



FONDATION DES FEMMES

Phase 1 du projet : « Un abri pour toutes »

Diagnostic réalisé auprès de Centres d'hébergement
d'urgence mixtes

25 Octobre 2019

Sous la direction de Louise Miragliese, avec la participation de Julie Vella
pour les entretiens et de Chloé Ponce-Voiron pour la rédaction du rapport

Sommaire

Introduction et présentation du projet de diagnostic

1. Le projet de la Fondation de la Fondation des Femmes : Un Abri Pour Toutes	6
2. Focus sur le contexte	7
3. L'intérêt du projet de la Fondation des Femmes	9
4. Le diagnostic : une approche exploratoire	10
5. Le choix des acteurs	10

Méthodologie

1. Période de réalisation : le calendrier	14
2. Les différentes phases	15
2.1 La phase d'exploration et de construction de l'objet d'étude	15
2.2 Les indicateurs et les objectifs	16
2.3 La structuration du questionnaire	17
2.4 Modalité de recueil : les instruments de collecte des données	18
3. Protocole de l'enquête de terrain	18
4. Analyse des données : une démarche de problématisation	19

Les résultats

1. L'analyse du questionnaire relatif aux femmes hébergées	21
A. Parcours des femmes hébergées dans les CHU : une expérience commune des violences de genre	22
I. Caractéristiques socio démographiques	23
a. Profils des femmes interrogées	23
b. Ages	23
c. Statuts marital	24
d. Parentalité	25
e. Nationalités	25
f. Statut administratif	26
g. Ressources	26
II. Expérience des violences de genre	28
a. Temporalité et contexte de survenu des violences	28
b. Typologies	29
c. Formes de violences	31
d. Le continuum des violences	31
e. Auteurs des violences	32
III. Aides reçues et démarches entreprises	32
a. Recours auprès de professionnels ou institutions	32
b. Motif de leur hébergement au CHU	33
IV. Un sujet difficile à aborder	33
a. En parler avec les travailleurs sociaux du CHU	33
b. Un sujet difficile à aborder pour les femmes interrogées	34
c. Une parole émergente	35
V. Actions à développer au CHU : des besoins exprimés	35
B. Cadre de vie des femmes dans les CHU mixtes	36
I. Espaces les plus fréquentés par les femmes au CHU	36
a. Espace privé	37
b. Déplacements au sein du CHU	38
II. Mixité : espace partagés	39
a. Un avis favorable	39
b. Un avis défavorable	40
c. Espace réservés exclusivement aux femmes	41

2. L'analyse du questionnaire relatif aux professionnels du CHU	43
A. La perception des violences faites aux femmes par les professionnels	43
I. Les caractéristiques démographiques	43
a. Fonctions occupées	43
b. Sexes	44
c. Ages	44
d. Ancienneté dans la structure	44
II. Problématiques identifiées	45
III. Modalité de repérage des femmes victimes de violences	45
a. A l'admission au CHU	45
b. Au cours de l'accompagnement	46
IV. Situations de violences identifiées par les professionnels concernant les femmes hébergées	47
a. Typologie des violences	47
b. Contexte de survenue des violences	48
c. Témoins d'actes de violences au CHU	49
V. Actions spécifiques menées au sein du CHU	49
a. Actions de communication, supports d'information	50
b. Des professionnels référents	50
c. Orientations	50
d. Formation des professionnels	51
VI. Un sujet difficile à aborder...	52
VII. Des actions à développer : des besoins exprimés	54
B. L'aménagement des lieux et conditions d'accueil des femmes dans les CHU mixtes	55
I. répartition de l'activité des professionnels dans les différents espaces du CHU	55
a. Lieux d'exercice de l'activité des professionnels	55
b. L'usage des bureaux d'entretien	56
c. Intervention dans les chambres des femmes	57
II. Mixité	57
a. Espaces réservés aux femmes	57
b. Espaces partagés	58
III. Sécurisation des conditions d'accueil des femmes	60
a. Aménagements sécurisants ou porteurs d'insécurité	60
b. Amélioration	61
IV. Pour finir...	62
Conclusions et recommandations	64
Annexes	69
Annexe 1 : Un parcours émaillé de violences	71
Annexe 2 : Les deux traumatismes	73
Annexe 3 : Sous l'emprise de la violence conjugale	74
Annexe 4 : L'excision, une sexualité en souffrance	75
Annexe 5 : Une grossesse dissociée	76
Annexe 6 : Modèle du questionnaire à l'attention des femmes	78
Annexe 7 : Modèle du questionnaire à l'attention des professionnels	83
Annexe 8 : Synthèse des questionnaire à l'attention des femmes	85
Annexe 9 : Synthèse des questionnaires à l'attention des professionnels	97



Introduction et présentation du projet de diagnostic

Ce rapport a été élaboré dans le cadre du projet « Un abri pour toutes » visant l'étude de la situation des femmes dans des Centres d'Hébergement d'Urgence mixtes : leur cadre de vie, la sécurisation de leurs conditions d'accueil et l'accompagnement proposé notamment dans les situations de violences de genre.

Le projet se déroulera en plusieurs étapes. La première étant un diagnostic de terrain réalisé auprès de structures franciliennes partenaires.

1. Le projet de la Fondation des Femmes : Un Abri Pour Toutes

A la genèse de ce projet, une interpellation de la Fondation des Femmes, suite à des rencontres avec des jeunes femmes victimes de violences, ayant connu un parcours d'hébergement en CHU mixte :

« Les femmes arrivant dans les hébergements d'urgence et CHRS sont amenées à solliciter ces structures du fait de leur grande précarité. Or bien souvent, les violences ont été des facteurs importants, voir décisifs dans cet engrenage dans la précarité. Ces femmes arrivent donc dans des lieux, avec une histoire traumatique ayant un impact sur la perception de leur environnement. C'est un public de femmes déjà fragilisées, qui sont par la suite exposées à de nouvelles violences dans leurs parcours.

Dans leurs témoignages recueillis par des associations, des femmes hébergées dans des centres spécialisés sur les violences faites aux femmes révèlent qu'elles n'ont, jusqu'à leur arrivée dans ces centres spécialisés, jamais pu parler des violences dans le cadre de leurs suivis et hébergements, du seul fait que les professionnel.le.s ne leur ont jamais posé la question. Elles livrent des informations préoccupantes sur leurs parcours d'hébergement où se répètent de nouvelles agressions.

Il nous paraît essentiel de poser la question des violences sexuelles et sexistes subies par les femmes en situation de précarité, tout au long de leur hébergement, pour un suivi social et humain adapté, et pour une meilleure aide à l'émancipation et à l'autonomie de ces femmes.

Pour répondre à cet enjeu, nous avons imaginé un projet réalisable à court, moyen et long terme, pour la sécurisation du parcours des femmes dans les centres d'hébergement d'urgence accueillant des femmes et des hommes.

Une expérimentation de ce projet aura lieu dans quelques CHU en Île-de-France, centres « représentatifs », véritables laboratoires, afin de comprendre les problématiques existantes et faire émerger des bonnes pratiques et recommandations généralisables. »

Les femmes (seules, en couple ou en famille) représentent une part croissante de la population sans logement et précarisée accueillie dans les structures d'hébergement d'urgence, elles représentent 40% des personnes hébergées¹.

L'expérience des associations accompagnant les femmes victimes de violences témoigne que les violences subies par les femmes sont souvent un élément déterminant dans leur situation de précarité et le déclencheur de leur parcours dans le circuit, parfois interminable, des services d'urgence.

Pourtant actuellement, l'orientation vers des lieux d'hébergement d'urgence ne tient pas compte de la spécificité de genre ni des violences subies par les femmes.

2. Focus sur le contexte

L'orientation des femmes dans des lieux d'hébergement d'urgence mixte s'inscrit dans un contexte de forte tension. Les dispositifs actuels d'hébergement sont confrontés à une demande exponentielle de la part de personnes en situation de difficultés sociales (« 1 solution trouvée pour près de 6 demandes » selon le rapport d'activité 2018 du SIAO 75).

En raison de notre périmètre francilien de recherche et des acteurs rencontrés, le projet de la Fondation des

¹Rapports d'activité 2018 du SIAO 75 et du 115 Paris

Femmes s'appuie sur la situation observée à Paris et en Ile-de-France.

Plusieurs constats préexistants viennent étayer notre recherche :

- **Une « féminisation » de l'exclusion et une hausse des demandes d'hébergement émanant des femmes**

Tous les acteurs de terrains - SIAO, 115 et associations gérantes de structures d'hébergement - sont unanimes : ces dernières années ont vu augmenter le nombre de femmes seules (non accompagnées de leurs enfants ou conjoint) en demande d'hébergement : *« Ainsi, même si toutes les demandes augmentent, nous constatons que l'augmentation du nombre de femmes en difficultés sociales est la plus significative. Cette remarque était faite, les années précédentes, par nos collègues du SIAO Urgence. Cette année, le dispositif d'insertion est aussi impacté par cette augmentation et nous voyons bien une certaine « féminisation » de l'exclusion »*².

Alors que le dénominateur commun de ces demandes est lié à la précarité, le SIAO relève toutefois, de manière aléatoire, quelques situations où la problématique des violences est évoquée.

- **Les demandes d'hébergement concernant les femmes victimes de violences**

Depuis janvier 2014, le SIAO 75 a intégré dans sa fiche d'orientation un critère « femmes victimes de violences » qui permet le signalement de ces situations afin d'adapter l'orientation. Le SIAO témoigne ainsi d'une attention pour mieux repérer cette problématique et constate dans un premier temps une forte augmentation des demandes concernant l'hébergement de femmes victimes de violences grâce à la mise en œuvre de cet outil.

Dans un second temps, le SIAO reconnaît que si l'indication des violences peut être reportée sur la fiche de manière « optionnelle », le nombre important d'items à remplir peut néanmoins « noyer » cette spécificité parmi l'ensemble des renseignements demandés.

Ainsi les rapports d'activité successifs du SIAO 75 pointent en réalité la difficulté à repérer les situations de violences (un chiffre non représentatif parmi les évaluations sociales reçues par le SIAO), une déperdition d'information, un manque d'acuité, un repérage complexe et un frein en termes d'analyses quantitatives.

Actuellement, la grande majorité des demandes d'hébergement formulées par les femmes victimes de violences ne peuvent aboutir à un hébergement quel que soit le type de structure sociale sollicitée. Ainsi en 2017, seules 15% des demandes d'hébergement ont abouti à un accueil (1 sur 6)³.

Par ailleurs, le SIAO signale un manque patent de places pour les femmes victimes de violences : une minorité seulement a pu être admise dans des structures spécialisées alors que la majorité a été orientée vers des structures généralistes.

La Fédération Nationale Solidarité Femmes qui regroupe la majorité des structures d'accueil et d'hébergement non mixtes et spécialisées dans les violences conjugales, donne également un aperçu plus précis de cette disproportion entre l'offre et la demande d'hébergement concernant directement les associations spécialisées,

³Rapport d'activité 2017, SIAO 75

dans un rapport consacré à la situation des franciliennes :

« Les associations sont quotidiennement confrontées aux demandes d'hébergement de femmes victimes de violences qu'elles ne peuvent honorer. Les femmes sont redirigées vers des dispositifs de droit commun (115, hébergement en hôtel...). Des places supplémentaires seraient nécessaires pour pouvoir répondre à la demande. [...] La réponse reste majoritairement l'hébergement à l'hôtel, où la sécurité des victimes n'est pas assurée, ou l'hébergement en centre généraliste. Faute de place, les femmes peuvent se trouver contraintes de rester au domicile conjugal.⁴ »

- **Une orientation vers des lieux d'hébergement mixtes**

Il ne s'agit pas d'opposer secteur généraliste de l'hébergement et associations spécialisées si cela aboutit à des mises à l'abri. Néanmoins dans ce contexte, quelle vigilance est accordée dans l'accompagnement social délivré dans ces structures généralistes auprès des femmes, et plus particulièrement celles victimes de violences ?

3. L'intérêt du projet de la Fondation des Femmes

L'intérêt du projet de la Fondation des Femmes est d'abord de permettre une meilleure connaissance du parcours des femmes hébergées dans ces structures généralistes, de mesurer les évolutions et les réponses apportées tant en matière d'hébergement que de suivi social, en s'appuyant sur des diagnostics de terrain. Il s'agira également d'avoir une meilleure visibilité de la problématique des violences dans le parcours de précarité des femmes hébergées.

Cette recherche d'informations est innovante pour au moins deux raisons :

- **Un public féminin qui échappe au repérage**

Dans les grandes enquêtes de victimologie (type ENVEFF⁵, INSEE-ONDRP⁶...) certaines catégories de la population féminine ne sont pas interrogées. Il s'agit notamment des personnes vivant en collectivité : cités universitaires, foyers de jeunes travailleurs, prisons, centres d'hébergement et les personnes SDF. Ainsi les femmes hébergées dans les structures sociales constituent un public « non-recensé » qui échappe aux statistiques nationales.

Ce sont pourtant ces enquêtes initiées dans les années 2000, puis réalisées chaque année, qui ont permis de dévoiler l'ampleur du phénomène des violences faites aux femmes, d'encourager l'action des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de contribuer à libérer la parole des femmes.

Ces enquêtes ont également permis de montrer que les violences faites aux femmes touchent tous les milieux sociaux, culturels, tous les territoires et tous les âges : il n'y a donc aucune raison que les femmes hébergées dans des structures sociales fassent exception et ne bénéficient pas des mêmes conditions d'expression.

Faire ce repérage dans les structures d'accueil mixtes permettrait ainsi de rendre davantage visible cette problématique parmi le public accueilli et son impact sur le parcours social des femmes.

- **Une réflexion partagée**

La volonté de favoriser le développement d'une culture partagée de l'accompagnement social envers les femmes et d'une meilleure prise en compte des violences faites aux femmes, en s'appuyant sur des échanges indispensables entre les acteurs spécialistes d'une problématique donnée et des travailleurs sociaux intervenant dans des structures généralistes.

⁵L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a été coordonnée en 2000 par l'Institut de démographie de l'université de Paris (IDUP). Elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au CNRS, à l'INED, à l'INSERM et aux universités, sur un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans et résidant hors institution en métropole

⁶Enquête « Cadre de vie et sécurité », INSEE et Observatoire Nationale de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP)

Ces questionnements seront aussi l'occasion de créer les conditions d'une nouvelle synergie entre les acteurs de terrain et les femmes accueillies.

C'est pourquoi les enquêtes de terrains s'effectueront à la fois auprès des femmes et des professionnel.le.s.

4. Le diagnostic : une approche exploratoire

Les enquêtes de terrain permettront de faire un « état des lieux » dans 3 structures franciliennes. Il s'agira de disposer d'une vision précise des pratiques existantes et des conditions d'accueil, des manques et des besoins, pour mieux comprendre les problématiques auxquelles sont confrontées les femmes hébergées.

Le but de ce diagnostic est de révéler 3 données essentielles :

- des données chiffrées concrètes,
- le cadre de vie « mixtes » des femmes dans ces structures d'hébergement généralistes,
- le ressenti des femmes et des équipes face à la problématique des violences de genre.

La spécificité de cette recherche repose sur une approche à la fois qualitative et quantitative de la réalité des femmes hébergées.

En effet si les données chiffrées existantes permettent d'observer les évolutions concernant le recours aux dispositifs d'hébergement sociaux, elles ne disent rien en revanche sur le parcours des femmes : *Qui sont-elles ? Quelle a été leur trajectoire ? Comment vivent-elles au quotidien dans les dispositifs d'accueil ? Quels sont leurs besoins et leurs difficultés ? Quelles sont leurs expériences de la violence sous différentes formes au cours de leur parcours ?*

5. Le choix des acteurs

Ce diagnostic a été réalisé par des auditrices choisies par la Fondation des Femmes, auprès de professionnel.le.s exerçants dans 3 Centres d'Hébergement d'Urgence franciliens et des femmes accueillies dans ces centres.

- les auditrices

Le diagnostic a été élaboré, réalisé et rédigé sous la direction de Louise MIRAGLIESE, avec la participation de Julie VELLA pour la tenue des entretiens.

Leur expertise de terrain alliant des expériences professionnelles dans le champ de l'intervention sociale auprès de femmes victimes de violences et dans le cadre de dispositifs d'hébergement sociaux ont guidé le choix fait par la Fondation des Femmes.

Louise MIRAGLIESE, Responsable de formation dans un Centre de formation en Travail social (Céméa), a réalisé plusieurs travaux de recherche sur l'intervention sociale auprès des femmes victimes de violences. Elle a exercé la fonction d'éducatrice spécialisée dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale à Paris, spécialisé dans l'accueil de jeunes femmes victimes de violences. Elle a collaboré avec le Ministère des Droits des Femmes, l'Observatoire régional des violences ou encore le SIAO 75. Elle forme actuellement divers professionnels (travailleurs sociaux, médecins, élus, cadres RH...) à la problématique des violences faites aux femmes.

Julie VELLA, Coordinatrice de projet pour douze associations du réseau Solidarité Femmes d'Ile-de-France, elle a également co-créé une structure d'accueil et de soutien pour les femmes victimes de violences (Elle's Imagine'nt). Elle a auparavant travaillé dans le secteur social auprès de femmes et de familles en situation de

précarité au Samu Social de Paris.

Ces deux auditrices adoptent une posture de « praticiennes-chercheuses », celle qui se situe entre un travail de recherche et une connaissance pratique du terrain professionnel :

« L'expression de praticien-chercheur signifie qu'une double identité est revendiquée, sans que l'une des deux ne prenne le pas sur l'autre. C'est le trait d'union entre les deux termes qui signifie cette revendication d'une double appartenance »⁷.

- les 3 Centres d'Hébergement d'Urgence mixtes (CHU)

Deux associations œuvrant dans le champ de l'hébergement se sont portées volontaires pour être partenaires de ce projet et terrains d'expérimentation : l'association Aurore et l'association la Main Tendue.

Elles sont toutes deux reconnues d'utilité publique et elles accueillent et accompagnent vers l'autonomie des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Ces deux associations gèrent entre autres des Centres d'Hébergement d'Urgence. Ce sont des actrices historiquement reconnues par les pouvoirs publics avec des capacités d'accueil et de rayonnement sur le territoire francilien et national différents.

L'association La Main Tendue, fait partie du groupement Abri œuvrant dans le département de la Seine-Saint-Denis dans le secteur sanitaire et social. Elle compte aujourd'hui 15 structures d'hébergement et services dédiés aux personnes vivant dans la rue. Chaque année environ, 1200 personnes y sont accueillies⁸.

L'association Aurore héberge, soigne et accompagne plus de 37 000 personnes en situation de précarité ou d'exclusion vers une insertion sociale et professionnelle. Elle intervient principalement en Ile-de-France et dans 7 autres régions. Elle gère 18 CHU.

Parmi les structures d'hébergement gérées par ces deux associations, trois se sont portées volontaires. A notre demande, une professionnelle a été désignée comme référente du projet dans chaque CHU afin de pouvoir bénéficier d'un interlocuteur privilégié. Nous avons également pu compter sur la mobilisation et l'adhésion de l'ensemble des équipes éducatives et des directions. La plupart du temps un accueil de qualité nous a été réservé dans chaque CHU nous permettant un accès aux différents espaces et informations relatives au fonctionnement ainsi que de nombreux échanges. Cette adhésion des équipes a certainement aussi favorisé la création des liens avec les femmes.

CHU « Promesse de l'Aube » :

Géré par l'association Aurore, il a ouvert en novembre 2016. Il est situé dans le 16ème arrondissement de Paris. Il accueille et accompagne des personnes isolées (hommes et femmes) et des familles en situation de grande précarité et/ou d'exclusion.

Au moment de l'enquête en Mai 2018, le CHU hébergeait 200 personnes.

CHU Bastion de Bercy :

Géré également par l'association Aurore, il a ouvert en décembre 2017. Il est situé dans le 12ème arrondissement de Paris. Il accueille et accompagne des personnes isolées (hommes et femmes) et des familles en situation de grande précarité et/ou d'exclusion

Au moment de l'enquête en juillet 2018, le CHU hébergeait 308 personnes.

CHU Ernest SAVART :

Géré par l'association la Main tendue, il a ouvert en décembre 2017. Il est situé à Montreuil, dans le département de la Seine-Saint-Denis. Il accueille et accompagne uniquement des femmes isolées et des familles en situation de grande précarité.

