudinal analysis. *Health Soc Care Community.* sept 2019;27(5):1193-203.
16. McCann E, Brown M. Homelessness among youth who identify as LGBTQ+: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(11-12):2061-72.
17. Population immigrée et étrangère en France | Insee [Internet]. [cité 17 mars

- 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#tableau-figure1_radio1
18. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
 19. En 2017, 44 % de la hausse de la population provient des immigrés - Insee Première - 1849 [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5351267>
 20. Les enfants d'immigrés ont des parcours scolaires différenciés selon leur origine migratoire – Immigrés et descendants d'immigrés en France | Insee [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374016?sommaire=1374025>
 21. Dietrich-Ragon P. Aux portes de la société française. Les personnes privées de logement issues de l'immigration. Population. 19 mai 2017;72(1):7-38.
 22. Un « désordre » dans la catégorisation : le déclassement statutaire atypique de diplômés du supérieur sans domicile – Économie et Statistique n° 488-489 - 2016 | Insee [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123146?sommaire=2123156&q=sans-domicile>
 23. Les sans-domicile et l'emploi - Insee Première - 1494 [Internet]. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281440>
 24. Gangamma R, Slesnick N, Toviessi P, Serovich J. Comparison of HIV Risks among Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Homeless Youth. J Youth Adolesc. 2008;37(4):456-64.
 25. Srivastava A, Rusow J, Holguin M, Semborski S, Onasch-Vera L, Wilson N, et al. Exchange and Survival Sex, Dating Apps, Gender Identity, and Sexual Orientation Among Homeless Youth in Los Angeles. J Prim Prev. 14 sept 2019;40.
 26. Laporte A. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. :5.
 27. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype – Économie et Statistique n° 391-392 - 2006 | Insee [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376423?sommaire=1376427>
 28. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
 29. Questions de genre [Internet]. [cité 7 sept 2022]. La violence physique. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/physical-violence>
 30. Violences physiques hors cadre familial – Sécurité et société | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763557?sommaire=5763633>
 31. Violences au sein de la famille – Sécurité et société | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763591?sommaire=5763633#figure2_radio1
 32. Moiron-Braud E. LES VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LE CONFINEMENT : EVALUATION, SUIVI ET PROPOSITIONS. :85.
 33. Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-3) - Légifrance [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181751/#LEGISCTA000006181751
 34. Organisation mondiale de la Santé, Santé OP de la. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence exercée par un partenaire intime [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité 8 sept 2022]. Report No.: WHO/RHR/12.36. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86232>

35. Viols et agressions sexuelles hors cadre familial – Sécurité et société | Insee [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763559?sommaire=5763633>
36. document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
37. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/#LEGISCTA000043409037
38. Juillard M, Timbart O. Les condamnations pour violences sexuelles.
39. Mutilations sexuelles féminines [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
40. Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul Sociétés*. 2007;438(9):1-4.
41. UNICEF, éditeur. Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration 2005. New York: United Nations Children's Fund; 2005. 53 p.
42. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Mutilations sexuelles des mineures : identifier les patientes à risque et les protéger. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192635/fr/mutilations-sexuelles-des-mineures-identifier-les-patientes-a-risque-et-les-protger
43. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
44. Article 227-24-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982343
45. Avis sur les mutilations sexuelles féminines.
46. Fortier V, Dugne J, Lelieur J, Violla F. La circoncision rituelle au regard du droit français. In: *La circoncision rituelle Enjeux de droit, enjeux de vérité* [Internet]. Presse universitaires de Strasbourg; 2016 [cité 13 sept 2022]. p. 179-207. (Société, droit et religion en Europe). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02296205>
47. Oui A. Observer et mesurer la maltraitance infantile : complexité de la démarche et données disponibles. *Dialogue*. 2021;233(3):159-73.
48. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
49. Lopez G, Bouasker A. Chapitre 1. Le psychotraumatisme. In: *Traiter les psychotraumatismes* [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 9 nov 2022]. p. 2-28. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traiter-les-psychotraumatismes--9782100810444-p-2.htm>
50. Lopez G. *Traiter les psychotraumatismes* [Internet]. Paris: Dunod; 2020. 334 p. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traiter-les-psychotraumatismes--9782100810444.htm>
51. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
52. Investigators TEsem 2000, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European

- Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(s420):21-7.
53. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA.* 7 mai 1997;277(17):1362-8.
 54. Beck F, Cavalin C, Maillachon F. *Violences et santé en France: état des lieux.* Paris: la Documentation française; 2010. (Collection Études et statistiques).
 55. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1 mai 1998;14(4):245-58.
 56. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health.* 7 mars 2007;7:30.
 57. He J, Yan X, Wang R, Zhao J, Liu J, Zhou C, et al. Does Childhood Adversity Lead to Drug Addiction in Adulthood? A Study of Serial Mediators Based on Resilience and Depression. *Front Psychiatry.* 18 avr 2022;13:871459.
 58. Topitzes J, Pate DJ, Berman ND, Medina-Kirchner C. Adverse childhood experiences, health, and employment: A study of men seeking job services. *Child Abuse Negl.* 1 nov 2016;61:23-34.
 59. Lopez G. Chapitre 2. Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie. In: *Traiter les psychotraumatismes* [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 12 déc 2022]. p. 30-46. (Les Ateliers du praticien). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traiter-les-psychotraumatismes--9782100810444-p-30.htm>
 60. Aoudia MA, Vlahogiannis M. Chapitre 6. La thérapie EMDR: principes, indications [Internet]. Dunod; 2020 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traiter-les-psychotraumatismes--9782100810444-page-144.htm>
 61. Slotema CW, van den Berg DPG, Driessen A, Wilhelmus B, Franken IHA. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *Eur J Psychotraumatology.* 10(1):1614822.
 62. Lenferink LIM, Piersma E, de Keijser J, Smid GE, Boelen PA. Cognitive therapy and eye movement desensitization and reprocessing for reducing psychopathology among disaster-bereaved individuals: study protocol for a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatology.* 18 oct 2017;8(1):1388710.
 63. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S, Sager C, Amos T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cité 28 déc 2022];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub2/full/fr>
 64. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* juill 2015;21(4):281.
 65. Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 1 oct 2003;4(10):1829-38.
 66. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2015;206(2):93-100.
 67. *Diagnostic et traitement du syndrome de stress post-traumatique* | Ugeskriftet.dk [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/diagnostik-og-behandling-af-posttraumatisk-stress-syndrom>

68. Dautrevaux M, Bouchy O, Patrizio PD, Martrille L, Mauffrey V. Violences conjugales, un problème d'actualité en soins primaires : quelles solutions ? *Médecine*. 1 juin 2018;14(6):280-6.
69. Jego M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*. 30 nov 2016;6(11):e013610.
70. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters. *J Gen Intern Med*. juill 2007;22(7):1011-7.
71. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012.
72. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*. 25 oct 2014;384(9953):1541-7.
73. Wright NM, Tompkins CN. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract*. 1 avr 2006;56(525):286-93.
74. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing Homeless Persons' Care Experiences in Tailored Versus Nontailored Primary Care Programs. *Am J Public Health*. déc 2013;103(Suppl 2):S331-9.
75. SPF. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. [cité 10 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
76. Bruneteaux P. Les politiques de l'urgence à l'épreuve d'une ethnobiographie d'un SDF. *Rev Fr Sci Polit*. 2007;57(1):47-67.
77. Damon J. La question SDF. *Humensis*; 2021. 260 p.
78. Les violences intrafamiliales non conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021 | Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués-de-presse/violences-intrafamiliales-non-conjugales-enregistrees-par-services>
79. l'Intérieur M de. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Insecurite-et-victimation-les-enseignements-de-l-enquete-Cadre-de-vie-et-securite>. [cité 12 sept 2023]. Insécurité et victimation : les enseignements de l'enquête Cadre de vie et sécurité. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Insecurite-et-victimation-les-enseignements-de-l-enquete-Cadre-de-vie-et-securite>
80. Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005) [Internet]. Délégation interministérielle à la Ville; 2009 [cité 24 août 2023]. Disponible sur: <https://inserm.hal.science/inserm-00415971>
81. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Popul Sociétés*. 2016;538(10):1-4.
82. Coutanceau R. Chronique de violences invisibles : comprendre pour prévenir. In: *Santé mentale et société* [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 8 sept 2023]. p. 9-19. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-societe--9782100758968-p-9.htm>