⁸ www.abri-groupe.org

Au moment de l'enquête en octobre 2018, le CHU hébergeait 80 personnes.

Spécificités et caractéristiques :

Les 3 structures ont été choisies comme étant suffisamment représentatives de la réalité des CHU. Elles se rapprochent de par leurs missions communes mais se distinguent par leur capacité d'accueil et les modalités d'hébergement que cela induit.

- Missions communes et publics accueillis :

Les 3 CHU accueillent un public mixte et très diversifié se composant d'hommes, de femmes, de familles et d'enfants. Ces publics regroupent ainsi différentes problématiques (précarité, grande exclusion, addictions, troubles psy, sans papiers, sortants de prison, femmes victimes de violences, soutien à la parentalité...)

Ils exercent les mêmes missions et proposent un accueil immédiat et inconditionnel. L'objectif est d'offrir un lieu de vie sécurisant et un accompagnement social global temporaire :

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence.

*Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine et **garantissant la sécurité des biens et des personnes**, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, **une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son état**, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier⁹. »*

- Capacité d'accueil :

Les centres étudiés représentent néanmoins deux « standards » différents pouvant être observés dans les CHU : les 2 structures de l'association Aurore offrent une très grande capacité d'accueil, induisant une forte concentration de population tout en proposant un modèle architectural moderne (neuf) et une individualisation des conditions d'hébergement. Elles représentent la tendance actuelle dans le secteur de l'hébergement en faveur de la grande précarité.

A l'inverse, la structure gérée par l'association de la Main tendue offre une capacité d'accueil plus réduite proposant un habitat beaucoup plus vétuste. Elle illustre un modèle de structure d'accueil plus traditionnel, « à taille humaine ».

- Pérennité des structures :

Les 3 centres ont la particularité d'être des structures d'accueil temporaires, elles-mêmes limitées dans le temps, leurs baux se limitant initialement à 3 ou 5 ans, avec des renouvellements incertains.

Les femmes hébergées

Les femmes hébergées ont joué un rôle central dans la phase de diagnostic. Il était primordial qu'elles soient des partenaires à part entière car les plus à même de parler de leurs situations. Nous consacrerons une large partie de la méthodologie à la présentation de leur rencontre.

⁹ Article 345-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)



Méthodologie

La présentation de la méthodologie du diagnostic permet de retracer les différentes étapes qui ont conduit à l'élaboration des résultats. Il s'agit de pouvoir revenir sur les caractéristiques de l'enquête de terrain, les instruments de collecte des données, les aspects logistiques et les constructions effectuées en vue de l'analyse.

1. Période de réalisation : le calendrier

Le diagnostic a été réalisé de février 2018 à Avril 2019. Il a duré plus d'un an dont 7 mois passés sur le terrain (environ 2 mois par CHU) :

Février - avril 2018	Pré-enquête, contact structure, élaboration des questionnaires
Mai - juin 2018	CHU 16
Juillet- septembre 2018	CHU 12
Octobre – novembre 2018	CHU 93
Décembre 2018	Encodage et extraction des données
Janvier - Avril 2019	Analyse des résultats et rédaction du rapport

La difficulté du diagnostic a été d'élaborer une méthodologie de recherche spécifique alliant une approche théorique et un protocole d'observation concret.

2. Les différentes phases

2.1 La phase d'exploration et de construction de l'objet d'étude

Pour mener à bien cette étude, des supports théoriques et empiriques déjà existants ont nourri l'élaboration de nos propres indicateurs.

Nous avons commencé par une phase de pré-enquête afin de réunir des données de cadrage (chiffres) disponibles sur le territoire francilien concernant les dispositifs d'hébergement d'urgence et la problématique des violences faites aux femmes. Nous avons consulté différentes enquêtes et étudié les rapports d'activité de chaque CHU. Nous nous sommes également appuyées sur notre expertise de terrain et nos travaux de recherche antérieurs.

2.2 Les indicateurs et les objectifs :

Nous avons établi une liste de facteurs pertinents, des notions que nous avons traduites ensuite en indicateurs mesurables, concrets et accessibles.

Nous nous sommes basées sur des définitions opératoires, souvent proches de celles utilisées par les grandes enquêtes nationales ou des études plus spécialisées.

Il est important de préciser la définition de trois notions centrales de cette enquête :

Mixité, Sécurité et Violences faites aux femmes, de quoi parle-t-on ?

Mixité : La mixité dans les centres d'hébergement renvoie à la « mixité sexuée » à savoir les institutions qui accueillent simultanément des hommes, des femmes mais aussi des familles.

Aujourd'hui la mixité se développe de plus en plus dans les établissements d'hébergement. Néanmoins ce secteur a longtemps été très cloisonné et reposait majoritairement sur un accueil unisexe perçu comme un moyen de garantir la sécurité des personnes et notamment des femmes, public traditionnellement minoritaire. Cette ouverture à plus de mixité répond en partie à des besoins de mutualisation des moyens, compte tenu de l'augmentation de la demande d'hébergement et particulièrement celle émanant des femmes. La mixité des centres nécessite ainsi d'ouvrir un champ de questionnement sur cette évolution en réinterrogeant les conditions d'accueil afin de s'assurer de l'adaptation de la prise en charge du public féminin.

Sécurité : Les centres d'hébergement ont tous cet objectif institutionnel : assurer la sécurité des personnes accueillies. Il s'agit à la fois de leur sécurité physique mais aussi sociale et psychologique. Les établissements doivent ainsi constituer un lieu protecteur offrant un cadre de vie sécurisant aux usagers. Ce principe de sécurité renvoie à une définition « réglementaire » et la mise en œuvre de normes générales s'appliquant aux structures d'hébergements collectifs (incendie, PMR...).

Nous avons fait le choix d'opter pour une approche plus « expérientielle » afin d'appréhender la notion de sécurité ressentie et effective dans les relations interpersonnelles et dans l'aménagement des locaux. Cette réflexion, sera particulièrement étayée dans une phase ultérieure du projet par le think tank « Genre et Ville », spécialiste de la mixité femmes-hommes des espaces de vie.

Violences faites aux femmes : Nous nous sommes appuyées sur la démarche de l'enquête ENVEFF faisant référence dans ce domaine qui se caractérise par :

- une définition théorique de la violence comme principe de sélection des données recherchées

*« Les actes violents sont une atteinte à l'intégrité physique et psychique des personnes. Poser des questions de telle sorte qu'elles permettent **l'analyse des situations de violences** (et ne pas créer de confusion avec d'autres fonctionnements conflictuels par exemple).*

*La violence étudiée est exclusivement la violence présente dans les relations entre les personnes, **les violences interpersonnelles** – laissant donc de côté la violence institutionnelle et la violence sociale.*

*Enfin les rapports sociaux de sexe conduisent à une forme de **violences spécifiques**¹⁰ ».*

Cette définition théorique s'inscrit également dans le cadre législatif en vigueur aujourd'hui :

« Le terme « violence à l'égard des femmes » désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée ».

« Le terme « violence à l'égard des femmes fondée sur le genre » désigne toute violence faite à l'égard d'une femme parce qu'elle est une femme ou affectant les femmes de manière disproportionnée »¹¹.

¹⁰ M.JASPARD, Les violences contre les femmes, La découverte, Paris, 2005

¹¹ Article 3. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ratifiée par la France le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1er novembre 2014

- une approche descriptive pour recueillir des situations concrètes :

Le mot « violences » dont la compréhension peut fortement varier d'une personne à une autre nous a obligées, dans les questionnaires, à nommer de manière progressive et concrète les différents actes que cela pouvait recouvrir :

« Cette méthode de description tient à ce que nombre de faits dans la vie peuvent être considérés comme anodins lorsqu'ils apparaissent isolément (giffes, insultes) mais prennent un tout autre sens en association avec d'autres ou lorsqu'ils sont répétés.

Le panorama des atteintes subies a été dressé séparément dans les différents cadres de vie des personnes. Le questionnaire ne se limite pas aux événements qui se sont déroulés sur une période courte (l'année en cours) mais évoqués en référence à la vie entière : un travail de mémoire qui s'est souvent effectué à partir de faits récents permettant de remonter progressivement à l'événement plus ancien ¹²».

(cf annexes : questionnaires)

Nous avons également choisi d'adopter deux modalités de questionnement pour permettre :

- un recueil de données quantitatives sur la base de questions fermées (type QCM),
- un recueil de données qualitatives sur la base de questions ouvertes pour avoir une approche du vécu des personnes et étudier leurs représentations.

Ce couplage de deux techniques d'enquête nous a permis d'obtenir à la fois des renseignements signalétiques et d'engager des questions de comportement (pour décrire des pratiques), des questions d'opinion (que pensent-ils), des questions de projection et des questions de connaissance (que savent-ils).

Ainsi nous avons élaboré des questionnaires visant plusieurs objectifs :

- identifier les difficultés, les points de blocages, les bonnes pratiques et les pistes d'amélioration,
- recueillir le point de vue des différents acteurs,
- permettre une expression des attentes et des besoins.

2.3 La structuration du questionnaire¹³

Nous avons conçu deux questionnaires : un à l'intention des femmes hébergées et un autre à l'intention des professionnels des CHU.

Les questions sont adaptées en fonction de ces 2 catégories de participants, toutefois certaines sont identiques afin de pouvoir établir une comparaison.

Les questions sont centrées sur le parcours des femmes et l'agir professionnel. Elles permettent à la fois de dresser un état des lieux de la situation actuelle dans chaque CHU et d'envisager une prospective.

Chaque questionnaire est divisé en 2 grandes parties, divisées en 8 modules et se décline en 40 questions :

- Le questionnaire à l'intention des femmes :

La première partie concerne le parcours des femmes hébergées dans les CHU :

Le premier module saisit les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la personne,

Les modules 2 et 3 permettent de recueillir des informations relatives aux violences subies, aux contextes d'apparition des violences, aux démarches effectuées, aux réponses et aux orientations apportées,

Le module 4 s'intéresse aux difficultés ressenties par les femmes,

Le module 5 permet l'expression de leurs besoins et attentes.

¹² M.JASPARD, Les violences contre les femmes, La découverte, 2005

¹³ Annexes 6 et 7

La deuxième partie concerne le cadre de vie des femmes dans les CHU mixtes :

Le module 6 s'intéresse à l'occupation et aux déplacements des femmes dans les différents espaces de vie du CHU, Les modules 7 et 8 permettent de recueillir leur avis sur la mixité et sur les aménagements sécurisés et sécurisants.

-le questionnaire à l'intention des professionnels :

La première partie concerne l'identification de la problématique des violences par les professionnels dans l'accompagnement des femmes hébergées au CHU.

Le premier module saisit les caractéristiques démographiques, sociales et professionnelles de la personne.

Les modules 2 et 3 permettent de recueillir des informations relatives aux violences observées dans le parcours des femmes hébergées, aux contextes d'apparition des violences, aux démarches effectuées et aux réponses apportées dans le cadre de l'accompagnement au CHU.

Le module 4 s'intéresse aux difficultés ressenties par les professionnels au regard de la problématique des violences dans l'accompagnement des femmes.

Le module 5 permet l'expression de leurs besoins et de leurs attentes.

La deuxième partie concerne la prise en compte du cadre de vie des femmes dans les CHU mixtes.

Le module 6 s'intéresse aux espaces de travail occupés par les professionnels et à leur perception de l'occupation des locaux par les femmes hébergées.

Les modules 7 et 8 permettent de recueillir leur avis sur la mixité et les aménagements sécurisés et sécurisants.

2.4 Modalité de recueil : les instruments de collecte des données

Le diagnostic a ainsi été établi, d'une part, par le biais d'un questionnaire administré en direct par les deux auditrices auprès d'un échantillon de 77 personnes : 57 femmes et 20 professionnels.

Nota bene : Les entretiens individuels se sont déroulés dans les 3 CHU en tenant compte des aspects de déontologie : informer des modalités de réalisation de l'entretien, respect de l'anonymat, confidentialité, liberté de répondre...

Les personnes interrogées ont participé à l'audit sur la base du volontariat. Nous avons néanmoins veillé dans chaque CHU à pouvoir bénéficier d'une juste proportion des profils « types » du public accueilli et des professionnels intervenants considérés comme représentatifs d'un groupe.

Nous avons été attentives aux situations d'interaction avec les personnes interrogées afin d'établir un climat favorisant une libre expression. Il était indispensable sur ce sujet sensible d'arriver à créer les conditions d'une bonne relation auditrice/audité où l'équilibre entre proximité et distance doit être trouvé.

D'autre part, le diagnostic repose aussi sur des observations directes collectées par les deux auditrices lors des périodes d'immersion dans les 3 CHU afin d'en comprendre l'organisation et les éléments de la vie quotidienne. Nous avons modulé notre temps de présence sur plusieurs journées consécutives ou par intermittence en journée et en soirée, sur des temps forts (repas, réunion de résident), le week-end et jours fériés.

3. Protocole de l'enquête de terrain

Pour chaque CHU, l'enquête a débuté par une journée consacrée à la rencontre avec l'ensemble de l'équipe, la direction et la visite des lieux. Les autres journées ont permis de réaliser une immersion progressive dans les structures auprès du public et des professionnels.

Nous sommes intervenues en tenant compte des horaires des professionnels pour nous assurer l'accès aux différents lieux et bureaux d'entretien.

Pour informer les femmes, nous avons mis une affiche dans les espaces collectifs les invitant à nous rencontrer pour discuter de leur parcours dans le cadre d'une étude réalisée par la Fondation des Femmes. Nous sommes allées spontanément à leur rencontre et nous avons également été présentées par les travailleurs sociaux.

Nous avons privilégié une approche individuelle auprès des femmes afin de leur assurer une plus grande confidentialité.

Les entretiens d'une durée de 30 à 60 min se sont déroulés dans le cadre d'un échange dans un bureau mis à notre disposition par l'équipe garantissant aux femmes et aux professionnels la confidentialité de leur réponse.

Nous avons souvent dû ajuster notre temps de présence, les femmes s'attardant peu dans les espaces collectifs. Ces conditions d'immersion prolongée ont favorisé notre observation du quotidien des CHU aussi bien auprès des femmes que des professionnels.

Nous avons rapidement été identifiées par les personnes hébergées et toujours accueillies par les femmes avec bienveillance et curiosité. Nous faisons au préalable une présentation succincte du projet de la Fondation et des thèmes que nous souhaitons aborder en entretien, en insistant sur l'aspect anonyme et confidentiel.

Cette enquête réalisée sur la base du volontariat a été amorcée dans un premier temps grâce à de nombreux échanges informels avec les femmes au gré de nos rencontres. Nous avons eu peu de refus directement mais un certain nombre de femmes préféreraient remettre ultérieurement leur participation et ne se sont pas manifestées par la suite. Nous avons donc progressivement formalisé notre intervention dans le cadre d'une prise de rendez-vous.

Nous avons également rencontré des femmes auprès desquelles il était trop difficile de réaliser le questionnaire en raison de leur maîtrise insuffisante du français ou des femmes dont l'état psychique ne le permettait pas.

La durée des entretiens a pu varier en fonction de l'histoire de la personne et des réponses apportées. Alors que certaines ont répondu sommairement, d'autres en revanche ont livré beaucoup d'informations, allant parfois bien au-delà des questions posées.

La qualité de notre écoute a été aussi une condition primordiale. Les femmes ont pu nous confier certains récits très douloureux, qu'il fallait savoir entendre tout en restant dans l'objectif du questionnaire. Certaines femmes n'avaient encore jamais parlé des violences subies, les renvoyant à des traumatismes encore bien présents. Nous avons dû prendre du temps pour les écouter et nous appuyer sur nos compétences professionnelles pour les sécuriser.

Cette attention était d'autant plus nécessaire que le relais avec l'équipe des CHU était plus difficile compte tenu du principe de l'anonymat et de la confidentialité. Nous invitons néanmoins toujours les femmes à rencontrer l'équipe pour en reparler.

Nous avons également eu de nombreux échanges avec les professionnels. Les entretiens avec les travailleurs sociaux ont été les plus longs et nous ont permis de nous inscrire dans une démarche dynamique, faite d'interpellations réciproques. Tous les professionnels se sont montrés intéressés par le projet et se sont rendus disponibles pour nous rencontrer. Nous avons véritablement pu compter sur leur implication pour nous faciliter l'accès aux différents espaces des CHU, leur fonctionnement et les coulisses de l'organisation de la vie quotidienne. Ce climat de confiance s'est ressenti lors de l'administration des questionnaires et a permis d'aborder la réalité de leurs pratiques.

4. Analyse des données : une démarche de problématisation

L'analyse des données s'inscrit dans une démarche de problématisation qui servira de base à l'élaboration de préconisations.

Elle vise à présenter les résultats des questionnaires et de nos observations. Il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive de toutes les données recueillies mais des éléments significatifs. Une certaine prudence préside ainsi à leur élaboration : l'ensemble des données n'a pas la prétention d'être représentatif d'un contexte généralisable, mais suffisamment significatif pour que l'on puisse dégager de grandes tendances.

L'approche exploratoire que nous avons choisie vise à accéder à une compréhension d'un contexte social et institutionnel en mobilisant à la fois un ensemble de références théoriques et des éléments empiriques. Dans cette optique, décrire est indispensable. Cette technique particulière d'analyse peut paraître singulière mais permet d'éviter l'écueil du « dépouillement » et les généralités désincarnées. Nous avons cherché à poser les problèmes le plus concrètement possible.

Problématiser c'est être capable de repérer les éléments constitutifs des situations. Force est pourtant de constater que les situations rencontrées sur le terrain ne sont jamais tout à fait les mêmes. Elles sont constituées

d'enchevêtrement de données, soumises à de multiples facteurs et affectées par des temporalités.

Une démarche de problématisation se définit alors comme un mouvement incessant et toujours inachevé de compréhension, soumettant cependant les faits et les situations à un examen systématique : « *La démarche de problématisation est une démarche concrète. Il s'agit d'appréhender au plus près ce qui constitue réellement les situations, au contraire d'une démarche idéologique qui consiste à les définir à partir de schémas d'explications prédéfinis* ¹⁴ ».

Il a néanmoins fallu à un moment formaliser et organiser les réflexions et les données, mais la démarche de problématisation confère à ces formalisations un statut provisoire, pouvant toujours faire l'objet d'un questionnement et d'interrogation : « *la problématisation laisse ouverte les perspectives et évite que les compréhensions ne se renferment en certitudes productrices de conformité, au contraire d'une démarche créatrice et innovante* ¹⁵ ».

¹⁴ J. Papay, communication professionnelle en travail social, Vuibert, paris, 2010, p 156

¹⁵ Idem



Les résultats

1. L'analyse du questionnaire relatif aux femmes hébergées

La partie suivante concerne dans un premier temps la synthèse des résultats obtenus à partir du questionnaire à l'intention des femmes hébergées et dans un deuxième temps la synthèse des résultats obtenus à partir du questionnaire à l'intention des professionnels des CHU.

	CHU 16	CHU 12	CHU 93
Nb total résidents	202	308	80
Nb d'hommes hébergés	77	118	10
<i>Nb d'enfants hébergés</i>	66	58	33
Nb femmes hébergées	59	132	37
Femmes isolées	25 (58 hommes isolés)	93 (96 hommes isolés)	23
Femmes en couple sans enfant	0	3	2
Femmes en couple avec enfant	19	20	8
Femmes seules avec enfants (aucun homme seul avec enfant)	15	16	4

Dans 2 des 3 CHU, les femmes sont majoritaires ou à part égale et représentent ainsi une part non négligeable du public hébergé, contrairement aux idées reçues. Elles sont néanmoins minoritaires parmi les personnes isolées hébergées dans les CHU qui est le public cible traditionnel et le plus nombreux. Elles sont en revanche surreprésentées parmi le public « famille ».

Dans le cadre de l'audit, 57 femmes ont été interrogées, uniquement les femmes majeures.

Si nous n'avons pas pu réaliser une enquête exhaustive, 1/4 des femmes hébergées ont pu être interrogées en veillant à ce que chaque profil soit représenté. Il s'agit ainsi d'un échantillon suffisamment significatif pour que l'on puisse dégager des grandes tendances.

A- Parcours des femmes hébergées dans les CHU :

Une expérience commune des violences de genre

1- Caractéristiques socio démographiques

a. Profils des femmes interrogées

Les profils des femmes correspondent aux différentes compositions familiales définies par les critères d'accueil au sein des CHU.

Les femmes interrogées sont identifiées à partir de 4 catégories :

Les différents profils	Nombre de femmes interrogées
Femmes isolées	27
Femmes hébergées en couple avec un ou plusieurs enfants	17
Femmes hébergées seules avec un ou plusieurs enfants	12
Femme hébergée en couple sans enfant	1

La proportion des femmes interrogées pour chaque catégorie dans l'enquête est représentative de la répartition globale du public féminin observée dans les 3 CHU.

Les femmes isolées, c'est-à-dire accueillies sans enfant ni conjoint, sont les plus nombreuses à être hébergées dans les CHU.

Lorsque les femmes sont hébergées dans le cadre d'un accueil « famille », ce terme semble un peu galvaudé car il ne rend pas compte d'un phénomène genré bien connu : cette appellation familiale s'applique en réalité autant à la situation des femmes hébergées en couple avec des enfants, qu'à des femmes isolées en situation monoparentale.

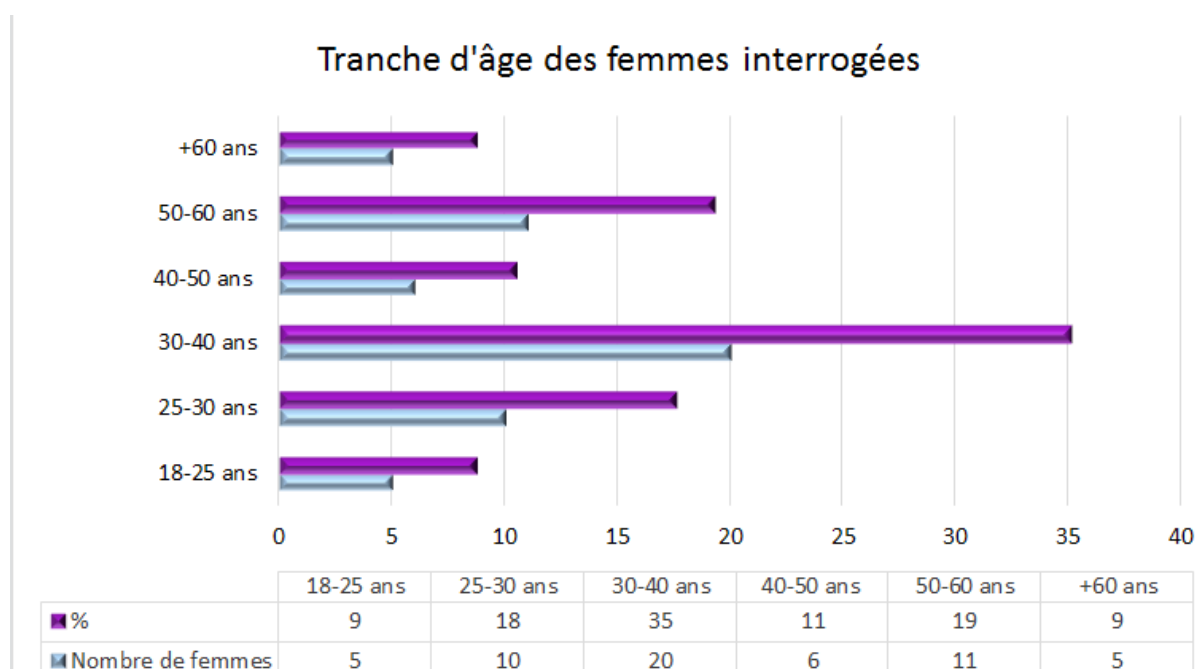
b. Ages :

Les femmes interrogées sont âgées de 22 à 70 ans.

L'âge moyen se situe autour de 35 ans.

Le groupe d'âge le plus représenté se situe autour de 30 à 40 ans.

A parts égales, les groupes d'âges les moins représentés sont les femmes âgées de moins de 25 ans et les femmes de plus de 60 ans.



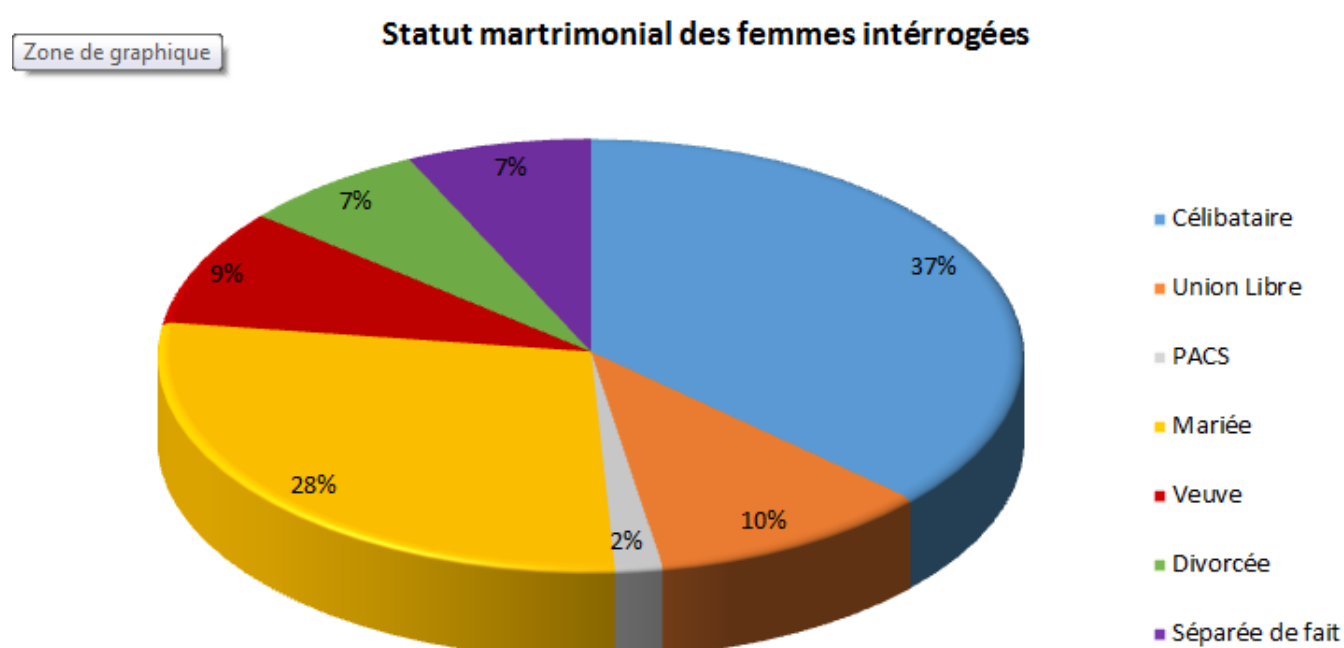
c. Statut marital

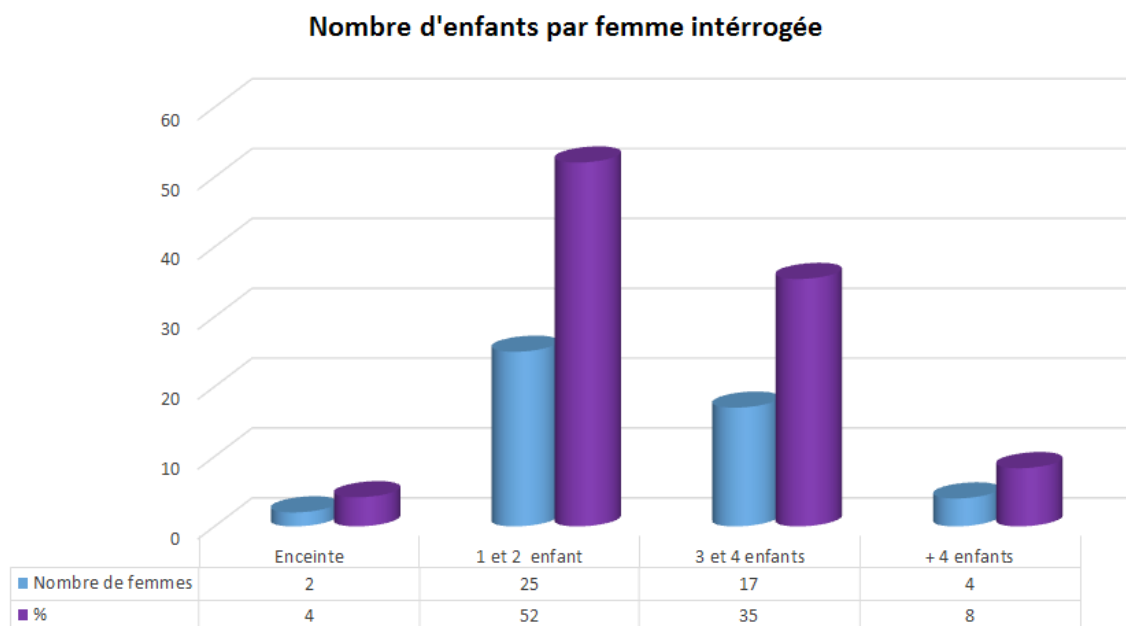
60% des femmes interrogées ne s'inscrivent pas dans une relation de couple. Elles sont soit célibataires, soit veuves, soit divorcées ou séparées de fait.

Majoritairement leurs parcours témoignent d'une trame conjugale incertaine passant par des séquences de vie à deux et seule.

40% des femmes interrogées déclarent être en couple (au sein du CHU ou non). Les configurations conjugales recensées sont variables.

Cela correspond à des couples mariés 28%, ou en union libre 10%, ou pacsés 2%.





81% des femmes interrogées ont des enfants.

Au delà des femmes hébergées au CHU avec leurs enfants, la majorité des femmes accueillies seules déclare également avoir des enfants. Le plus souvent, leurs enfants sont majeurs et mènent une vie autonome. Dans certains cas, leurs enfants sont restés dans le pays d'origine ou, plus rarement, ils sont actuellement confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre d'un placement.

e. Nationalités

91% des femmes interrogées sont de nationalités étrangères. 4 femmes sont françaises et 3 de nationalités européennes.

Les parcours migratoires des femmes interrogées présentent également une grande diversité que ce soit au regard des âges de départ ou des raisons évoquées pour quitter leur pays d'origine.

Initialement, le sujet de la migration n'était pas un élément central de l'enquête mais force est de constater que c'est un sujet sensible, souvent douloureux, difficile à évoquer et lourd de conséquences quant à la précarité de leur situation et aux violences subies.

Il est néanmoins important de rappeler que les violences faites aux femmes touchent tous les milieux sociaux, étrangers ou non. Le nombre important de femmes étrangères accueillies dans les CHU tient à la fois à leur implantation en Ile-de-France, région d'immigration très forte et à la particularité des dispositifs d'accueil qualifiés de « bas seuil » : « les associations sont souvent situées dans des contextes locaux où une forte partie de la population accueillie est d'origine étrangère et connaît des conditions d'existence précaires [...] Le « statut migratoire » (nationalité, type de titre de séjour le cas échéant) des femmes conditionnent les possibilités offertes par le travail social. Dans le cadre des dispositifs d'hébergement d'urgence, conçus pour de courte durée, il ne faut généralement aucun document ou titre spécifique pour en bénéficier. Ils sont donc les seuls lieux complètement ouverts pour les femmes dites « sans papier ». ¹⁶»

¹⁶ E.HERMAN, « le traitement social des violences conjugales, Droits des femmes migrantes », in Hommes et Migrations, 2011/2, n°1290, p 108-117

f. Statut administratif

56% femmes interrogées ne possèdent pas de titre de séjour valide.

Parmi les 38% de femmes détentrices d'un titre de séjour, la majeure partie reste dans un statut administratif précaire en bénéficiant seulement d'un récépissé ou d'une carte de séjour d'un an.

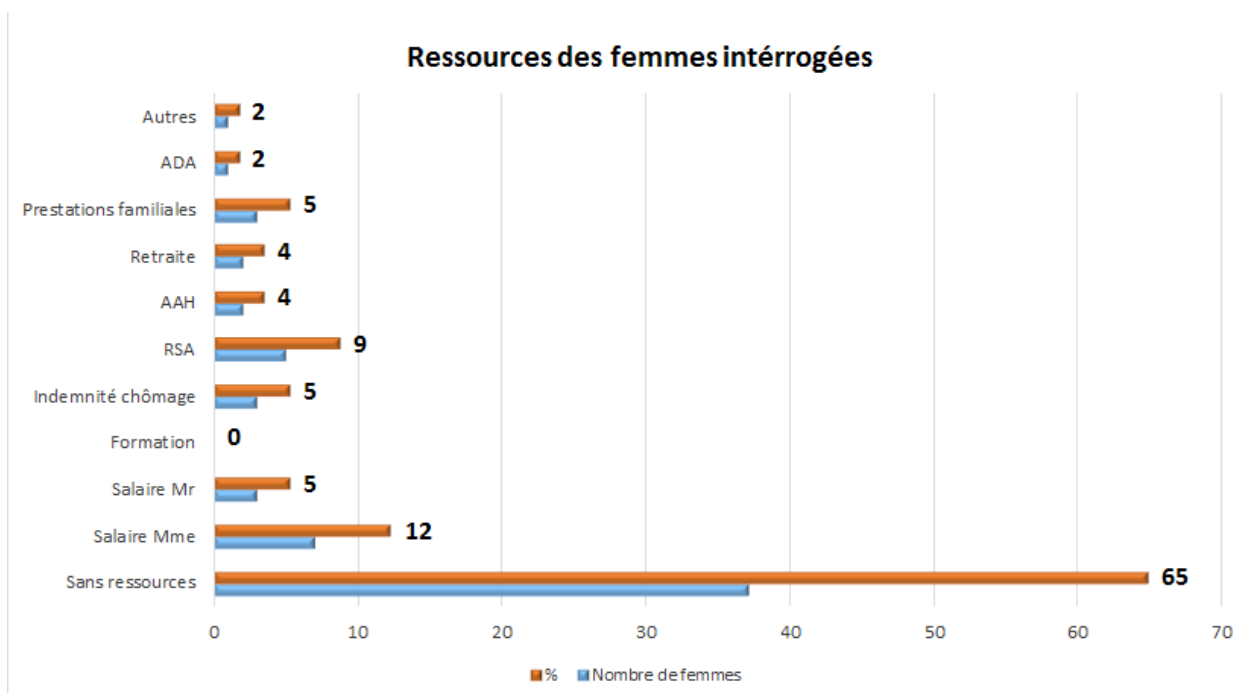
3 femmes ont obtenu une demande d'asile et bénéficient du statut de réfugiées politiques.

g. Ressources

65% des femmes interrogées sont sans ressources. Elles sont confrontées à une situation d'extrême précarité et bénéficient uniquement de l'aide minimale apportée par le CHU pour pallier à leurs besoins élémentaires (alimentation et hygiène).

Elles sont peu nombreuses à bénéficier de minima sociaux ou de prestations familiales, principalement en raison de leur absence de titre de séjour ou de leur situation administrative complexe.

12% des femmes en situation d'emploi sont majoritairement embauchées dans le cadre de contrats précaires (CDD, intérim) à temps partiel.



Conclusion relative aux profils des femmes interrogées :

Les caractéristiques démographiques, sociales et économiques permettent de comparer l'échantillon interrogé à la population féminine étudiée dans le cadre de grandes enquêtes nationales et celles réalisées par des observatoires régionaux en se basant sur des indicateurs similaires.

L'échantillon de notre enquête est bien représentatif du public féminin pris en charge dans les dispositifs d'accueil généralistes.

II. Expériences des violences de genre

Les violences sont constitutives de l'expérience de vie de la quasi-totalité des femmes interrogées.

La compréhension du mot « violence » peut varier fortement d'une personne à l'autre et nécessite un travail d'explicitation auprès des femmes. Nous avons adopté une méthode de description permettant de nommer des faits de manière progressive dans les différents cadres de vie des femmes. Inspiré du modèle élaboré par l'enquête ENVEFF¹⁷ « le questionnement répété, sphère par sphère, sur les actes de violence subis a permis un travail de mémorisation. Cette méthode a également pu produire chez certaines femmes une forme de prise de conscience du phénomène, les amenant à reconsidérer des situations vécues qu'elles n'auraient pas déclarées dans un premier temps et permettant qu'elles les évoquent en fin d'entretien. ¹⁸»

En effet, à la question initiale posée dès le début de l'entretien, 61% des femmes répondent spontanément avoir été victimes de violences au cours de leur vie.

Elles sont 32% supplémentaires à révéler au cours de l'entretien être ou avoir été victimes de violences à l'aide des questions permettant d'approfondir les différents contextes, relations et caractéristiques des violences de genre.

Ainsi à l'issue du questionnaire, 93% des femmes interrogées déclarent avoir été victimes de violences au cours de leur vie.

Seules 4 femmes déclarent n'avoir subi aucune violence au cours de leur parcours de vie dès le début du questionnaire et jusqu'à la fin.

a. Temporalité et contexte de survenu des violences

Parmi les femmes interrogées déclarant avoir été victimes de violences au cours de leur vie :

- 94% des femmes déclarent avoir subi des violences avant leur arrivée au CHU
- 17% déclarent avoir été victimes de violences depuis leur hébergement au CHU. Les faits ont pu être commis à l'extérieur ou au sein du CHU.

Concernant les violences qui se sont déroulées au sein des CHU, les femmes déclarent notamment des faits de violences conjugales (6%) mais aussi d'agressions physiques, insultes et menaces de la part d'hommes hébergés (9%) et d'auteurs extérieurs au CHU (2%).

Sur l'ensemble des femmes déclarant avoir subi des violences, **11% déclarent être victime de violences au moment de l'enquête**, notamment de violences conjugales de la part d'un conjoint hébergé au CHU ou à l'extérieur, de menace ou de harcèlement.

18% se sentent en danger au moment de l'enquête (que ce soit lié à des violences passées ou actuelles) : violences conjugales, pressions qu'exercent toujours la famille quand elles ont quitté leur conjoint, risque de mariage forcé, harcèlement d'un ex-conjoint...

¹⁷ Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), la documentation Française, 2003

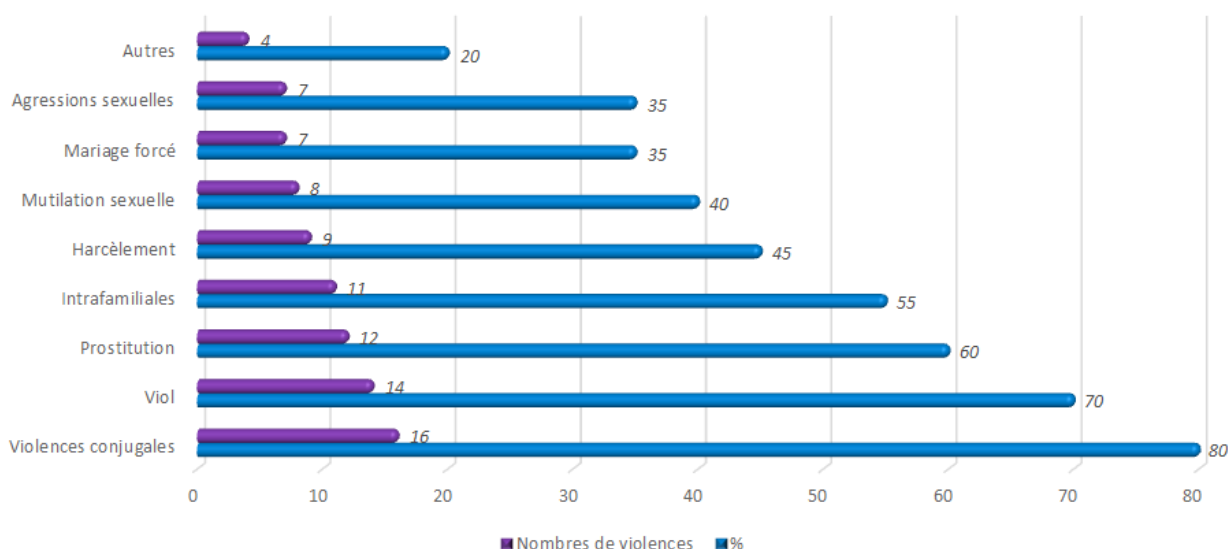
¹⁸ Maryse Jaspard, Les violences contre les femmes, La Découverte, Paris, 2005

Les questions posées visent à identifier des violences spécifiques (des violences de genre) qui s'exercent envers les femmes.¹⁹

Les questions ne se limitent pas à des faits récents et portent également sur des événements anciens en référence à leur histoire de vie.

93% des femmes interrogées témoignent de différentes situations de violences qu'elles ont subies au cours de leur vie (avant et/ou pendant leur hébergement au CHU).