83. Salmons M. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*. 2018;69-70(3-4):4-6.
84. Dupray O. Les violences faites aux femmes à Mayotte: enquête DEVIFFE 2014, première approche exploratoire multidisciplinaire.
85. Faire histoire de la violence sexuelle | Sciences Po Programme PRESAGE [Internet]. 2021 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/programme-presage/fr/actualites/faire-histoire-de-la-violence-sexuelle.html>
86. Debauche A. Prévention des violences sexuelles : comment agir ? 2019;(448).
87. Bajos N, Bozon M, l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Popul Sociétés*. 2008;445(5):1-4.
88. Lacambre M. Les violences sexuelles. *Rhizome*. 2021;80-81(2-3):14-5.
89. Davantage de victimes de vol ou d'agression parmi les sans-domicile - Insee Focus - 44 [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304053>
90. Les sans-domicile de l'agglomération parisienne se perçoivent en bonne santé - INSEE Ile-de-France à la page - 426 [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293310>
91. Chobeaux F. Pourquoi tant de jeunes de l'ASE parmi les SDF ? *VST - Vie Soc Trait*. 2022;155(3):106-9.
92. Edidin JP, Ganim Z, Hunter SJ, Karnik NS. The Mental and Physical Health of Homeless Youth: A Literature Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1 juin 2012;43(3):354-75.
93. Coates J, McKenzie-Mohr S. Out of the Frying Pan, Into the Fire: Trauma in the Lives of Homeless Youth Prior to and During Homelessness. *J Sociol Soc Welf* [Internet]. 1 déc 2010 [cité 22 sept 2023];37(4). Disponible sur: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol37/iss4/5>
94. Haesevoets YH. Chapitre 17. Du processus de victimisation sexuelle au syndrome d'accommodation : un piège insidieux. In: *Victimes et auteurs de violence sexuelle* [Internet]. Paris: Dunod; 2016 [cité 25 sept 2023]. p. 201-20. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/victimes-et-auteurs-de-violence-sexuelle--9782100749379-p-201.htm>
95. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl*. 1 janv 1983;7(2):177-93.
96. Christ C, de Waal MM, Dekker JJM, van Kuijk I, van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS ONE*. 14 févr 2019;14(2):e0211882.
97. Brijioux T, Neise M, Zank S. Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. *Z Gerontol Geriatr*. 2021;54(Suppl 2):132-7.
98. Panorama des violences en France métropolitaine - Enquête Genese 2021. 2021.
99. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 25 sept 2023]. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France - Population et Sociétés - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/>
100. Lanzarini C. Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale. *Cah Genre*. 2003;35(2):95-115.
101. virage-chapitre10.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur:

<https://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Grandes%20enqu%C3%AAtes/Virage/virage-chapitre10.pdf>

102. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc E, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health*. août 2011;101(8):1481-94.
103. Sexual Minority Youth and Suicide Risk [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0002764202250667>
104. Corliss HL, Goodenow CS, Nichols L, Austin SB. High Burden of Homelessness Among Sexual-Minority Adolescents: Findings From a Representative Massachusetts High School Sample. *Am J Public Health*. sept 2011;101(9):1683-9.
105. Archives des Paroles de jeunes [Internet]. Fondation Le Refuge. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://le-refuge.org/.paroles-jeunes>
106. Zolberg AR. The Next Waves: Migration Theory for a Changing World. *Int Migr Rev*. 1 sept 1989;23(3):403-30.
107. Faret L. Migrations de la violence, violence en migration. Les vulnérabilités des populations centraméricaines en mobilité vers le Nord. *Rev Eur Migr Int*. 1 oct 2020;36(1):31-52.
108. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health - Eur*. sept 2023;100731.
109. Demandeurs d'asile : la situation en France et dans l'UE en 2022 | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/290181-demandeurs-dasile-la-situation-en-france-et-dans-lue-en-2022>
110. Delescluse A. « Maroc, c'est le choc ! » : vulnérabilités extrêmes et tactiques de survie des migrants d'Afrique subsaharienne. *Popul Vulnérables* [Internet]. 12 juill 2023 [cité 28 sept 2023];(9). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/popvuln/4462#tocto1n1>
111. Quagliariello C. Continuum de violence et agentivité dans la migration féminine du Nigeria vers l'Europe. *Autrepart*. 2018;85(1):57-74.
112. Médecins du Monde [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Violences subies pendant le parcours migratoire par les personnes ayant transité par la Libye, l'Italie et la France. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/statement/violences-subies-pendant-le-parcours-migratoire-par-les-personnes-ayant-transite-par-la-libye-litalie-et-la-france/>
113. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, Fleury M, Riou F, et al. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsafhir. Bull Épidémiologique Hebd - BEH*. 2019;(17-18):334-41.
114. Tan SE, Kuschminder K. Migrant experiences of sexual and gender based violence: a critical interpretative synthesis. *Glob Health*. 28 juin 2022;18(1):68.
115. Tantet C, Delaporte C, Cordel H. [Violence against migrant and refugee women: how to identify them]. *Rev Prat*. juin 2019;69(6):676-8.
116. Refugees UNHC for. Refworld. [cité 28 sept 2023]. Refworld | « We Keep It in Our Heart » - Sexual Violence Against Men and Boys in the Syria Crisis. Disponible sur: <https://www.refworld.org/docid/5a128e814.html>
117. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées Du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective

population-based study. *Lancet Public Health*. janv 2018;3(1):e16-23.