Violences les plus souvent rapportées au personnel du CHU



Dans les 3 CHU, les réponses des femmes présentent un ordre de grandeur similaire.

Les **violences intrafamiliales (47%)** et les **violences conjugales (42%)** sont les principales situations évoquées par les femmes.

Les **violences sexuelles** occupent également une part importante dans l'histoire traumatique des femmes notamment le **viol (30%)** et les **agressions sexuelles (23%)**. Il est important de souligner que l'**excision (25%)** est également une violence sexuelle subie par de nombreuses femmes, perpétrée en bas âge mais également au moment de l'adolescence.

La problématique des **mariages forcés (28%)** à elle seule regroupe ces 3 principales situations de violences. Elle implique la plupart du temps des maltraitances exercées par la famille et des violences conjugales pour maintenir les femmes sous emprise. Les relations sexuelles qui ont lieu dans le cadre d'un mariage forcé sont majoritairement des viols conjugaux.

¹⁹Déclaration des Nations Unies sur l'élimination des violences faites aux femmes – novembre 1993 : « la violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que se soit dans la sphère publique ou dans la vie privée »

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ratifiée par la France le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1er novembre 2014 : « La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes qui subsistent encore et constituent ainsi un obstacle à l'égalité effective des femmes et des hommes [...] Des violences fondées sur le genre car elles affectent les femmes de manière disproportionnée »

Il est important de noter que notamment dans le cas des mariages forcés ou de l'excision, il faut encore aujourd'hui lutter, dans la société, contre une forme d'« exotisation » des violences qui revient souvent à les banaliser en faisant appel à des références culturelles.

Cette posture ne reconnaît pas l'universalité des droits des personnes à ne subir aucune atteinte à leur intégrité psychique et physique.

Il est ainsi nécessaire de rappeler qu'aucun lien, qu'il soit familial, conjugal, communautaire ou religieux, ne donne le droit d'exercer une violence ou de justifier l'absence d'intervention de la part des professionnels. Les droits des personnes sont universels et ne souffrent d'aucune exception.

A cet égard la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes énonce clairement « *qu'aucune personne ne pourra invoquer ce qu'elle perçoit comme un élément de sa culture, de sa religion ou toute autre raison personnelle pour justifier de la commission de ce qui constitue en réalité une infraction pénale, à savoir la violence à l'égard des femmes* »²⁰.

Concernant **la prostitution (9%)**, ces situations sont peu souvent citées par les femmes. Lorsqu'elles sont évoquées, ces pratiques sont déclarées comme relevant du passé, comme occasionnelles. Elles sont ainsi souvent minimisées dans les récits voire occultées.

Ce chiffre semble néanmoins faible d'autant plus qu'elles sont à l'inverse identifiées par les professionnels du CHU comme une problématique récurrente dans le parcours des femmes hébergées, comme nous le verrons par la suite. Parfois les femmes répondent négativement à la question posée mais font état par la suite de pratiques qui s'y apparentent – sur un registre langagier différent de celui que nous utilisons généralement pour parler de prostitution. La prostitution dépasse ainsi le cadre stéréotypé de la prostitution de rue et se développe aujourd'hui sous des formes qu'on peut qualifier de « prostitution sans nom » ou de « prostitution de survie » : celle qui consiste à obtenir un repas chaud ou une nuit à l'abri contre des rapports sexuels quand les femmes se trouvent en situation d'errance. Une femme confie ainsi avoir eu recours à la prostitution de survie contre un hébergement lorsqu'elle s'est retrouvée à la rue et plusieurs femmes témoignent avoir reçu très souvent cette proposition sans y avoir eu recours.

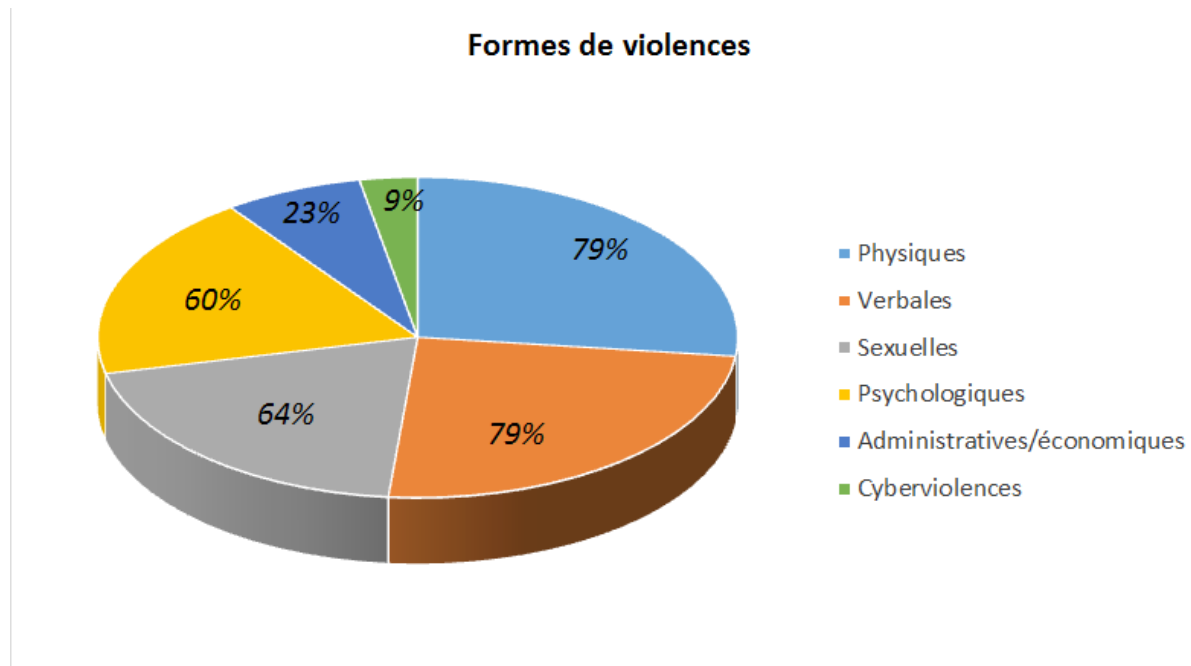
Concernant **les violences politiques (15%)**, beaucoup de femmes ayant fui leur pays d'origine en raison de leur appartenance ethnique, religieuse ou à des mouvements militants ont relaté des scènes de violences sexuelles dont elles ont été victimes.

Au cours de leur parcours migratoire, 4 femmes évoquent des violences qui ont été commises en Libye notamment. Il est frappant de constater la concordance des témoignages : arrestations, emprisonnements en Libye pendant 1 an, coups et viols presque quotidiens commis par des hommes différents.

Au cours des discussions libres avec les femmes, nous avons constaté que nombre d'entre elles parlent également de la violence de la rue et de l'attente dans la peur d'une solution d'hébergement. Une femme déclare avoir subi une agression sexuelle alors qu'elle, son mari et ses enfants s'abritaient aux urgences hospitalières dans l'attente d'une réponse du 115. D'autres femmes relatent des violences lorsqu'elles s'abritaient aux urgences en essayant de rester entre femmes. Elles racontent le harcèlement des hommes présents et les propositions de prostitution contre un hébergement. Une femme contrainte de s'abriter la nuit dans le métro parle d'une agression sexuelle.

²⁰Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ratifiée par la France le 4 juillet 2014 et entrée en vigueur le 1er novembre 2014

c. Formes de violences



Les violences physiques sont toujours la manifestation la plus rapportée et la plus spectaculaire des atteintes subies par les femmes (79%).

A travers leurs récits, un catalogue des blessures corporelles se décline sans limite avec une grande précision : coup de couteau de la part de leur conjoint, strangulation, tentative de meurtre, multiples fractures (nez, mâchoire, côtes, fractures...), brûlures sur le corps, mutilations...

Mais les violences ne sont pas toujours aussi évidentes et sont aussi le fait d'accumulation de gestes, de comportements et de paroles : injures, contrôle, humiliations, dénigrement, cris, menaces,...

Des situations de séquestration et de privation sont également très souvent rapportées par les femmes : privation de nourriture, de sommeil, d'argent...

Les actes de violences sexuelles (64%) sont aussi sans limites : viols conjugaux, viols collectifs, pratiques sexuelles dégradantes...

d. Le continuum des violences

Leur parcours est également marqué par la répétition d'épisodes violents.

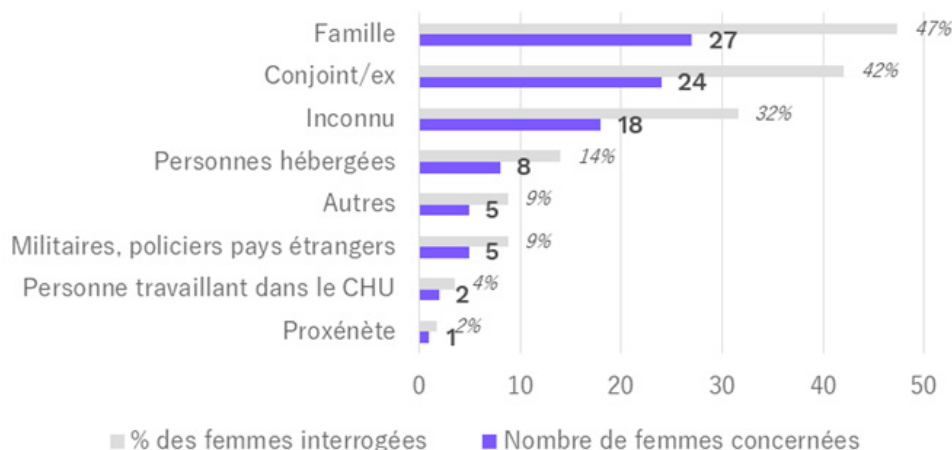
70% des femmes interrogées déclarent avoir vécu 2 à 6 situations de violences au cours de leur vie.

La majorité des situations évoquées par les femmes se caractérisent ainsi par le cumul des formes de violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles. Souvent des agressions physiques ou sexuelles sont associées à des violences verbales et au harcèlement psychologique.

Souvent les femmes victimes de violences conjugales ont également témoigné avoir été victimes de violences intrafamiliales auparavant.

Les parcours de plusieurs femmes sont particulièrement édifiants de ce continuum : d'abord excisées, victimes de violences intrafamiliales, puis mariées de force et victimes de violences conjugales.

Auteurs des violences



(Leur parcours pouvant être marqué par une répétition des violences, il est à noter que les femmes peuvent avoir déclaré avoir été victimes de plusieurs auteurs)

Le huis clos familial (51%) et conjugal (47%) s'avère être le cadre principal des violences. L'agression de la part d'inconnus a le plus souvent été vécue dans le contexte de rue et notamment pendant les périodes d'errance des femmes privées d'hébergement.

14% des auteurs de violences sont également des hommes hébergés dans les mêmes structures d'accueil que les femmes. Cela met en évidence une exposition des femmes aux violences dans ces structures mixtes.

En conclusion, l'immense majorité (93%) des parcours des femmes témoigne d'une histoire traumatique. Face à cette réalité, cette enquête montre l'urgence de s'interroger sur les dispositifs existants au sein de leur hébergement et la nécessité d'apporter des réponses adaptées et véritablement protectrices.

Nous pouvons ainsi faire un rapprochement entre le profil des femmes accueillies dans les 3 CHU et celles hébergées dans les structures spécialisées dans l'accompagnement de femmes victimes de violences en Ile-de-France²¹.

III. Aides reçues et démarches entreprises

62% des femmes interrogées n'ont fait aucun recours ni bénéficié d'aucune aide de la part d'institution ou de professionnels suites aux violences subies.

a. Recours auprès de professionnels ou institutions

38% des femmes interrogées déclarent avoir entrepris des démarches ou avoir eu recours à des institutions ou des professionnels suite aux violences subies.

Type de professionnels sollicités	Nombre de femmes
Police	12
Justice	1
Médecin	3
Hôpital	4
Psychologue	7
Travailleurs sociaux	6
Associations spécialisées Violences faites aux Femmes	7
OFPPA	5

²¹ Etude de l'Observatoire régional des violences faites aux femmes, *Violences à l'encontre des femmes en Ile de France : situation et parcours de femmes victimes de violences conjugales*, données 2013, mai 2015, www.centre-hubertine-auclert.fr

Dans la majorité des cas il s'agit d'intervention ou d'orientation ponctuelle. **Aucune femme ne témoigne avoir bénéficié de mesure d'accompagnement.**

9 femmes déclarent avoir déposé plainte mais 8 d'entre elles précisent qu'elles ont été classées sans suite ou que la procédure a été abandonnée.

Aucune femme ne déclare avoir bénéficié de mesure de protection (au sens juridique du terme).

b. Motif de leur hébergement au CHU

Seules 4 femmes déclarent que les violences subies sont immédiatement à l'origine de leur hébergement dans le CHU actuel.

Au-delà de ces situations particulières, l'expérience des violences est néanmoins en réalité un facteur déterminant du départ du domicile pour la majorité des femmes interrogées (54%) et le déclencheur de leur parcours d'errance.

Au fil des discussions et du déroulement de leurs parcours, nous avons constaté que la majorité des femmes a connu différents hébergements précaires chez un tiers, dans le cadre de nuitées en hôtel social ou d'accueils dans d'autres structures d'hébergements type CHU/CHRS, avant leur arrivée dans le CHU actuel.

Leur itinérance dure ainsi généralement depuis plusieurs mois – voire plusieurs années.

« L'urgence », la « mise à l'abri » instituent en fait une précarité institutionnelle aménagée, autrement dit une inclusion périphérique qui inscrit ces femmes dans un circuit interminable et précaire des services d'urgence²².

C'est pourquoi le motif premier de leur hébergement actuel au CHU n'est plus relié à leur départ du domicile suite aux violences mais à leur parcours d'errance. La problématique d'hébergement et de précarité devient ainsi le marqueur central de leur situation.

Cette diversité des parcours institutionnels masque en réalité le dénominateur commun des violences antérieures subies dans leur parcours. Elle induit une non-reconnaissance des violences dans leur situation actuelle de précarité. Les violences ont aussi souvent poussé les femmes à l'exil. 19 femmes disent avoir quitté leur pays d'origine pour sauver leur vie, fuir un mariage forcé, un mari ou des parents violents ou fuir des conflits politiques.

IV. Un sujet difficile à aborder

La quasi-totalité des femmes dit n'avoir reçu aucune information de prévention sur les violences faites aux femmes depuis leur arrivée au CHU que ce soit dans le cadre d'actions collectives, par le biais de dépliants, d'affiches ou d'échanges avec les professionnels.

a. En parler avec les travailleurs sociaux du CHU

86% des femmes déclarent que les travailleurs sociaux ne leur ont jamais posé de question dans le cadre des entretiens pour savoir si elles avaient déjà subi ou si elles subissaient actuellement des violences.

Lorsque ce sujet a été abordé, c'est majoritairement à l'initiative des femmes elles-mêmes ou lorsque les faits se sont déroulés au CHU et ont été portés à l'attention des professionnels.

En ce qui concerne les femmes actuellement victimes de violences conjugales et hébergées avec l'auteur, la majorité déclare que les travailleurs sociaux ne leur ont jamais posé de question. Seules 2 femmes victimes de violences conjugales dont les faits se sont déroulés au cours de leur hébergement au CHU disent avoir reçu des informations sur leurs droits et les démarches à entreprendre de la part des travailleurs sociaux.

²²Patrick Bruneteaux, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », Sociétés contemporaines 2006/3 (no 63), p. 105-125.

Néanmoins 50% des femmes imaginent pouvoir en parler aux travailleurs sociaux à condition qu'ils leur posent la question. Elles répondent spontanément « s'ils me demandent, j'en parlerai ».

La confiance qu'elles accordent aux professionnels, et plus particulièrement à leurs référents sociaux au CHU, semble être l'élément déterminant dans la possibilité d'évoquer avec eux les violences subies.

Une confiance est déjà acquise selon l'opinion majoritaire des femmes : c'est donc un socle favorable.

A l'inverse, les femmes déclarant ne pas vouloir aborder ce sujet avec les travailleurs sociaux évoquent différentes raisons :

- 20 femmes se sont plaintes du manque de disponibilité des travailleurs sociaux concernant cette problématique,
 - certaines ressentent un manque d'empathie vis-à-vis de leur parcours de vie et de leur souffrance :
« On a l'impression qu'ils sont imperméables », « On ne m'a jamais demandé pourquoi je me suis retrouvée ici. Les travailleurs sociaux savent seulement que j'étais à la rue mais ils n'ont jamais cherché à approfondir, à connaître la femme que je suis, ce n'est pas anodin quand même de se retrouver là. ».
 - 4 femmes estiment que ce sujet n'est pas une priorité de l'accompagnement proposé par les travailleurs sociaux au CHU et identifient leurs missions portant uniquement sur des démarches administratives (logement, titre de séjour...)

b. Un sujet difficile à aborder pour les femmes interrogées

Nous avons d'abord laissé les femmes exprimer librement et singulièrement les difficultés qu'elles pouvaient identifier puis nous avons procédé par la suite à un regroupement par catégories.

Majoritairement les femmes interrogées considèrent que les violences qu'elles ont subies sont un sujet difficile à aborder. Néanmoins nous avons pu observer que leur parole émerge facilement quand on leur pose la question.

Les difficultés évoquées portent ainsi sur différents aspects :

- les représentations sociales et les mécanismes de disqualification individuelle qui pèsent toujours sur les victimes.

Ainsi les femmes évoquent le plus souvent le sentiment de honte « on se tait car ça nous humilie », la peur d'être jugée, la peur de ne pas être crue et la culpabilité « c'est comme si c'était ma faute ».

Certaines évoquent également la peur d'être rejetée notamment de la part de leur famille lorsque les faits se sont déroulés quand elles étaient mineures « je ne pouvais pas parler du viol à ma famille, ils m'auraient bannie, alors je l'ai caché ».

- l'impact psychosomatique des violences qui les dépasse et qui leur donne l'impression d'être trop vulnérable pour en parler. « Un sujet douloureux » est une expression très fréquente.

Beaucoup de femmes nous ont confié faire des cauchemars régulièrement, avoir développé certaines maladies (dépression, trouble du sommeil, hypertension...), s'effondrer en larme très souvent et avoir recours à des médicaments pour contenir leurs angoisses : « je n'ose pas en parler parce que ça me fait trop mal. Je fais encore des cauchemars toutes les nuits et je pleure », « ça me traumatise encore ».

- des violences qui appartiennent au passé : « ça s'est passé il y a longtemps » disent-elles : « comme je n'en ai pas parlé au moment des faits il y a deux ans, j'ai l'impression que c'est trop tard et qu'il faut que je m'efforce d'oublier ».
- aux conditions d'expression qui peuvent entraver leur prise de parole notamment pour les femmes primo-arrivantes ne maîtrisant pas bien la langue française.
- la peur des représailles suite aux révélations qu'elles pourraient faire tant du point de vue de leurs agresseurs que des administrations.

Plusieurs femmes nous ont confié avoir peur que cette problématique « complique » ou vienne interférer avec les démarches en cours pour obtenir un titre de séjour ou une demande de logement social : « j'ai peur que les professionnels disent des choses après et que cela me porte préjudice dans mes démarches ».

- il est à noter, que contrairement à l'idée reçue, une seule femme évoque le caractère « trop intime » du

sujet.

Nous verrons ci-après que la peur de l'intrusion dans la sphère de l'intime et le respect de la vie privée sont les principaux arguments évoqués par les travailleurs sociaux pour expliquer leurs appréhensions dans leur intervention auprès des femmes à ce sujet. A l'inverse les réponses des femmes tendent à montrer que majoritairement elles ne partagent pas cette réticence.

c. Une parole émergente

Sur la totalité des femmes interrogées, **86% n'ont jamais évoqué les violences dans le cadre de leur hébergement dans ce CHU, jusqu'à cette enquête.**

Parmi les femmes interrogées ayant déjà subi des violences, **55% en parlent pour la première fois de leur vie à l'occasion de cette enquête :**

« C'est la première fois que j'en parle parce que vous m'avez posé la question et c'était nécessaire sinon j'allais continuer à me taire ».

Nous avons souhaité recréer un cadre privilégié et rassurant dans lequel les faits parfois douloureux pouvaient être dits. Cela nous a permis de mesurer, encore et toujours, l'ampleur du silence qui recouvre les violences faites aux femmes.

Ainsi un des intérêts majeurs de cette enquête est d'avoir pu donner à certaines femmes la possibilité d'en parler pour la première fois.

Toutes les femmes disent avoir apprécié l'entretien et s'être senties à l'aise au cours de nos échanges.

A l'issue de l'entretien elles sont nombreuses à exprimer le bienfait et le besoin qu'elles ressentaient d'en parler.

« Ça soulage » est une expression qu'elles emploient souvent.

« Je ne croyais pas en parler un jour mais je me suis dit que c'était l'occasion ou jamais ».

Elles ont également apprécié que nous leur accordions du temps et elles se sont senties rassurées par notre écoute : « ça faisait longtemps que je n'avais pas parlé de moi »

Au delà d'une approche individuelle, les femmes soulignent également l'utilité collective d'un tel questionnaire pour améliorer le fonctionnement du CHU. Elles sont plusieurs à souligner le fait que, parmi les résidentes, beaucoup de femmes sont concernées par la problématique des violences mais qu'elles n'ont pas osé nous rencontrer.

V. Actions à développer au CHU : des besoins exprimés

82% des femmes interrogées jugent utile que les CHU développent des actions centrées sur la problématique des violences faites aux femmes.

Elles mettent en avant essentiellement 2 actions :

- très majoritairement elles expriment leur préférence pour que ce sujet puisse être évoqué dans le cadre des entretiens individuels avec les travailleurs sociaux. Elles souhaitent que les professionnels soient plus à l'écoute et posent davantage de questions.

- elles témoignent également leur intérêt pour que des débats, des rencontres avec des associations et des professionnels spécialisés soient organisées au CHU.

Plusieurs femmes ont pu proposer des mesures très concrètes concernant des modifications qui pourraient être apportées au règlement intérieur des CHU comme : « faire appliquer un règlement plus strict en ce qui concerne les violences commises à l'égard des femmes au sein du CHU, prévoir de sanctionner les faits de harcèlement par des avertissements et afficher clairement que ces comportements sont interdits ».

B. Cadre de vie des femmes dans les CHU mixtes

Dans cette seconde partie de l'enquête, il s'agit de s'intéresser à la perception et aux usages qu'ont les femmes des espaces de vie proposés par les CHU. Bien que la taille des structures (le nombre de bâtiments et le nombre de personnes hébergées), l'agencement des lieux et le fonctionnement soient différents dans les 3 CHU, nous avons observé une organisation et un aménagement assez similaires.

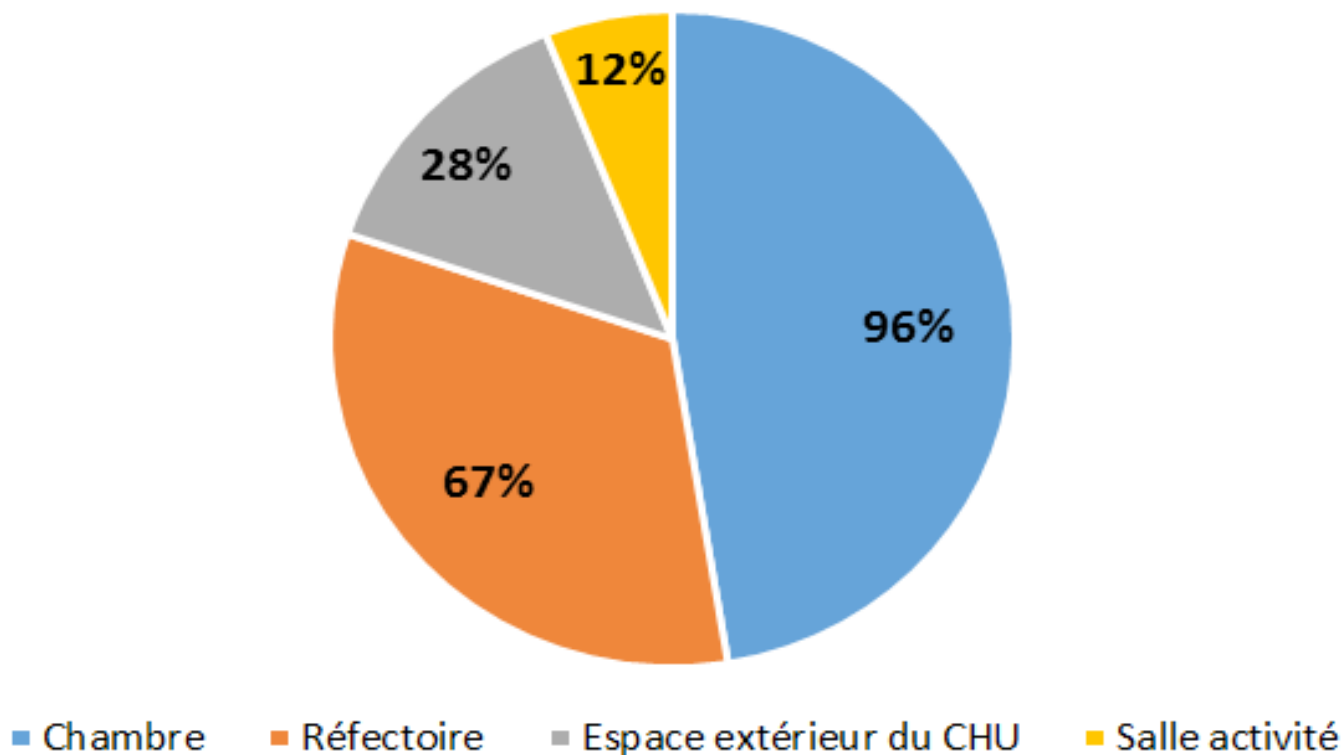
Dans ces structures mixtes, il est nécessaire de s'intéresser aux représentations et expériences sexuées au sein des différents espaces qui composent le cadre de vie des femmes hébergées. Il s'agit de repérer à la fois leurs appréhensions, des éléments porteurs d'insécurité et parfois même de violences mais aussi de sécurisation.

I. Espaces les plus fréquentés par les femmes au CHU

Dans les 3 CHU, nous avons pu repérer une répartition entre différents espaces de vie selon un modèle assez standard : des chambres le plus souvent individuelles, des sanitaires à l'extérieur des chambres et à usages collectifs, des espaces collectifs où on trouve un réfectoire, des salles d'activité, une lingerie, un vestiaire et la plupart du temps une salle de jeux pour les enfants. L'accès à ces lieux collectifs est le plus souvent soumis à des horaires et régulé par les professionnels. Tous les espaces collectifs sont mixtes.

En ce qui concerne l'activité des professionnels, leurs bureaux sont soit dans un bâtiment à part soit au sein des habitats collectifs des résidents. Il y a également une loge pour les agents d'accueil de jour et de nuit.

Lieu le plus fréquenté au CHU



Concernant l'occupation des espaces, 2 lieux sont centraux dans la vie des femmes au CHU : leur chambre et le réfectoire.

Les femmes investissent ainsi davantage des lieux privés et fonctionnels au sein des CHU, des espaces incontournables dans l'organisation de la vie quotidienne.

Leur chambre est le lieu le plus investi par les femmes.

Elles parlent d'un lieu protecteur au sein du CHU où elles se sentent en sécurité.

La chambre est le plus souvent perçue comme un lieu de repli qui agirait comme une cape d'invisibilité pour se soustraire aux regards des autres. Elle leur permet de maintenir une stratégie d'évitement afin de ne pas s'exposer au CHU.

Ainsi c'est avant tout au motif « d'éviter » que la majorité des femmes justifient le fait de rester le plus souvent dans leur chambre : « éviter le collectif, les problèmes, les histoires, les malentendus, les conflits, les violences entre personnes hébergées ».

L'ambiance qu'elles décrivent spontanément semble plutôt inquiétante.

Beaucoup de femmes évoquent ensuite le besoin de se reposer. Leur chambre leur permet de disposer d'un endroit calme. « J'ai besoin de me reposer après 2 mois à la rue où j'ai eu peur ».

Elles expriment aussi le besoin d'intimité.

Elles disent ainsi préférer « s'isoler » quand elles sont au CHU et montrent que le cadre collectif limite la possibilité pour elles de se « poser ».

Le réfectoire est le second lieu le plus investi par les femmes.

Identifié comme l'espace public et collectif qu'elles fréquentent le plus, il est perçu de manière ambivalente dans leur discours : vécu à la fois comme espace de socialisation et comme espace de tension.

Le réfectoire est un lieu de rassemblement entre femmes leur permettant de se retrouver et de discuter entre elles « Je vois mes copines, on mange ensemble, on discute »

Mais il est aussi vu comme un lieu de conflit dans le cadre des 2 plus grands CHU où les femmes sont minoritaires ou à parts égales parmi le public hébergé :

« C'est insupportable, c'est la guerre, les hommes provoquent toujours des crises mais certaines femmes aussi. C'est un endroit où beaucoup de gens ont les nerfs. »

« Il y a des disputes tout le temps entre les personnes seules. »

« Parfois je ne mange pas le midi car j'ai peur des personnes au réfectoire. ».

Peu de femmes disent fréquenter d'autres espaces collectifs et les espaces extérieurs du CHU (28%). Quand c'est le cas, particulièrement dans un des trois CHU, il s'agit principalement de la coursière située devant le bâtiment réservée aux familles, hébergeant une majorité de femmes et d'enfants, où les femmes se retrouvent uniquement entre elles. Elles fréquentent en revanche de façon très marginale la salle d'activité commune alors que le CHU propose beaucoup d'activités.

De manière générale dans les 3 CHU, les femmes identifient assez peu les salles d'activités comme lieux ressources.

Les femmes donnent ainsi l'impression de vivre de manière assez recluse dans les différents CHU. Elles fréquentent des espaces assez traditionnels, voués à la sphère domestique. Lorsqu'elles évoluent dans les espaces collectifs, elles privilégient ceux où elles peuvent se regrouper de manière informelle entre femmes.

a. Espace privé

Quasiment toutes les femmes interrogées considèrent leur chambre comme étant leur espace privé au CHU (86%).

Les seules exceptions concernent un CHU proposant des chambres collectives aux femmes seules. Cette configuration est très mal vécue par les femmes contraintes de partager un espace très réduit à 3 ou 4 avec des lits superposés « j'étouffe parfois de partager ma chambre à 3 car je n'ai pas d'intimité » « on est 4 dans une petite

chambre, on n'a même pas un endroit où s'asseoir, je ne suis jamais seule ».

Malgré le caractère transitoire de l'accueil d'urgence et le cadre de vie minimal proposé en matière d'habitat par les CHU, les femmes revendiquent « une chambre à soi », un espace privatif.

Néanmoins les femmes déclarent que les professionnels du CHU sont autorisés par le règlement à entrer dans leur chambre ponctuellement pour des raisons de logistique ou des visites de contrôle.

Majoritairement elles disent bien l'accepter car elles en sont informées et en raison du comportement respectueux adopté par les professionnels :

« Ils frappent et n'entrent pas directement », « ils n'ouvrent pas les placards ».

A l'inverse une minorité de femmes (12%) estime cela gênant. Elles jugent cette procédure infantilisante « Je me sens comme une petite fille alors que je suis adulte et que je sais ranger ma chambre ». Elles le vivent comme une intrusion dans leur intimité.

Il peut ainsi être difficile de concilier le respect de l'intimité et le règlement institutionnel.

b. Déplacements au sein du CHU

Les déplacements des femmes au sein des CHU et leur évolution au sein des différents espaces de vie sont fortement corrélés au sentiment de sécurité ou d'insécurité ressenti.

Le sentiment de sécurité est ainsi un terme souvent employé par les femmes : majoritairement pour dire qu'elles ont peur de certains comportements ou pour dire qu'elles accordent une grande importance aux mesures de sécurité qui sont prises au sein du CHU pour les prémunir de ce type de comportements.

Les réponses des femmes s'appuient le plus souvent sur des éléments précis, des expériences vécues. (cf ci-après les remarques sur la mixité)

	Se sent à l'aise dans les déplacements	%	Nombre de femmes
En journée	Oui	67	38
	Non	33	19
Le soir	Oui	44	25
	Non	56	32

En journée :

67% des femmes interrogées disent **se sentir à l'aise dans leurs déplacements au CHU**.

Elles évoquent dans un premier temps des aspects organisationnels qui les sécurisent : en particulier l'espace clos des abords du CHU et la surveillance assurée par les agents d'accueil.

Dans un second temps, elles pointent des aspects relationnels concernant notamment l'intervention des professionnels en cas de problème, « on se sent protégée », et le comportement respectueux des personnes hébergées, mis en avant principalement dans un CHU accueillant majoritairement des femmes.

A l'inverse 33% des femmes interrogées disent **ne pas se sentir à l'aise dans leurs déplacements au CHU** notamment au sein des 2 plus grands CHU accueillant majoritairement ou à part égale des hommes.

Les femmes disent qu'elles ont même tendance à limiter leurs déplacements au sein des différents espaces proposés au CHU.

Suite à nos périodes d'immersion, nous avons pu observer une moindre visibilité des femmes au sein de ces structures sauf à des horaires très ritualisés liés à des usages précis : heure des repas, rythme scolaire des enfants... Cela rejoint un constat plus général de l'occupation différenciée des espaces publics entre hommes et femmes : « Les femmes ne sont pas absentes de l'espace public, elles en développent une occupation particulière. Les hommes l'occupent, les femmes s'y occupent... [...] Elles gèrent les fonctions d'accompagnement, les courses, les enfants. Elles sont rarement dans une situation de flânerie ou de détente sur un banc ²³ ».

Les réticences ou les appréhensions évoquées par les femmes dans leurs déplacements se rapportent toutes à des comportements masculins insécurisant.

Les femmes disent avoir peur de croiser des hommes qui les insultent, en état d'ébriété ou qui se battent entre eux.

²³ Chris Blache, extrait de la conférence TEDx Champs Elysées Women, 29 novembre 2017

Cela rejoint les constats que nous développerons ultérieurement à propos de la mixité.

Dans un CHU plus particulièrement, nous avons pu relever très fréquemment dans leurs discours l'emploi des mots: « peur, danger, terrorisée » à propos du comportement de certains hommes.

Le soir :

Il est important de préciser que si les femmes se déclarent majoritairement à l'aise dans leurs déplacements au sein des CHU, cette tendance s'inverse le soir où les femmes se retirent rapidement dans leur espace privé.

60 % des femmes interrogées disent ainsi éviter de se déplacer le soir dans le CHU :

« Les femmes élaborent des stratégies dites de « contournement du risque » [...] des stratégies d'évitement qui visent à réduire le degré d'exposition dans les environnements jugés potentiellement dangereux²⁴ ». Elles évitent ainsi de sortir à partir d'une certaine heure, obéissant ainsi à « un couvre feu virtuel ».

Lorsqu'elles y sont obligées, plusieurs femmes expriment une inquiétude quant à ces déplacements nocturnes et plus précisément pour se rendre aux sanitaires la nuit :

« Même s'il ne s'est jamais rien passé, j'ai peur de marcher la nuit dans les couloirs pour aller aux toilettes et je prends toujours ma douche très rapidement »

« Je me méfie toujours, parfois je cours si je dois aller aux toilettes la nuit »

« Je ne sors pas la nuit pour aller aux toilettes, je préfère utiliser un seau dans ma chambre ».

De nouveau les raisons qu'elles évoquent sont liées à des comportements masculins insécurisant.

Dans 2 CHU, plusieurs femmes disent que des hommes frappent aux portes de leurs chambres la nuit ou s'endorment ivres devant leur porte générant chez elles un état de stress important. Dans un CHU, 2 femmes évoquent des agressions aux sanitaires.

Elles précisent néanmoins que ces comportements sont la plupart du temps régulés par l'intervention des agents de nuit qu'elles sollicitent.

40 % déclarent ne pas avoir peur de se déplacer la nuit au sein des CHU. Elles disent se sentir rassurées par la présence des veilleurs de nuits et la solidarité entre personnes hébergées dans des chambres voisines.

II. Mixité : espaces partagés

Les femmes sont ainsi amenées à évoluer dans des espaces partagés avec les hommes.

De manière générale, **60% des femmes interrogées se disent favorables à la mixité**. Néanmoins leurs avis divergent en fonction des CHU : dans 2 CHU une majorité de femmes se disent favorables à la mixité alors que la tendance s'inverse dans le CHU accueillant le plus grand nombre de personnes.

Ainsi on observe 2 conditions favorables à la mixité:

- dans les CHU où le nombre de personnes hébergées est plus réduit
- dans les CHU où le nombre d'hommes hébergés est moins important.

a. Un avis favorable

Dans ce cas, leur réponse se réfère d'abord à un contexte général où la mixité est identifiée comme une norme sociale.

Les femmes considèrent la mixité comme quelque chose de normal dans la vie et la société française.

Néanmoins cette adhésion « de principe » semble reposer sur certaines conditions lorsqu'elle s'applique au fonctionnement « concret » des CHU.

La mixité ou le fait de partager des espaces communs avec les hommes est bien acceptée lorsque :

²⁴ Marylène Lieber, Genre, violence et espace public, la vulnérabilité des femmes en question, Presse de science Po, Paris 2008

- les hommes adoptent un comportement respectueux et tempéré
- « Ça ne me gêne pas si les hommes sont posés » - « Si les hommes isolés étaient des gens calmes ça irait »
- lorsqu'il s'agit d'hommes hébergés en couple ou des familles (plutôt que des hommes seuls)
- lorsqu'ils sont peu nombreux et moins présents dans l'enceinte du CHU
- « Il n'y a pas beaucoup d'hommes ici donc ça fait moins peur. Ils restent dans leur chambre ou à l'extérieur du CHU ».

b. Un avis défavorable

39% des femmes se disent opposées à la mixité en raison de comportements masculins insécurisant.

Elles décrivent des comportements agressifs de certains hommes envers les autres résidents. Souvent ivres ou en manque, ils perturbent le sommeil ou le repas de la majeure partie des hébergés, pouvant mettre en danger la sécurité physique des occupants et nécessitant parfois l'intervention de la police.

Dans un CHU en particulier, plusieurs femmes ont en effet évoqué l'intervention de policiers à plusieurs reprises pour calmer des situations soulignant ainsi la gravité des faits et la peur ressentie. Au lieu d'être rassurante, la présence des forces de l'ordre est davantage perçue comme une expérience marquante et stressante.

Les comportements insécurisant les plus souvent rapportés sont :

- les bagarres entre hommes hébergés
- les insultes et menaces qu'ils peuvent proférer à l'égard des femmes et des hommes
- leur consommation d'alcool et de drogue dans les espaces publics.

Elles sont également nombreuses à exprimer des inquiétudes au sujet de leurs enfants exposés à ces comportements. Mettant en avant leur fragilité et la nécessité de les protéger, elles disent éviter le plus possible de se retrouver avec les hommes en présence de leurs enfants.

« Rester dehors dans la cours expose mon enfant au danger » « il y a des incidents (bagarre, insultes) qui ont « traumatisé » mes enfants et même moi, nous n'étions pas habitués à voir ça »

Ces exemples « récurrents » peuvent donner l'impression que la violence est présente au quotidien dans les CHU : une bagarre éclate au moment du repas, un résident profère des insultes et des menaces à l'égard d'un autre... physiques, verbales, ciblant des biens et des personnes, la violence est protéiforme.

7 femmes témoignent ainsi d'agressions de la part d'hommes hébergés au CHU à l'encontre d'autres femmes : menacée avec un couteau, frappée à coup de pied ou insultée.

Il est important d'observer que ces violences ont été peu mentionnées par les femmes au début du questionnaire. Cela s'explique peut être en partie par le fait que les femmes ne sont pas toujours la cible directe de ces violences mais souvent témoins. Ces situations génèrent néanmoins un stress important et l'impression d'être toujours potentiellement exposée à une menace.

Ce constat permet de rendre compte de l'expérience faite plus largement par les femmes dans les espaces publics : *« Dans les espaces publics il existe une violence quotidienne : il s'agit beaucoup moins d'une violence brutale (agression physique ou sexuelle) que d'une violence verbale et psychologique qui construit un espace « sexiste » : insulte, menace et intimidation créent un sentiment de peur et contribuent ainsi forcément à limiter la mobilité et l'assurance des femmes [...] Ce ne sont pas les violences portant le plus directement atteinte au corps que les femmes risquent le plus dans l'espace public, mais un ensemble de brimades (être insultée, suivie, « pelotée », subir un exhibitionniste) qui fait peser une réelle menace sur elles et entravent leur liberté de circulation ».*²⁵

Cette peur semble significative d'une expérience de genre et caractéristique de la manière dont les femmes appréhendent leur espace de vie au sein des CHU. Comme nous l'avons déjà évoqué cette peur constitue une entrave à leur mobilité. Elle a pour conséquence l'évitement de certains lieux ou le fait qu'elles écourtent leur temps de présence notamment au réfectoire.