118. Deps P, Collin SM, Aborghetti HP, Charlier P. Evidence of physical violence and torture in refugees and migrants seeking asylum in France. *J Forensic Leg Med*. janv 2021;77:102104.

119. Uriopss Paca et Corse [Internet]. 2021 [cité 3 oct 2023]. Chroniques de l'ultra-précarité en région PACA. Disponible sur: <https://www.uriopss-pacac.fr/actualites/chroniques-de-lultra-precarite-en-region-paca>

120. Chaput-Le Bars C, Morange A. Le Housing-first. L'expérimentation à la française. *Le Sociographe*. 2014;48(4):67-77.

121. Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective | Cairn.info [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.accesdistant.sorbonne-universite.fr/revue-cahiers-de-l-action-2022-2-page-9.htm>

122. Violence Against Women [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1077801298004003002>

123. Douieb G, Coutanceau R. Chapitre 3. L'enfant exposé aux violences conjugales : repérage clinique et rôle de certains facteurs sur l'ampleur de leurs troubles. In: Santé mentale et société [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 3 oct 2023]. p. 21-9. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-societe--9782100758968-p-21.htm>

124. Fischer GN. Chapitre 8. La violence sociale. In: Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 3 oct 2023]. p. 267-98. (Psycho Sup; vol. 6e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-concepts-fondamentaux-de-la-psychologie--9782100802036-p-267.htm>

125. Violences sexuelles sur mineurs : un coût du déni de 10 milliards par an | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/289865-violences-sexuelles-sur-mineurs-un-cout-du-deni-de-10-milliards-par>

Annexe 1 : Version française du questionnaire WAST

Figure

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. **En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?**
 Très tendue Assez tendue Sans tension
2. **Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?**
 Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté
3. **Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?**
 Souvent Parfois Jamais
4. **Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?**
 Souvent Parfois Jamais
5. **Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?**
 Souvent Parfois Jamais
6. **Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?**
 Souvent Parfois Jamais
7. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?**
 Souvent Parfois Jamais
8. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?**
 Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool.*

Figure 27 : Version française du questionnaire WAST, de dépistage des violences conjugales

Annexe 2 : Grille d'évaluation de la situation des victimes au sein d'un couple

Identité	Nom : _____ Prénom : _____		
	Date et lieu de naissance : _____ Adresse : _____ Coordonnées téléphoniques où elle peut être contactée en sécurité (préciser les horaires et jours si besoin) : _____ Mail où elle peut être contactée en sécurité : _____		
	QUESTIONS	OUI	NON
Informations sur la victime	Êtes-vous blessé ?		
	Craignez-vous de nouvelles violences (envers vous, vos enfants, proches, etc.) ?		
	Selon vous, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou êtes-vous séparés ? (cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ?)		
	Vous sentez-vous isolé de votre famille et/ou de vos amis ?		
	Avez-vous peur pour vous et/ou pour vos enfants ?		
	Êtes-vous déprimé ou vous sentez-vous « à bout », sans solution ?		
Informations sur l'auteur	Votre partenaire ou ancien partenaire possède-t-il des armes à feu (déclarées ou non) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire consomme-t-il de l'alcool, des drogues et/ou médicaments ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il des antécédents psychiatriques ?		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà blessé quelqu'un d'autre ? (notamment ancienne partenaire)		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà eu des problèmes avec la justice ou la police ?		
	La police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue à votre domicile ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà tenté ou menacé de se suicider ?		
Contexte des violences	Votre partenaire ou ancien partenaire s'est-il déjà montré violent envers vous ?		
	La fréquence des violences a-t-elle augmenté récemment ? (violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)		
	Êtes-vous enceinte ou avez-vous un enfant de moins de deux ans ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail...) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire exerce-t-il sur vous une surveillance quotidienne, du harcèlement moral et/ou sexuel au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres ?		
	Disposez-vous librement de votre argent, de vos documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale...) ?		
	Êtes-vous en difficultés financières ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà menacé de vous tuer ou de tuer quelqu'un d'autre ? (enfant)		
	A-t-il précisé de quelle manière il projetait de le faire ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà évoqué ou commis des actes à caractère sexuel qui vous ont mis mal à l'aise, ont heurté votre sensibilité ou vous ont blessé ?		