Il est également important de noter que la densité de population dans certains CHU, la promiscuité imposée, engendre un environnement qui favorise l'exposition des femmes à cette violence quotidienne.

²⁵ Maryse Jaspard, *Les violences contre les femmes*, La Découverte, Paris, 2005

Ainsi au delà de la mixité homme/femme, les femmes pointent également des difficultés liées à la mixité des problématiques sociales des publics accueillis.

Les CHU regroupent en effet à la fois des personnes issues de la grande exclusion, souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques, d'addictions, des personnes sortant de prison, des primo-arrivants, des femmes victimes de violences, des jeunes et des vieux, des adultes et des enfants, des familles et des personnes seules... Cette cohabitation forcée génère également de fortes tensions et parfois de l'animosité.

Des publications antérieures pointaient déjà les dysfonctionnements des CHU : violence du « caïdat », promiscuité, la dangerosité ou violence dans certains centres... *« L'urgence gérant des « masses », l'hébergement collectif réunit des personnes qui « cumulent des handicaps » créant un agglomérat de personnes qui se rejettent les unes les autres. La précarité de l'urgence a pour effet de rassembler des personnes en survie, très fragilisées ou prédatrices. Elle induit ainsi la cohabitation des prédateurs et des victimes dans un même lieu [...] Accueillir en urgence c'est aussi accueillir sans la capacité de s'adapter à la spécificité du public ».*²⁶

c. Espaces réservés exclusivement aux femmes :

Au sein même du dispositif de la mixité, des espaces privatifs non-mixtes sont prévus dans l'organisation des 3 CHU. Il s'agit généralement d'un étage ou d'une aile d'un bâtiment regroupant les chambres et des sanitaires prévus pour les femmes hébergées seules.

Toutes les femmes interrogées approuvent l'existence de ces espaces exclusivement réservés aux femmes.

Il semble néanmoins que pour le CHU accueillant le plus grand nombre de personnes seulement la moitié d'entre elles sait les situer précisément dans le CHU.

Certaines nuancent également ce caractère exclusif en raison parfois de la présence d'hommes :

« Les hommes circulent dans notre couloir pour venir voir leur copine mais ils nous voient aussi dans notre intimité puisque les douches donnent dans le couloir ».

Au-delà de cette organisation institutionnelle, les femmes évoquent et valorisent souvent les espaces informels et les moments du quotidien où elles se retrouvent entre femmes comme la coursive dans le bâtiment famille dans un CHU ou le réfectoire en journée dans un autre CHU.

Dans ces espaces non mixtes elles disent se sentir plus à l'aise, se sentir plus rassurées *« nous sommes bien qu'entre femmes »*.

Ainsi les femmes interrogées ont souvent insisté sur ce principe de non-mixité. L'entre soi féminin est décrit comme une nécessité pour leur sécurité, des espaces qui séparent et protègent du monde masculin perçu et parfois vécu comme violent.

Elles les identifient également comme des lieux d'échanges et d'entraide entre femmes, leur permettant de rompre leur isolement et de sortir un peu de leur chambre.

Ainsi l'appropriation de l'hébergement par les femmes ne se fait pas uniquement sur un mode individuel. Lorsque les résidentes restent assez longtemps dans la structure, elles en viennent à se connaître, à s'appeler par leur prénom. Elles discutent, plaisantent, se conseillent, se donnent des nouvelles et s'inquiètent aussi pour les absentes.

Majoritairement (84%) les femmes émettent le souhait que les CHU proposent davantage de tels espaces de vie : *« un espace pour discuter entre femmes, un salon pour se poser, lire, faire des jeux, des goûters entre nous. »*

Il semble ainsi essentiel de pouvoir repenser la place des femmes dans des espaces collectifs exclusivement féminin où elles pourraient se reposer, discuter, flâner dans ces lieux qui ne seraient pas cantonnés à la sphère privée.

²⁶ Patrick Bruneteaux, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines* 2006/3 (no 63), p. 105-125.

Dans le cadre de notre enquête qualitative, nous avons fait le choix de restituer en annexe²⁷ 5 entretiens effectués auprès des femmes. Il s'agit d'extraits particulièrement significatifs des violences subies dans leur parcours. Leur formalisation s'est faite progressivement au fil de l'audit afin de préserver l'authenticité de leur propos.

²⁷ Annexe 1, 2, 3, 4 et 5

3.2 L'analyse du questionnaire relatif aux professionnels des CHU

	CHU 16	CHU 12	CHU 93	Nb
Cadre	Directeur		Cheffe de service	2
Travailleurs Sociaux TS	1 Educatrice Spécialisée 1 Conseillère en économie sociale et familiale 1 Assistante sociale	1 Educateur Spécialisé 3 Conseillères en économie sociale et familiale	1 Moniteur Educateur 1 Conseillère en économie sociale et familiale 1 Assistante Sociale	10
Agents d'Accueil	2 Agents Hôteliers	2 Agents Hôteliers (H/F) 1 Agent Technique 2 Auxiliaires de vie sociale	1 Agent Hôtelier (F)	8

Dans le cadre de l'enquête, nous avons interrogé 20 professionnels répartis dans les 3 CHU. Nous avons veillé à ce que cet échantillon soit suffisamment significatif des différents postes occupés dans les 3 structures. Les équipes pluri-professionnelles sont similaires dans les 3 CHU (cadre, éducateur ou moniteur, CESF, AS et agents hôteliers et techniques).

Cela nous a permis de recueillir et de croiser l'expertise des différents professionnels mais aussi de déployer une vue d'ensemble de leurs interventions au sein des CHU.

A. La perception des violences faites aux femmes par les professionnels

I. Caractéristiques socio démographiques

a. Fonctions occupées

Nous avons pu procéder à un regroupement autour de 3 fonctions principales :

- **fonction d'encadrement** occupée par un directeur et une cheffe de service
- **fonction d'accompagnement** occupée par 10 travailleurs sociaux (TS) :

Cette appellation s'applique à des professionnels issus de formations différentes mais qui occupent le même statut et fonction (5 conseillères en économie sociale et familiale (CESF), 2 éducateurs spécialisés, 2 assistantes sociales, 1 moniteur éducateur)

- **fonction support** occupée par 8 agents d'accueil :

Cette appellation s'applique également à des professionnels issus de formations différentes mais qui occupent le même statut (5 agents hôteliers, 1 agent technique, 2 auxiliaires de vie sociale).

Pour les besoins de l'enquête, nous avons interrogé parmi les professionnels un plus grand nombre de TS car ils participent à la fois à l'instauration du cadre institutionnel et de manière privilégiée à l'intervention sociale auprès du public hébergé.

Néanmoins il est important de noter que la répartition des professionnels interrogés dans l'enquête n'est pas représentative de l'organisation du travail observée sur le terrain.

Dans les 3 CHU, les agents d'accueil (ou fonction assimilée) sont sur-représentés parmi les professionnels (1/3 TS et 2/3 agents d'accueil). Par rapport à la densité des personnes hébergées, le nombre de TS nous est apparu très limité. En moyenne nous avons pu observer qu'1 TS est référent de 40 personnes hébergées.

Au regard des missions attribuées au CHU²⁸ dans le cadre des dispositifs sociaux d'urgence, cette organisation du travail semble témoigner du rôle prépondérant accordé dans les 3 structures aux prestations « *assurant le gîte, le couvert et l'hygiène* » par rapport à l'accompagnement social.

Cette perspective corrobore une certaine vision des modalités d'accueil dans les dispositifs d'urgence offrant dans « leur triade repos-nourriture-hygiène »²⁹ une réponse permettant essentiellement de pallier aux besoins élémentaires.

b. Sexes :

Parmi les 20 professionnels interrogés, il y a une majorité de femmes (13) exerçant principalement la fonction de TS.

c. Ages :

Dans les 3 CHU, la majorité des TS ont entre 20 et 30 ans alors que les agents d'accueil sont plus âgés (entre 40 et 50 ans).

d. Ancienneté dans la structure :

Les 3 CHU ont la particularité d'être conçus comme des structures d'accueil temporaires et d'avoir ouvert récemment.

Dans le cadre de 2 CHU l'enquête s'est déroulée dans un contexte de « montée en charge » des personnes accueillies dans ces structures selon l'expression utilisée par les professionnels pour désigner une progression rapide du nombre de personnes orientées et hébergées.

La majorité des professionnels y travaille depuis l'ouverture soit 1 an ½ pour le 1er CHU, 8 mois pour le second et 3 mois pour le troisième.

La majorité des TS sont jeunes et travaillent depuis moins d'un an dans les CHU. Cependant ils disposent généralement d'une expérience professionnelle antérieure de 5 à 10 ans dans le secteur social et auprès d'un public adulte en situation de précarité. Seuls 2 TS débudent leur carrière.

Les agents d'accueil présentent un parcours professionnel plus diversifié, souvent moins qualifié, mais une majorité d'entre eux dispose également de plusieurs années d'expérience dans des structures sociales ou auprès d'un public similaire.

Au cours de l'enquête, les différents professionnels ont été interrogés individuellement sur leurs pratiques. Néanmoins leur fonction est appréhendée dans un cadre institutionnel. A ce titre les TS ou les agents d'accueil sont considérés comme des *agents* censés répondre à des missions relevant de politiques sociales et ne peuvent pas intervenir à *titre personnel*. Au niveau de la pratique concrète, leur fonction est exercée dans un cadre (établissement ou service) dont la mission est définie.

Ainsi, les réponses apportées sont à la fois des éléments constitutifs de situation de travail inscrites dans un contexte particulier mais témoignent également de pratiques communes dans les CHU : « *le travail de l'institution relève pour une partie de différentes obligations légales, pour d'autres de choix organisationnels spécifiques à l'établissement ou au service* ».³⁰

²⁸ art L 345 -2-2 CASF : « *Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine et garantissant la sécurité des biens et des personnes, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son état* »

²⁹ Patrick Bruneteaux, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », Sociétés contemporaines 2006/3 (no 63), p. 105-125.

³⁰ Reynald Brizais, « La fonction éducative, entre intervention directe et indirecte, entre sujet et institution », Empan 2012/1 (n° 85), pages 19 à 26

II. Problématiques identifiées

Au début du questionnaire, les professionnels sont interrogés sur les principales difficultés, selon eux, rencontrées par les femmes hébergées au CHU.

Plusieurs problématiques sont identifiées de manière récurrente par les professionnels des 3 CHU mais pas dans le même ordre de priorité. Au sein même de chaque équipe des CHU, aucune problématique ne semble faire consensus. D'après les réponses des professionnels, un cumul de difficultés semble davantage caractériser la situation des femmes hébergées.

Selon les professionnels, tous CHU confondus, les principales difficultés qu'elles rencontrent, par ordre d'apparition, sont :

- l'isolement
- le besoin d'écoute
- la précarité
- leur statut administratif (au regard de leur titre de séjour)
- les troubles psychologiques
- les addictions

Il est important de remarquer que ces caractéristiques, majoritairement évoquées par les professionnels, peuvent néanmoins s'appliquer tout autant au parcours des hommes hébergés dans ces structures. Elles correspondent ainsi à des problématiques « génériques », transversales. Nous avons pu observer que la prise en compte du genre et de la spécificité du public féminin n'était pas une approche habituelle et spontanée pour les professionnels.

Selon plusieurs travailleurs sociaux le fait que les femmes soient minoritaires ou à part égale par rapport au nombre de personnes hébergées dans 2 des 3 CHU peut constituer une limite à cette reconnaissance et à la place qui leur est accordée.

Cependant de manière plus marginale, les indicateurs plus « spécifiques » évoqués par les professionnels résultent le plus souvent de l'organisation propre aux différents CHU plus qu'à l'analyse du parcours des femmes.

Ainsi à ce stade du questionnaire, seuls 2 travailleurs sociaux évoquent la problématique des violences conjugales. Il s'avère qu'ils travaillent tous les deux, dans l'unique CHU accueillant majoritairement des femmes.

Certains professionnels du CHU présentant la plus grande capacité d'accueil (2 agents hôteliers et 1 TS) identifient quant à eux les problématiques du manque d'intimité et du sentiment d'insécurité ressentis par les femmes hébergées en raison de la mixité.

Spontanément la problématique des violences n'est pas identifiée par les professionnels comme une difficulté centrale dans le parcours des femmes hébergées en CHU. Dans la suite du questionnaire, tous reconnaissent néanmoins l'importance de ce phénomène et disent en avoir conscience. Au fil des échanges, ils témoignent unanimement d'un intérêt pour ce sujet, d'un esprit d'ouverture et de transparence vis-à-vis de leur pratique.

III. Modalité de repérage des femmes victimes de violences

Aucun des 3 CHU ne dispose de protocole spécifique ou de pratiques formalisées permettant le repérage des situations de violences vécues par les femmes hébergées. Les réponses des professionnels sont similaires et indiquent une détection occasionnelle de cette problématique. Ils témoignent tous néanmoins d'une attention et d'occasions saisies au cours de l'accompagnement pour en parler.

a. A l'admission au CHU

Dans le cadre de l'orientation des femmes par le SIAO urgence, tous les TS déclarent qu'il n'est pas fait mention des violences que peuvent avoir subies les femmes dans leur parcours.

A de très rares exceptions, les TS des 3 CHU disent que l'orientation faite par le SIAO peut être accompagnée

d'un rapport social rédigé par un autre intervenant faisant mention des violences subies par les femmes.

2 TS évoquent l'avoir su dès l'admission pour 2 femmes dont l'accueil au CHU s'effectuait explicitement dans le cadre d'une mise à l'abri suite à des violences conjugales. Un TS relate la situation d'une femme qui venait de bénéficier d'une mesure de protection et pour qui le CHU devait notamment garantir l'anonymat : ce qui a suscité des questionnements dans l'équipe puisque les noms des usagers sont affichés sur la porte des chambres.

A leur admission au CHU, les TS disposent de peu d'informations sur leur situation.

C'est le sens de l'accueil inconditionnel selon les professionnels.

Une cheffe de service explique que dans le cadre de l'entretien d'admission, elle se situe au niveau du 1er besoin, celui d'être rassurée dans le cadre d'une mise à l'abri. C'est pourquoi elle recueille uniquement les informations de base pour finaliser cette admission.

Il est intéressant de remarquer que c'est précisément en s'appuyant sur ce constat que la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (MIPES) a intitulé une étude « l'impensé du genre » dans le travail social: *« Comme si l'institution voulait cacher ce genre qu'elle ne saurait voir en « neutralisant » le genre des personnes hébergées par un accueil inconditionnel par exemple. [...] L'accueil neutre ou indifférencié étant finalement organisé pour le masculin (la majorité des hébergés en CHRS) et non en direction des identités sociales. Cela peut in fine produire des inégalités au détriment des femmes ».*³¹

La majorité des professionnels expliquent ainsi « ne pas savoir » si les femmes ont été ou sont victimes des violences au moment de leur accueil au CHU.

Dans les 3 CHU, aucun professionnel ne pose de question à ce sujet lors de l'admission.

Ils disposent uniquement de cette information s'il en est fait état dans un rapport social ou si les femmes en parlent d'elles-mêmes.

Cette problématique peut éventuellement être abordée au cours de l'accompagnement.

b. Au cours de l'accompagnement :

Au cours de l'accompagnement social proposé, la problématique des violences ne fait pas l'objet d'un questionnement systématique dans aucun CHU de la part des TS.

Lorsque des situations de violences sont révélées, c'est, selon les TS, majoritairement à l'initiative des femmes.

Les professionnels déclarent qu'ils peuvent l'aborder « occasionnellement » à leur initiative lorsque des situations particulières suscitent leur attention. Tous précisent qu'il faut un élément déclencheur pour qu'ils s'autorisent à poser des questions aux femmes : *« il faut d'abord un signal d'alerte pour qu'on pose la question ».*

Tous évoquent deux critères à l'origine de ce questionnement :

- s'il y a des **suspensions** : lorsque les professionnels ont repéré des comportements qui les interrogent mais pour lesquels ils ajoutent rester prudents *« des situations/relations à explorer plus finement ».*

Plusieurs professionnels disent observer des comportements masculins « assez machistes » comme par exemple lorsque les hommes demandent à leur femme de se taire en réunion (ou ne veulent pas qu'elles parlent), dans la répartition des tâches ménagères ou les prises de décision concernant la famille... Ce qui les amène parfois à s'interroger sur des violences qui pourraient se produire au CHU *« dans l'intimité de la chambre ».* 2 professionnels (agents hôteliers) disent également que *« parfois on voit des traces de coup sur leur visage ».*

- s'ils sont témoins d'**un incident** : il s'agit dans ce cas de faits de violences avérées qui se sont déroulées au CHU et qui ont nécessité une intervention de leur part.

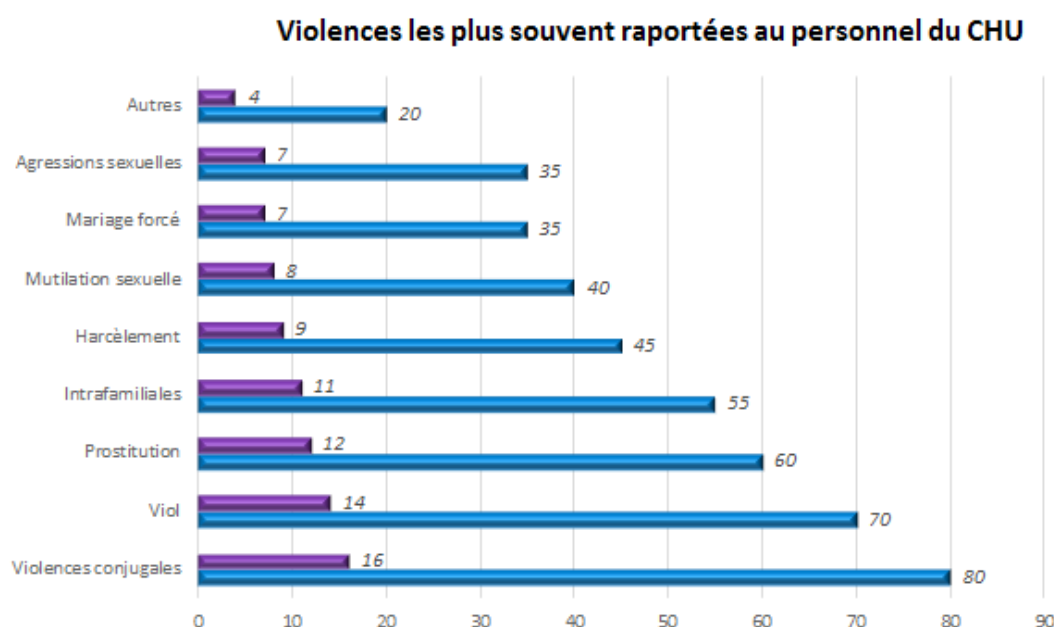
³¹ Etude de la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (MIPES), *L'approche du genre dans la prise en charge des personnes en situation de précarité*, rapport d'analyse des entretiens menés auprès de centres d'hébergement et d'accueil de jour franciliens, 20.05.2010, p 50, www.mipes.org

Actuellement dans les 3 CHU, le repérage de la problématique des violences s'appuie ainsi essentiellement sur la prise en compte de la parole des femmes et l'observation des professionnels. Mais ce dévoilement n'est pas évident. En effet à ce stade, la détection des professionnels reste limitée et très certainement en deçà de la réalité. Les pratiques actuelles de CHU montrent que cette capacité suppose de la part des professionnels une compréhension de ces enjeux et doit pouvoir faire l'objet d'une attention plus systématique dans le travail d'accompagnement social. Le repérage des situations de violences doit être rendu possible et davantage provoqué par un travail effectif de l'institution susceptible de sécuriser les femmes dans leur prise de parole.

IV. Situations de violences identifiées par les professionnels concernant les femmes hébergées

Même si les professionnels disposent d'une connaissance relative, ils sont tous en mesure d'identifier différents types de violences spécifiques survenus dans le parcours des femmes avant ou pendant leur hébergement au CHU. Certains professionnels ont même pu y être confrontés directement.

a. Typologie des violences



Le plus souvent, lorsqu'ils ont été informés, les professionnels citent des situations de violences conjugales (80%), de viols (70%) et de violences intrafamiliales (55%).

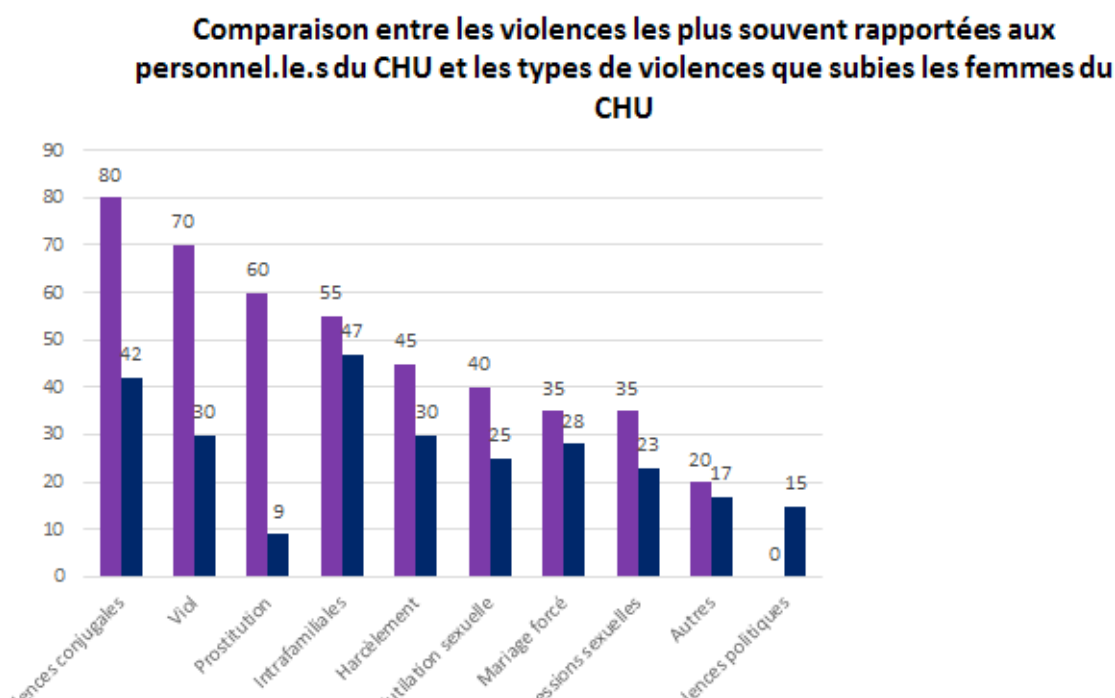
Ils considèrent également la prostitution (60%) comme une violence récurrente dans le parcours des femmes hébergées.

Ces 4 principaux types de violences identifiés par les professionnels apparaissent quasiment dans le même ordre et dans la même proportion dans leurs réponses dans les 3 CHU.

En revanche, concernant la problématique des mariages forcés (35%) et des mutilations sexuelles (40%), l'analyse des professionnels témoignent de divergences à la fois selon les structures (elles sont plus citées dans un CHU que dans les 2 autres) mais surtout selon les fonctions occupées (davantage repérées par les TS que par les agents hôteliers).

Ainsi, lors de nos échanges, il semble que le type de violences le mieux identifié lorsqu'on évoque la question des violences faites aux femmes sont celles qui ont été mises en évidence depuis longtemps par les mouvements féministes, reconnues par la loi et l'opinion publique. Les violences les moins évoquées sont ainsi les plus éloignées des représentations « habituelles » des professionnels. La problématique de l'excision est par exemple connue de la majorité des professionnels mais reste souvent difficile à appréhender. Elle a dû souvent faire l'objet de définition et de repères précis lorsque nous avons abordé ce sujet via le questionnaire.

Cela souligne l'importance des campagnes de sensibilisation menées depuis plusieurs années et majoritairement orientées autour des violences conjugales et du viol. Mais cela montre aussi la nécessité d'élargir le regard porté sur les violences faites aux femmes afin ne pas en donner une vision réductrice et de mieux cerner l'ampleur du phénomène.



L'ordre d'importance des différents types de violences rapportés par les professionnels est assez représentatif des réponses fournis par les femmes interrogées. Il semble donc que les professionnels disposent d'une juste appréhension de la réalité.

Mais cette connaissance restituée au cours de cette enquête est le fruit d'un recueil de données empiriques, le plus souvent expérientielles et éparées entre les différents professionnels.

Il est donc nécessaire que ces informations puissent faire l'objet d'une appréhension plus rigoureuse et partagée entre les différents professionnels au sein de chaque structure afin de s'inscrire véritablement dans le cadre d'une expertise et d'une pratique professionnelle.

Néanmoins, il est significatif de noter que, comme dans l'analyse des réponses apportées par les femmes, la problématique de la prostitution et des violences politiques devraient faire l'objet d'une attention particulière. En effet on observe à leur sujet un écart important entre les déclarations faites par les professionnels et celles des femmes. Pour exemple la problématique prostitutionnelle. Alors que les professionnels identifient la prostitution comme une des problématiques majeures dans le parcours des femmes (60%), elle est en revanche peu mentionnée par les femmes elles-mêmes (6%). A l'inverse, les femmes révèlent des situations de violences politiques (15%) qui échappent totalement à l'analyse des professionnels (0%).

b. Contexte de survenue des violences

Tous les professionnels estiment que ces situations de violences sont majoritairement survenues dans le parcours des femmes avant leur hébergement au CHU (95%).

La moitié d'entre eux déclare néanmoins que ces violences peuvent perdurer actuellement ou survenir au cours de leur hébergement au CHU notamment dans le cadre des violences conjugales et de la prostitution.

Bien que les professionnels fassent référence à des situations de violences avérées et parfois constatées dans le cadre de l'accueil au CHU, ils émettent également l'hypothèse qu'une partie des violences potentielles reste ignorée.

c. Témoins d'actes de violences au CHU

Majoritairement les professionnels disent ne pas avoir été témoins de violences commises à l'encontre d'une femme au sein des 3 CHU.

6 professionnels déclarent avoir été témoins de violences commises à l'égard d'une femme dans le cadre de leur hébergement évoquant exclusivement des situations de violences conjugales.

Ces actes concernent les 3 CHU et des observations faites par des professionnels occupants des fonctions différentes.

	CHU 16	CHU 12	CHU 93
Professionnels ayant été directement témoins de violences au sein du CHU	3 professionnels 2 TS et 1 AA Violences conjugales (2 à 4 fois)	2 professionnels 1 TS et 1 AA Violences conjugales (rarement)	1 professionnel 1 D Violences conjugales (rarement)

Plusieurs situations ont été décrites précisément par les professionnels mais ont été évoquées sans pouvoir se référer à un document formel (type note d'incident ou transmission). Les professionnels impliqués précisent seulement que ces incidents sont « rares ».

Un agent d'accueil dit avoir dû intervenir une nuit pour séparer un couple : une femme est venue se réfugier à l'accueil suite à des violences physiques, alors que Monsieur la cherchait dans le CHU.

Un directeur évoque l'exclusion d'un conjoint suite à des violences conjugales commises au sein du CHU et l'accompagnement de Madame au commissariat pour un dépôt de plainte.

Les exemples portent majoritairement sur des faits de violences physiques « graves », des menaces mais aussi des comportements sexistes adoptés par des hommes à l'égard des femmes comme des brimades.

Initialement la question se limitait aux violences à l'encontre des femmes commises au sein du CHU dont les professionnels ont été témoins directement. Mais certains ont également évoqué plusieurs incidents qui leur ont été rapporté par d'autres collègues et qui ont nécessité leur intervention par la suite.

Au cours des périodes d'immersion dans les 3 CHU nous avons nous-mêmes également été témoins de violences verbales ou de comportement « intimidants » de la part de certains hommes à notre égard ou impliquant directement des femmes : des insultes sexistes proférées par des hommes lors des déplacements des femmes dans la cour du CHU et un conjoint a essayé de nous imposer sa présence lors d'un entretien prévu avec sa femme, ce qui a finalement empêché la participation de celle-ci.

En rapprochant ces différents témoignages, les professionnels évoquent des situations de violences qui se sont déroulées au CHU assez similaires à celles évoquées par les femmes pouvant se dérouler à la fois au sein de l'espace privatif des résidents mais aussi au sein des espaces collectifs. Comme pour les femmes, les professionnels attestent d'un contexte de violence qui peut perdurer voir même s'initier durant leur hébergement au CHU.

V. Actions spécifiques menées au sein du CHU

Les témoignages des professionnels confrontés à des situations de violences dans l'accompagnement des femmes au CHU mettent en évidence des interventions ponctuelles mais qui ne sont pas formalisées dans le fonctionnement institutionnel : « Ici on se mobilise et on intervient au cas par cas ».

Dans les 3 CHU, 60% des professionnels reconnaissent ainsi qu'il n'existe aucune action spécifique (protocole) mise en œuvre au CHU concernant les violences faites aux femmes.

Les autres professionnels, essentiellement les agents d'accueil, disent ne pas en être informés. L'intervention des professionnels relève davantage d'actions ponctuelles et circonstanciées. Dans les 3 CHU, elle ne pas fait pas l'objet d'une pratique instituée et partagée entre les professionnels et semble occuper une place marginale.

Cette faible mobilisation institutionnelle apparaît en décalage avec les attentes repérées et exprimées par les professionnels tant au niveau de leurs pratiques qu'au niveau des besoins des femmes hébergées. Dans les 3 CHU, plusieurs professionnels reconnaissent ainsi que « *beaucoup de femmes au CHU témoignent de leur besoin de parler des violences subies* » et qu'eux-mêmes disent à ce sujet « *on a envie de faire plein de chose mais c'est le temps qui manque* ».

Les femmes évoquent d'ailleurs parfois un sentiment d'indifférence de la part des TS concernant ce sujet dans l'accompagnement : elles ne se sentent pas écoutées, elles pointent un manque de réaction... Les professionnels, quant à eux, témoignent d'une volonté de se mobiliser sur ce sujet mais toujours entravée par une charge de travail qui les accapare déjà beaucoup.

a. Actions de communication, supports d'information

Dans les 3 CHU, tous les professionnels déclarent qu'aucun débat ou rencontre n'a été organisé sur la problématique des violences faites aux femmes.

Concernant la présence d'affiche de prévention ou de brochure d'information à la disposition des personnes hébergées au CHU, tous les professionnels ont eu besoin d'un temps de réflexion avant de pouvoir répondre. La majorité d'entre eux reconnaît ne pas savoir si elles sont disponibles (85%) et ceux qui ont répondu ont souvent dû aller vérifier l'information.

En fait nous avons pu constater dans les 3 CHU qu'il n'y a aucune affiche de prévention sur ce thème. En ce qui concerne des brochures d'information, seul un TS en fait mention dans chaque CHU : une TS évoque une brochure disponible dans le salon d'attente attendant aux bureaux des TS, un autre dit qu'il y en a mais ne sait pas précisément où et le dernier en retrouve une parmi d'autres brochures stockées dans un tiroir de son bureau. Ainsi, l'accessibilité de ces supports pour les femmes semble très limitée tout comme leur utilisation par les professionnels comme ressource pour l'orientation vers des partenaires spécialisés.

Il est néanmoins intéressant d'observer qu'à la suite de ce questionnaire dans un des 3 CHU, des brochures ont été disposées sur le bureau de chaque TS à leur propre initiative.

b. Des professionnels référents :

Dans les 3 CHU, malgré l'intérêt manifesté par certains professionnels, aucun « référent », formé sur la question des violences faites aux femmes n'est identifié ou prévu dans l'organisation de l'équipe.

c. Orientations :

Dans les 3 CHU, les professionnels ont recours à deux types d'orientation lorsqu'ils doivent intervenir dans le cadre d'une situation de femme victime de violences.

- Orientation vers des personnes ressources internes au CHU :

En interne, les professionnels ont sollicité principalement l'intervention des cadres hiérarchiques (directeur ou chef de service). Les agents d'accueil ont encouragé également les femmes à en parler aux TS ou ont pu eux-mêmes les solliciter directement.

Concernant un CHU, les professionnels ont fait également référence à une autre structure gérée par la même association spécialisée dans l'accompagnement des femmes victimes de violences. Toutes ces actions restant néanmoins très marginales.

- Orientation vers des acteurs extérieurs au CHU :

Dans les 3 CHU, les orientations pouvant être effectuées vers des acteurs extérieurs sont exclusivement évoquées par les TS et les cadres.

Orientation des femmes en externe	
Association Femmes victimes de violences	6
Police	3
Psychologues	2
3919	1
Protection maternelle infantile	1

Dans les 3 CHU, lorsque nous avons demandé aux professionnels de citer certains interlocuteurs, leurs réponses ont toutes été hésitantes et ont nécessité un temps de réflexion.

Majoritairement les professionnels déclarent disposer de « connaissances limitées » et chacun cite des interlocuteurs « potentiels » différents.

Malgré cette impression de flottement, les orientations potentielles citées par 5 TS concernent principalement des associations spécialisées : *Amicale du Nid*, *Elle's Imagine'nt*, *HAFB*, *Maison des femmes 93*, *CIDFF*.

Il s'agit avant tout d'interlocuteurs « repérés » individuellement par chaque TS, le plus souvent au cours d'un accompagnement antérieur : « *on s'adapte au public, on fait au cas par cas* ».

De manière générale, dans les 3 CHU, les professionnels reconnaissent ne pas avoir identifié d'interlocuteurs privilégiés dans le cadre de l'orientation des femmes victimes de violences.

Cette mobilisation au « cas pas cas » est évoquée à plusieurs reprises par les professionnels pour qualifier leur intervention. Elle semble caractéristique d'un contexte institutionnel où la juxtaposition des termes « urgence » et « travail social » renvoie à un mode d'intervention spécifique.

Les pratiques développées dans le cadre de l'urgence sociale se caractérisent par une intervention « *ponctuelle, limitée et qui se mobilise sur des tensions sociales qu'elle vise à atténuer* ». ³² Amenés à donner des réponses concrètes, immédiates, plusieurs professionnels nous ont ainsi fait part d'un certain malaise, le sentiment d'être contraints d'agir dans l'urgence sous la pression des usagers et des institutions sans véritablement pouvoir s'approprier ni même évaluer la portée de leurs actions.

d. Formation des professionnels :

Dans les 3 CHU, la majorité des professionnels (75%) n'a bénéficié d'aucune formation sur la problématique des violences faites aux femmes que ce soit au cours de leur formation initiale ou dans le cadre de la formation continue.

Seuls 5 TS ont suivi un module de formation sur ce sujet dans le cadre de leur formation initiale : 3 Conseillères en Economie Sociale et Familiale et 2 Educateurs Spécialisés.

2 d'entre eux précisent néanmoins avoir plutôt « survolé » ce sujet du fait que ce module correspondait en réalité seulement à quelques heures de formation initiale.

1 TS évoque également les limites de la formation initiale lorsque les acquis ne sont pas entretenus et réactualisés « *il y a longtemps et j'ai l'impression d'avoir tout perdu* ».

Il est néanmoins significatif de noter que les 3 travailleuses sociales volontaires des 3 CHU qui ont été nos interlocutrices privilégiées dans le cadre de ce projet de la Fondation des Femmes ont toutes bénéficié de cette formation initiale. Cela permet de souligner ainsi le rôle important joué par la formation en tant qu'outil de sensibilisation et d'évolution des pratiques.

Bien que tous les TS soient de jeunes professionnels, leurs parcours témoignent du fait que la problématique

³² Piu Brémond, Elisabeth Gérardin et Julia Ginestet, *En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ?*, Empan 2002/2 (no46), pages 129 à 135

des violences faites aux femmes est un sujet longtemps resté marginal dans le programme de formation des TS. Aujourd'hui, l'évolution du cadre juridique et la réforme des diplômes en travail social visent à les systématiser.

VI. Un sujet difficile à aborder...

Dans les 3 CHU, 75% des professionnels disent que les violences subies par les femmes sont pour eux un sujet difficile à aborder.

Notre question s'inscrivait dans une démarche de compréhension qui n'a pas pour objet de porter un jugement sur le travail mené par des professionnels engagés dans une pratique complexe.

Néanmoins il est important de pouvoir identifier et de comprendre les appréhensions inhérentes à cette problématique qui tiennent à la fois aux cadres de références traditionnellement utilisés dans le travail social, à l'organisation, aux contraintes liées au travail d'accompagnement, à la spécificité de ce sujet « sensible » et à forte résonnance personnelle.

A partir des réponses formulées librement par les professionnels, nous avons pu identifier plusieurs difficultés classées selon leur ordre d'importance :

- Poser des questions sur les violences est assimilée à **l'intime et à la vie privée** :

La peur de l'intrusion dans la sphère de l'intime et le respect de la vie privée sont souvent des arguments évoqués par les travailleurs sociaux comme limites à leur intervention.

Alors que toutes les formations insistent sur l'importance du questionnement systématique pour susciter un espace de parole à l'initiative du travailleur social que les femmes peuvent choisir ou non de saisir pour parler des violences subies, les travailleurs sociaux ont souvent été habitués à respecter le rythme de la personne, à travailler à partir de ce qu'elle confie spontanément.

Les luttes féministes ont pourtant permis de diffuser l'idée que « le privé est politique » et que l'espace du couple ou de la famille n'est pas un espace préservé du social. Il semble néanmoins que les représentations sociales perdurent - notamment les frontières construites entre la sphère publique et la sphère privée. Très souvent les femmes ont elles-mêmes intériorisé cette idée que les violences subies seraient une affaire privée et sous-entendu hors de la sphère de compétence de l'action sociale.

Pourtant, les questions de santé, d'exercice de la parentalité, des revenus du ménage, des comportements quotidiens sont des sujets attachés à la vie privée et intime que les TS abordent régulièrement au cours de l'accompagnement des personnes.

- Du fait que **d'autres problématiques sont à traiter dans l'urgence** compte tenu de la mission du CHU :

« Parce que ce n'est pas la mission 1ère du CHU » - « en raison de l'urgence de leur situation et de la charge de travail que nous avons à traiter ensemble ».

Dans un contexte de saturation des dispositifs sociaux et des contraintes pesant actuellement sur les travailleurs sociaux (rappelons que 1 travailleurs social accompagne en moyenne 40 personnes), il est particulièrement difficile pour eux de répondre aux diverses sollicitations, d'autant plus dans le cadre de problématiques complexes comme les violences qui nécessitent une disponibilité :

*« La technicisation croissante des interventions [...], la massification des problèmes économiques et sociaux et l'hétérogénéité croissante des publics engendrent pour le travail social une intensification de tâches, souvent administratives, qui s'empilent les unes aux autres ».*³³

³³ B.BOURGIGNON, Rapport « Reconnaître et valoriser le travail social », mission de concertation relative aux Etats Généraux du Travail Social, juillet 2015, p 7-9 www.social-santé.gouv

Face à la multiplicité et à la complexification des problématiques sociales, les travailleurs sociaux ne sont pas toujours disponibles pour développer une connaissance et un mode d'action spécifique en lien avec les nouveaux dispositifs concernant les femmes victimes de violences. Ils peuvent alors privilégier une approche plus « globale », ciblant des problématiques plus communément admises et partagées par les publics relevant de l'action sociale (comme par exemple les difficultés de logement, d'insertion professionnelle...). D'autant que leurs interventions sont également soumises aux orientations prioritaires définies par les instances de tutelle (DRIHL, conseils généraux, plans départementaux contre la pauvreté...) qui conditionnent et délimitent en partie leurs actions.

- La peur de « mal faire » face à un sujet considéré comme « sensible »

La peur « d'appuyer là où ça fait mal » - « que la femme se braque ».

La charge affective suscitée par cette problématique tant du côté des femmes que des professionnels est souvent évoquée pour expliquer des comportements prudents, voire distanciés.

D'une part parce que les violences ont lieu dans le cadre d'un contexte sentimental ou familial où l'affect de la personne est au cœur du phénomène.

D'autre part, il est important de ne pas minimiser l'impact du travail avec les femmes victimes de violences notamment pour les professionnels inscrits dans une pratique généraliste et la difficulté, voire l'appréhension, de devoir écouter des récits parfois extrêmement violents.

Certaines émotions éprouvées face au récit de viol, d'agressions violentes, parfois de tortures, décrites par les femmes interrogées sur les violences subies, peuvent en effet susciter un sentiment d'insécurité pour des travailleurs déjà surexposés à de multiples problématiques.