Figure 28 : Grille d'évaluation de la situation des victimes au sein d'un couple

Annexe 3 : Ace score

Les expériences traumatiques de l'enfance - Calcul de votre « ACE score »

Adverse Childhood Experiences

Les "ACE studies" sont une série d'études américaines (la première publication date de 1998, par Felitti et al.) traitant des effets des maltraitances infantiles sur l'état de santé et la qualité de vie à l'âge adulte. (Pour en savoir plus : <http://www.acestudy.org/>) Deux remarques : d'une part, les résultats présentés à la fin de ce document concernent une population américaine et ne peuvent donc qu'être extrapolés à la population française. D'autre part, ils ne font pas figure de prédictions mais révèlent seulement une prévalence statistique (les maladies ou comportements décrits peuvent se produire ou non).

Pendant vos 18 premières années :

1. Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Insulté, rabaisé, humilié, crié dessus

Ou a agi d'une manière qui vous a fait craindre que vous puissiez être blessé physiquement ?

2. Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage vous a souvent ou très souvent :

Poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose dessus ?

Ou bien frappé si fort que vous en aviez des marques ou des blessures ?

3. Est-ce qu'un adulte ou une personne d'au moins 5 ans votre aînée vous a :

Touché ou caressé ou fais toucher leur corps de manière sexuelle ?

Ou tenté ou obtenu un rapport sexuel (oral, anal ou vaginal) ?

4. Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Personne dans votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez importante ou spéciale ?

Ou les membres de votre famille ne faisaient pas attention les uns aux autres, ne se sentaient pas proches les uns des autres, ou ne se soutenaient pas mutuellement ?

5. Avez-vous souvent ou très souvent eu l'impression que :

Vous n'avez pas eu assez à manger, avez dû porter des vêtements sales, et n'aviez personne pour vous protéger ?

Ou vos parents étaient trop ivres ou trop drogués pour prendre soin de vous ou vous emmener chez le médecin si vous en aviez besoin ?

6. Vos parents se sont-ils séparés ou ont-ils divorcé ?

7. Est-ce que votre mère ou votre belle-mère :

a été souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée, ou reçu des objets jetés sur elle ?

Ou parfois, souvent, ou très souvent reçu des coups de pied, été mordu, frappée avec le poing ou un objet contondant ?

Ou frappé à plusieurs reprises au moins quelques minutes ou menacée avec un pistolet ou un couteau ?

8. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou toxicomane ?

9. Est-ce qu'un membre du ménage a souffert de dépression ou de maladie mentale ?

Ou est-ce qu'un membre du ménage a tenté de se suicider ?

10. Est-ce qu'un membre du ménage est allé en prison ?

Additionnez les cases cochées : vous obtenez votre score ACE.

Journée de la Non-Violence Educative – 30 avril 2015 – Association Grandissons

Figure 29 : ACE score Source: Adverse Childhood Experiences Study, Felitti, 1998

Score ACE égal à 1

1,2 fois plus de risques d'être fumeur
1,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
2 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
1,6 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
1,7 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
1,04 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
3,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
1,25 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
1,06 fois plus de risques de contracter un cancer
1,6 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
1,04 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 2

1,7 fois plus de risques d'être fumeur
1,7 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
10 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
2 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
1,4 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
2,2 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
4 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
1,5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
1,4 fois plus de risques de contracter un cancer
2,2 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
1,1 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE égal à 3

2,3 fois plus de risques d'être fumeur
1,9 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
22 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
2,2 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
2,3 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
2,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
4,5 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
1,5 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
1,5 fois plus de risques de contracter un cancer
2,3 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
1,3 fois plus de risques d'être obèse

Score ACE supérieur ou égal à 4

2,6 fois plus de risques d'être fumeur
2,1 fois plus de risques de souffrir d'une maladie cardiaque
40 fois plus de risques d'usage de drogues en intraveineuse
2,1 fois plus de risques de promiscuité sexuelle (plus de 50 partenaires)
2,9 fois plus de risques de contracter une infection sexuellement transmissible
1,9 fois plus de souffrir d'une maladie hépatique
4,8 fois plus de risques d'être victime de violence physique si l'on est une femme
9 fois plus de risques d'être victime d'une agression sexuelle si l'on est une femme
1,7 fois plus de risques d'être un « binge drinker » (consommation de grandes quantités d'alcool en un temps réduit)
1,5 fois plus de risques de contracter un cancer
3,1 fois plus de risques de développer un problème de santé mentale
1,5 fois plus de risques d'être obèse

Figure 30 : Conséquences des violences en fonction des résultats au ACE score Source : Adverse Childhood Experiences, Felitti, 1998

Annexe 4 : Violentomètre



Figure 31 : Violentomètre

Annexe 5 : Questionnaire : Dépistage des violences chez les personnes sans domicile fixe

Texte d'introduction :

« Ici, on accueille et on peut aider les personnes qui ont été victimes de violences. Nous faisons une étude pour comprendre vos besoins et chercher à savoir si vous avez déjà été victime de violences »

*Obligatoire

Première partie : Recueil du consentement :

- 1. Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire ? ***
 - Oui (**Si oui : Fin du questionnaire**)
 - Non

- 2. Êtes-vous d'accord pour faire partie de cette enquête anonyme et confidentielle ? ***
 - Oui
 - Non (**Si non : Fin du questionnaire**)

- 3. Lieu de recueil**

Seconde partie : Données socio-démographiques

« Dans cette partie, je vais vous poser des questions sur votre vie, si vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous n'y êtes pas obligé »

- 4. Quel âge avez-vous ?**

- 5. Êtes-vous né(e) en France ?**
 - Oui
 - Non
 - Je ne souhaite pas répondre

- 6. Si vous avez répondu non à la question précédente, où êtes-vous né(e) ?**

- 7. Si vous n'êtes pas né(e) en France, quand êtes-vous arrivé(e) en France ?**

- 8. Genre ?**
 - Homme
 - Femme
 - Autre
 - Ne souhaite pas le préciser

9. Quelle est votre situation maritale ?

- Célibataire
- En couple
- Pacsé(e)
- Marié(e)
- Marié(e) dans le cadre d'une polygamie/polyandrie
- Divorcé(e)
- Veuf.ve
- Ne souhaite pas le préciser
- Commentaire :

10. Grossesse en cours ?

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas le préciser
- Ne s'applique pas

11. Situation administrative au moment de l'enquête ?

- Situation régulière
- Situation irrégulière
- Ne sait pas
- Commentaire :

12. Bénéficiez-vous d'une couverture par la sécurité sociale (C2S, AME) ?

- Oui
- Non
- Commentaire (préciser quel type de couverture sociale) :

13. Niveau de scolarité ?

- N'a pas le brevet
- Niveau brevet
- Niveau bac
- Niveau bac + 3
- Supérieur à bac + 3
- Commentaire (préciser le type d'études) :
- Ne souhaite pas répondre

14. Situation professionnelle en France ?

- Sans emploi
- En recherche d'emploi
- Activité salariale
- Retraité(e)
- Ne peut pas travailler à cause d'une situation de handicap
- Commentaire (précisez le métier) :

15. Situation professionnelle avant d'arriver en France ?

- Sans emploi
- En recherche d'emploi
- Activité salariale
- Retraite
- Ne peut pas travailler à cause d'une situation de handicap
- Commentaire (préciser le métier) :
- Ne s'applique pas

16. Consommez-vous :

- Du tabac
- De l'alcool
- Du cannabis
- Du crack
- De l'héroïne
- Autre :

17. Concernant votre orientation sexuelle, vous définissez-vous comme :

- Hétérosexuel
- Homosexuel
- Bisexuel
- Autre :
- Ne souhaite pas répondre

Troisième partie : Dépistage des violences :

« Pour cette étude j'aimerais vous poser quelques questions sur vous et les violences que vous avez pu subir au cours de votre vie. »

Consignes aux personnes qui font passer l'entretien :

- En cas de réponse positive à l'une des questions suivantes, il conviendra de rappeler à la personne interrogée qu'elle n'est en aucun cas responsable ou coupable des violences qu'il ou elle a pu subir.
 - « Vous n'y êtes pour rien »
 - « Ce n'est pas votre faute, c'est l'agresseur qui est coupable »
 - « Il/Elle n'avait pas le droit de vous faire subir cela », etc...
- Cette étude de dépistage permet également de démarrer un suivi au CHAPSA, la personne peut y être reçue et accompagnée (horaires du lundi au vendredi de 9h à 17h), numéro de la consultation : **01.47.69.66.48**
- Les numéros utiles à communiquer à toutes les personnes interrogées :
 - 3919** : Solidarité Femmes- Violences femmes info
 - 0800059595** : Collectif féministe contre le viol

18. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures menaces ?

- Oui
- Non
- Ne se rappelle pas
- Ne souhaite pas répondre

19. Si oui, à quel moment de votre vie ?

Plusieurs réponses possibles

- Enfance
- Vie adulte
- 12 derniers mois
- Avant votre arrivée en France (si concerné.e)
- Depuis votre arrivée en France (si concerné.e)

20. Si oui, par qui ?

Plusieurs réponses possibles

- Famille – Préciser quel membre de la famille
- Conjoint(e) – Epoux.se – Partenaire
- Ami – Connaissance
- Inconnu – Groupe d'inconnus
- Forces de l'ordre (police, gendarmerie, armée, etc...)
- Autre (préciser) :

21. Pendant combien de temps ?

**22. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ?
Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue,
bousculé.e ?**

- Oui
- Non
- Ne se rappelle pas
- Ne souhaite pas répondre

23. Si oui, à quel moment de votre vie ?

Plusieurs réponses possibles

- Enfance
- Vie adulte
- 12 derniers mois
- Avant votre arrivée en France (si concerné.e)
- Depuis votre arrivée en France (si concerné.e)

24. Si oui, par qui ?

Plusieurs réponses possibles

- Famille – Préciser quel membre de la famille
- Conjoint(e) – Epoux.se – Partenaire
- Ami – Connaissance
- Inconnu – Groupe d'inconnus
- Forces de l'ordre (police, gendarmerie, armée, etc...)
- Autre (préciser) :

25. Pendant combien de temps ?

**26. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles ?
Attouchements ? Viol ? Rapports forcés ?**

- Oui
- Non
- Ne se rappelle pas
- Ne souhaite pas répondre

27. Si oui, à quel moment de votre vie ?

Plusieurs réponses possibles

- Enfance
- Vie adulte
- 12 derniers mois
- Avant votre arrivée en France (si concerné.e)
- Depuis votre arrivée en France (si concerné.e)

28. Si oui, par qui ?

Plusieurs réponses possibles

- Famille – Préciser quel membre de la famille
- Conjoint(e) – Epoux.se – Partenaire
- Ami – Connaissance
- Inconnu – Groupe d'inconnus
- Forces de l'ordre (police, gendarmerie, armée, etc...)
- Autre (préciser) :

29. Pendant combien de temps ?

**30. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de mutilation sexuelle
(excision, autres mutilations, circoncision traumatiques)**

- Oui
- Non
- Ne se rappelle pas
- Ne souhaite pas répondre

31. Si oui, à quel moment de votre vie ?

Plusieurs réponses possibles

- Enfance
- Vie adulte
- 12 derniers mois
- Avant votre arrivée en France (si concerné.e)
- Depuis votre arrivée en France (si concerné.e)

32. Si oui, par qui ?

Plusieurs réponses possibles

- Famille – Préciser quel membre de la famille
- Conjoint(e) – Epoux.se – Partenaire
- Ami – Connaissance
- Inconnu – Groupe d'inconnus
- Forces de l'ordre (police, gendarmerie, armée, etc...)
- Autre (préciser) :

33. Pendant combien de temps ?

34. En avez-vous parlé ?

Plusieurs réponses possibles

- A votre famille
- A vos amis
- A votre conjoint.e
- A un professionnel de santé
- A la police
- A des services sociaux

35. Si non, pourquoi n'en avez-vous pas parlé ?

- Ne savait pas qu'il/elle pouvait
- L'a jugé inutile
- A eu peur des représailles
- A eu peur en raison de sa situation administrative
- Absence de couverture médicale
- A eu honte d'en parler
- A eu peur de ne pas être cru.e
- Autre raison

Si le participant a déclaré avoir subi des violences :

1- Rassurez la personne :

- « Vous n'y êtes pour rien »
- « Le coupable, c'est lui/elle »
- « Il/Elle n'avait pas le droit de (vous) faire ça »

2- Orienter vers la consultation médicale du CHAPSA (9h-17h30)
01.47.69.66.48

3- Communiquer les numéros utiles :

1. **3919** Solidarité Femmes
2. **0800059595** Collectif féministe contre le viol

Table des figures

Figure 32 : Descriptif des origines des personnes immigrés en France en 2021 – Source Insee, Estimation de la population en 2021

Figure 33 : Typologie de la violence, classification des différentes violences, source : Organisation Mondiale de la Santé

Figure 34 : Nature des violences sexuelles subies hors ménage, sur la période 2011-2018. Source : Insee-Observatoire Nationale Délinquance Réponses Pénales - Ministère de l'Intérieur, Enquête de Cadre de Vie et Sécurité 2012-2019

Figure 35 : Répartition par âge et par genre des victimes de violences sexuelles
Source : Insee-Observatoire Nationale Délinquance Réponses Pénales - Ministère de l'Intérieur, Enquête de Cadre de Vie et Sécurité 2012-2019

Figure 36 : Répartition des pays de naissance des personnes non nées en France

Figure 37 : Répartition du nombre d'années depuis l'arrivée en France pour les personnes qui n'y sont pas nées.

Figure 38 : Répartition des tranches d'âges des participants

Figure 39 : Répartition de la situation maritale des participants à l'étude

Figure 40 : Répartition du niveau de scolarité des participants

Figure 41 : Répartition de la situation professionnelle en France

Figure 42 : Répartition des substances consommées par les personnes sans domicile fixe souffrant de problèmes addictologiques

Figure 43 : Durée déclarée des violences verbales

Figure 44 : Violences verbales : A quel moment ?

Figure 45 : Violences verbales déclarées par les participants non nés en France

Figure 46 : Violences verbales : Origine des violences en fonction du genre

Figure 47 : Durée déclarée des violences physiques

Figure 48 : Violences physiques à quel moment ?

Figure 49 : Violences physiques déclarées par les participants non nés en France

Figure 50: Répartition des violences physiques en fonction du genre et de la source des violences

Figure 51 : Durée déclarée des violences sexuelles

Figure 52 : Violences sexuelles : A quel moment ?

Figure 53 : Violences sexuelles déclarées par les participants non nés en France

Figure 54 : Violences sexuelles en fonction du genre et de la source des violences

Figure 55 : Répartition des différents types de violences et coexistences des violences

Figure 56 : Répartition des personnes auxquelles les personnes Sans Domicile Fixe ont parlé des violences subies

Figure 57 : Répartition des raisons pour lesquelles certains participants n'ont pas signalé les violences subies

Table des tableaux

Tableau 13 : Descriptif de la population de personnes sans domicile fixe en fonction de l'âge – Source Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas 2012

Tableau 14 : Couverture maladie par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France, enquête Samenta, 2009

Tableau 15 : Proportion (%) de victimes de violences sexuelles au cours de la vie, par espace de vie Source : Ined, enquête Virage 2015

Tableau 16 : Conséquences somatiques chez les personnes ayant subi des violences infantiles

Tableau 17 : Type de violences subies par genre chez les personnes sans domicile fixe en Ile de France au cours des 12 derniers mois
Source : Étude Samenta, 2009

Tableau 18 : Étude du lien entre le lieu de recueil et l'accord pour participer à l'étude

Tableau 19 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Tableau 20 : Répartition des lieux de naissance en fonction du genre

Tableau 21 : Violences déclarées en fonction des principaux éléments socio-démographique

Tableau 22 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences

Tableau 23 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences physiques

Tableau 24 : Étude du lien entre le genre et l'origine des violences physiques

RESUME :

Introduction : En raison de différentes crises sanitaires, économiques et sociales, la population de personnes sans domicile fixe est en constante augmentation et ses caractéristiques se sont modifiées. Au cours du confinement, les personnes sans domicile fixe ont été confinées au Chapsa, les professionnels sur place ont alors constaté un taux important de violences déclarées et une prévalence élevée de troubles du stress post-traumatique.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence des violences déclarées par les personnes sans domicile hébergées au Chapsa et par ceux fréquentant la Maison dans la Rue.

Méthode : Une recherche bibliographique a été conduite via les bases de données Pubmed et leCairn, la construction d'un questionnaire a été réalisé à l'aide de ressources bibliographiques, de l'expérience des médecins du Chapsa et des entretiens menés au préalable.

Résultats : Sur 180 personnes interrogées, 60 ont accepté de participer aux entretiens. Le taux de violences rapportées est plus élevé que dans la population générale. Le nombre important de refus signe la nécessité d'entreprendre le dépistage des violences dans une relation soignant-soigné de confiance, en particulier lorsque l'on s'adresse à un groupe de population plus précaire. Le taux très important de violences déclarées doit faire envisager les violences comme un facteur de risque de situation de rue. Le taux de violences déclarées semble varier en fonction de l'âge, de la situation professionnelle ou encore de la situation administrative. Les violences ne sont pas subies dans le même contexte par les hommes ou les femmes.

Conclusion : Le manque de ressources bibliographiques françaises montre à quel point le problème de précarité et de violences est encore mésestimé dans la recherche. Le dépistage des violences devrait devenir plus systématique, en effet, la plupart des violences subies ne sont pas déclarées. De plus, le dépistage devrait être plus exhaustif auprès de personnes plus à risque, faisant partie de populations plus précaires. En plus du dépistage, d'autres pistes visant à réduire le taux de violences peuvent être explorées (autonomie financière, politique du « logement d'abord », prise en charge multidisciplinaire, l'éducation et prévention dans la population.

MOTS-CLES :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 Dépistage systématique | 5 Soins primaires |
| 2 Violences | 6 Violences physiques, |
| 3 Personnes sans domicile fixe | 7 Violences psychologiques, violences verbales |
| 4 Médecine générale | 8 Violences sexuelles, mutilations sexuelles |