-L'impression de manquer d'outil :

Le manque de connaissance sur le sujet et notamment sur la loi, est souvent évoqué par les professionnels.

« L'impression que je peux en discuter à un niveau théorique mais c'est plus difficile dans ma pratique : je ne sais pas quoi dire, je ne suis pas formé ».

- La responsabilité que le TS pourrait porter dans les suites à donner aux révélations des violences

« L'appréhension de devoir en faire quelque chose et qui pourrait engager ma responsabilité » - « ce n'est pas tant l'information qui est dure à recevoir mais plutôt de savoir ce que j'en fais ».

La question de la loi et de la responsabilité des professionnels semblent poser problème quand on parle de violences faites aux femmes alors que tous les TS sont nécessairement formés et préparés à l'exercer dans le champ de la protection de l'enfance. Le souci de la protection des personnes en situation de vulnérabilité devrait être ainsi un fondement commun à la déontologie des TS.

-L'accompagnement du couple lorsque le TS est référent des 2 personnes.

Nous avons pu observer que les TS font très peu d'entretien différencié dans le cadre de l'accompagnement des familles. Dans un contexte des violences conjugales cela les conduit à travailler simultanément avec la victime et l'agresseur, ce qui entrave les révélations de maltraitance.

-Un sujet qui provoque des résonances personnelles :

« J'ai tendance à me mettre à la place de la femme et je me sens mal à l'aise ».

La problématique des violences fait également resurgir la question des identités sexuées des TS : « ça peut nous renvoyer à nous même en tant que femme » - « je me dis qu'être un homme peut être un frein pour en parler avec les femmes ».

Les violences peuvent ainsi renvoyer les professionnels à leurs propres résonances car elles conduisent à

s'interroger sur leur rôle et expériences au sein de leur propre couple, sur la reproduction des stéréotypes et les rapports sociaux de sexe. C'est pourquoi la MIPROF préconise comme préalable à l'intervention des professionnels sur cette problématique qu'ils questionnent leurs propres représentations de la violence : « *La violence a des retentissements propres à chacun en raison de nos expériences personnelles et professionnelles en lien avec la violence. La violence engendre des émotions et des réactions parfois contradictoires (colère, angoisse, exaspération...) lesquelles peuvent générer des attitudes négatives par rapport à la femme victime (doute, banalisation, rejet, jugement.)* ». ³⁴

- Le temps d'instaurer **une relation de confiance** comme préalable

Les travailleurs sociaux inscrits dans une pratique généraliste sont confrontés à une multiplicité d'actes professionnels qui accaparent parfois leurs actions et peuvent nuire à l'instauration d'une relation de confiance susceptible de faire émerger les problématiques de violences: « *les Assistants de services sociaux ont le sentiment de se consacrer majoritairement à l'administration de dossiers, du fait d'une complexification qui embolise les services. [...] Un temps qui pourrait être dégagé pour être mis au profit des personnes accompagnées, notamment en prenant le temps du diagnostic personnel, trop souvent écourté* »³⁵.

La notion de confiance est au cœur de l'accompagnement social des travailleurs sociaux. Elle est souvent perçue comme un préalable et nécessaire au déclenchement d'un questionnement relatif aux violences. C'est ce qui explique que ce sujet n'est pas évoqué d'emblé par les travailleurs sociaux mais seulement ultérieurement au cours de l'accompagnement. Mais cette perspective d'un accompagnement sur un temps long semble contradictoire avec une action immédiate et à court terme dans le cadre d'un accueil d'urgence.

Dans les 3 CHU, seuls 5 professionnels estiment qu'ils n'ont pas de difficultés à aborder ce sujet. Il s'agit notamment des 3 TS qui ont déjà bénéficié d'une formation.

L'autre raison évoquée est qu'il s'agit d'« *une violence parmi d'autres et qu'on doit pouvoir aborder avec le même engagement, la même évaluation, la même vigilance et les mêmes moyens : toutes les personnes hébergées ici sont victimes, même si dans ce cas précis il s'agit de violences spécifiques de genre* ».

Ainsi les difficultés que peuvent éprouver les professionnels renvoient autant, si ce n'est davantage, à la nature des violences qu'aux réactions qu'elles suscitent. Il semble que cette problématique génère un sentiment de malaise. La majorité des professionnels estime ne pas savoir comment réagir, ce qui peut renvoyer un sentiment de gêne ou de flottement dans leurs interactions avec les femmes. Cette incertitude peut interférer sur la possibilité pour elles d'identifier les professionnels comme des interlocuteurs « fiables » pour en parler. Or, l'action des travailleurs sociaux est une condition importante à l'émergence de la parole des femmes et au déclenchement d'une aide. Cependant, comme le dit la sociologue V.BALEATO à propos des femmes victimes de violences, « *il ne suffit pas d'être écoutée pour « pouvoir parler », les conditions sociales d'émergence du discours étant intimement liées d'une part à la légitimité et à la compétence sociale du locuteur et d'autre part aux conditions de réception du discours* »³⁶.

VII. Des actions à développer : des besoins exprimés

L'ensemble des professionnels juge qu'il serait utile de développer des actions au sein des CHU centrées sur la problématique des violences faites aux femmes.

Certaines propositions semblent faire l'objet d'un consensus dans les 3 CHU et répondre à des besoins exprimés

³⁴ Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna », FICHE REFLEXE l'entretien du-de la travailleur-se social-e avec une victime de violences commises par son partenaire ou ex-partenaire disponible sur le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr

³⁵ B.BOURGIGNON, Rapport « *Reconnaitre et valoriser le travail social* », mission de concertation relative aux États Généraux du Travail Social, juillet 2015, p 18

³⁶ V.BALEATO, « *L'expérience de la domination : le cas des femmes victimes de violences conjugales* », p34-44, in Clinique Méditerranéennes 2013/2 n°88 *Violences envers les femmes : impasses, résistances, silences*, Editeur ERES

par les professionnels.

De manière unanime, ils manifestent leur intérêt pour bénéficier d'une formation spécifique sur ce sujet. Au-delà des différentes fonctions exercées au sein des CHU, ils sont nombreux à insister sur l'importance d'une formation commune à l'ensemble des professionnels afin de pouvoir s'inscrire dans une pratique partagée.

Leurs attentes portent sur une approche globale de l'intervention sociale auprès des femmes victimes de violences dans le cadre d'une formation associant :

- une dimension « pratico-pratique » basée sur les techniques d'entretiens adaptés et la connaissance des acteurs ou dispositifs spécialisés.
- des contenus théoriques et législatifs

Ils souhaitent initier l'organisation de **débats ou de rencontres** au CHU sur ce thème entre les femmes hébergées et des associations spécialisées.

Les professionnels semblent préférer que ces interventions soient animées par des acteurs extérieurs mais qu'elles puissent se dérouler au sein du CHU afin d'être intégrées au fonctionnement régulier de la structure.

Les TS et les cadres jugent également nécessaire de créer ou de développer des actions partenariales pour faciliter les orientations vers des professionnels mieux identifiés

B. L'aménagement des lieux et conditions d'accueil des femmes dans les CHU mixtes

Cette deuxième partie nous amène à considérer la problématique de la sécurité des femmes dans le fonctionnement de la vie quotidienne des CHU. Ainsi au-delà de l'intervention directe avec les usagers, l'action des professionnels repose sur un cadre institutionnel qui impacte l'accompagnement :

« Le cadre institutionnel se définit d'abord comme un espace de vie situé et délimité géographiquement, dans lequel va pouvoir se développer une prise en charge éducative. Les différents lieux qui le structurent doivent pouvoir être identifiés par tous (lieux de vie, ateliers, administration, école...) et servir à tisser des réseaux relationnels, dans lesquels les usagers – à leur mesure – puissent circuler en sécurité.

*Le cadre institutionnel est ensuite défini par la permanence de son personnel et sa diversité professionnelle. Les travaux contemporains mettent clairement en évidence les effets structurants de cette diversité professionnelle ».*³⁷

I. Répartition de l'activité des professionnels dans les différents espaces du CHU

a. Lieux d'exercice de l'activité des professionnels

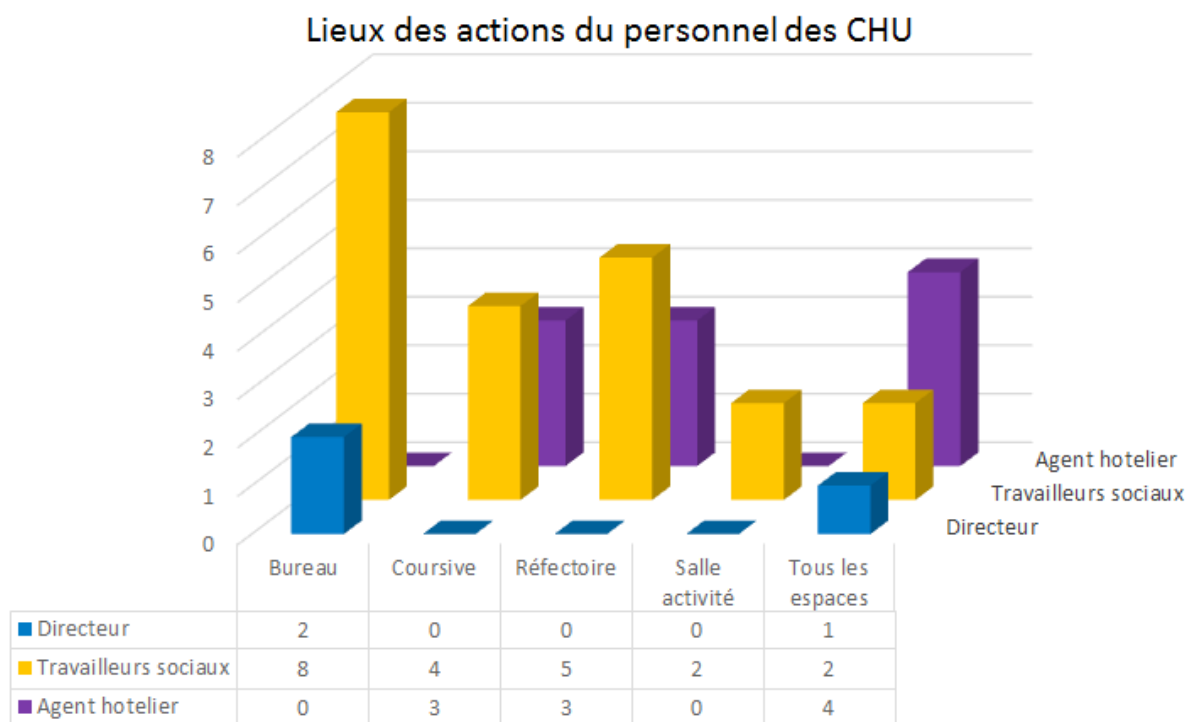
Dans les 3 CHU, la présence des professionnels se concentre essentiellement autour de 3 lieux : les bureaux, le réfectoire, les espaces extérieurs privés des structures et les espaces de circulation (type coursives, couloirs...).

L'occupation des différents espaces est le plus souvent identique dans les 3 CHU.

Cette occupation est en grande partie déterminée selon la fonction exercée par les professionnels, bien que l'organisation du travail propre à chaque CHU puisse amener certaines modulations.

Ces lieux et leurs usages influent sur les modes de relations que les professionnels entretiennent avec les personnes hébergées, leur fréquence et les situations qu'ils peuvent observer.

³⁷ Reynald Brizais, « La fonction éducative, entre intervention directe et indirecte, entre sujet et institution », Empan 2012/1 (n° 85), pages 19 à 26



Dans les bureaux, occupés majoritairement par les cadres et les TS, les interactions avec les femmes hébergées sont plus individuelles, personnelles et formelles.

Au réfectoire, où sont présents majoritairement les agents d'accueil et les TS, les interactions avec les femmes hébergées sont plus collectives et informelles. Néanmoins si les agents d'accueil reconnaissent ne pas prendre part à l'accompagnement individuel des femmes, ils estiment tous être dans une relation de proximité avec elles.

Les TS et les agents d'accueil disent également être souvent amenés à se déplacer au sein des CHU. Leurs activités se caractérisent ainsi par une grande mobilité leur permettant de maintenir « un état de vigilance » quotidien. Ils insistent ainsi majoritairement sur le fait d'être présents dans la vie quotidienne de la structure et d'être en contact directement avec les femmes, soit de façon individuelle, soit au sein du collectif.

Nous avons pu observer, notamment pour les TS, que cette mobilité induit une importante polyvalence des professionnels. Leurs actions portent à la fois sur l'intervention directe auprès des personnes (entretiens éducatifs) et sur l'intervention indirecte sur le cadre collectif (distribution des colis, aménagement des réserves, gestion des stocks...). Ils sont ainsi confrontés à la difficulté de devoir gérer un arbitrage entre la prise en compte du sujet dans sa singularité et l'omniprésence du collectif.

Compte tenu de la densité du public accueilli et de cette polyvalence, nous avons observé que les TS sont constamment sollicités par les personnes hébergées. Paradoxalement cette présence active engendre chez les professionnels comme chez les personnes hébergées le sentiment d'une moindre disponibilité et d'une capacité de régulation plus réduite.

D'autant plus que la présence des professionnels est beaucoup plus limitée le soir et les week-ends. Nous avons notamment pu observer que dans certains CHU les veilleurs de nuit sont seuls de 22h à 6h du matin.

Le week-end, les agents d'accueil sont présents majoritairement. Dans un CHU les TS ne travaillent pas le week-end et dans les 2 autres, la présence des TS se limite souvent à un professionnel en journée.

b. L'usage des bureaux d'entretien

Dans le cadre de l'accompagnement social, les entretiens individuels entre les travailleurs sociaux et les femmes

hébergées se déroulent majoritairement dans des bureaux partagés par deux ou trois professionnels.

Dans 2 CHU les TS évoquent la possibilité de disposer d'un lieu plus confidentiel (un autre bureau ou une salle inoccupée) mais reconnaissent le faire très rarement. Seuls les TS d'un CHU disent faire les entretiens dans un bureau individuel.

Bien que cette configuration ne semble pas poser problème aux TS, des préconisations sont régulièrement adressées aux professionnels de l'action sociale concernant les conditions d'accueil et de recueil de la parole des usagers. Instaurer un climat de confiance et de confidentialité est une condition indispensable pour favoriser notamment la parole des femmes victimes de violences. Effectuer les entretiens dans le cadre d'un bureau individuel permet de sécuriser les échanges et de bénéficier d'un environnement propice.

c. Intervention dans les chambres des femmes

Dans les 3 CHU, tous les professionnels déclarent être amenés ponctuellement à entrer dans les chambres des femmes hébergées. Ils précisent tous le faire uniquement dans le cadre d'interventions spécifiques :

- dans le cadre d'un « contrôle technique » régulier de l'état des chambres
- en cas d'urgence exceptionnelle ou pour raison de sécurité
- s'ils ont des inquiétudes concernant l'état de santé ou la situation d'une personne plus vulnérable

Ce cadre spécifique semble respecté par tous les professionnels.

Dans les 3 CHU, ils considèrent la chambre des femmes comme un espace privé, à préserver autant que possible. Plusieurs professionnels évoquent la nécessité d'adopter des comportements respectueux de l'intimité des femmes. Un TS dit par exemple avoir élaboré une technique pour respecter l'intimité des femmes. Après avoir frappé à la porte d'une chambre, il se met de dos pour laisser le temps aux femmes de réagir lorsqu'elles ouvrent la porte et se préparer si besoin.

En comparaison avec l'enquête menée auprès des femmes, l'activité des professionnels se situe bien précisément dans les espaces qu'elles fréquentent le plus au CHU. Les professionnels seraient ainsi en mesure de réguler des situations tant au niveau des espaces privés que collectifs afin de prévenir des situations de violence. Pour autant à ce stade du questionnaire, aucun professionnel ne fait de lien entre leur intervention générale et une intervention plus spécifique à l'égard du public féminin hébergé. Ils n'adoptent pas un point de vue spécifique, comme si la problématique de la sécurité des femmes n'était en aucun cas reliée à l'organisation du travail telle qu'elle se déploie quotidiennement dans la structure.

II. Mixité

La mixité est la norme qui préside à l'organisation des espaces des CHU. On observe cependant dans chaque CHU une répartition entre des espaces réservés exclusivement aux femmes hébergées seules et des espaces collectifs partagés entre hommes et femmes.

Il est important de signaler que spontanément la différenciation des espaces et temps de vie collectifs est essentiellement identifiée par les professionnels sur la base des compositions familiales et d'une répartition entre personnes isolées et les familles. C'est la seule d'ailleurs qui fasse l'objet d'une formalisation explicite dans le fonctionnement institutionnel et les règlements (par exemple dans les réfectoires, avec des horaires décalés pour les familles ou les personnes isolées). Ainsi la mixité est davantage perçue par les professionnels dans son sens large (entre adultes et enfants, isolés et couple) que dans sa dimension sexuée hommes/femmes.

a. Espaces réservés aux femmes

Dans les 3 CHU, les professionnels corroborent l'aménagement d'espaces de vie occupés exclusivement par des femmes. En fonction des organisations propres à chaque CHU, il s'agit généralement d'un étage ou d'une aile d'un

bâtiment et correspondent à des chambres individuelles ou partagées et des sanitaires.

Spontanément la majorité des professionnels reconnaît l'importance de préserver ces espaces non mixtes. De manière unanime, le besoin d'intimité des femmes est la première raison évoquée. Certains professionnels évoquent également le besoin de sécurité des femmes « *en raison de la vulnérabilité des femmes seules et le besoin d'être protégées* ».

D'une manière générale les professionnels disent souvent que « *les femmes sont plus à l'aise* » entre femmes.

Néanmoins, bien que tous les professionnels en aient connaissance, leur localisation et leur délimitation dans l'espace ne semblent pas toujours maîtrisées.

Seul l'ensemble des professionnels d'un seul CHU identifie de manière précise un étage exclusivement réservé aux femmes seules au sein de ce CHU.

Dans un autre CHU, les réponses des professionnels varient et témoignent d'un repérage plus « flou » de ces espaces réservés dans l'aménagement des locaux : certains professionnels identifient le 2ème et 3ème étage tandis que d'autre identifient uniquement le 2ème étage ou « certaines chambres ».

Cette incertitude tient à plusieurs facteurs :

- un aménagement qui n'apparaît pas comme totalement stabilisé : plusieurs professionnels évoquent une réorganisation du CHU en cours de route « *au début tout le monde était mélangé mais il y avait des problèmes d'intimité et de sécurité pour les femmes* »
- même si les femmes sont majoritaires, il ne s'agit pas d'espace réservé « uniquement aux femmes » puisque des couples sont hébergés au même étage.

De plus dans les 3 CHU plusieurs professionnels ont évoqué le fait que les hommes sont informés de l'interdiction de se rendre dans les étages réservés aux femmes. Néanmoins il semble que cela soit seulement indiqué oralement par les professionnels comme l'explique notamment une TS « *cela n'est pas formalisé dans un écrit remis aux usagers à leur arrivée car ce qui domine c'est une structure mixte* ».

Ainsi on observe certaines règles ou contradictions qui peuvent venir perturber la vie des usagers dans ces structures. Il s'agit de perturbations involontaires qui peuvent témoigner d'un cadre « rudimentaire » mis en place souvent en urgence à l'ouverture des CHU qui ont par la suite été confrontés très rapidement à l'accueil simultané d'un grand nombre de personnes. Néanmoins, le travail de l'institution pour offrir un environnement sécurisant doit avoir pour principal objectif de promouvoir un cadre qui soit repérant, structurant, défini et aisément lisible par tous, professionnels comme usagers.

b. Espaces partagés

Concernant la mixité dans la structure et plus précisément l'occupation des espaces collectifs partagés par les hommes et par les femmes au CHU, les professionnels expriment des avis divergeant en fonction des CHU.

Les femmes se sentent à l'aise dans les espaces mixtes ? Selon les professionnels.	%
Le jour	
Oui	65
Non	35
Le soir	
Oui	35
Non	40
NSP	15

Dans 2 CHU les professionnels disent majoritairement que les femmes **utilisent facilement les espaces partagés** avec les hommes mais les raisons évoquées sont différentes et fortement liées à l'organisation propre à chaque structure.

Dans le CHU accueillant le plus grand nombre de personnes, la majorité des professionnels dit que la mixité est perçue comme une norme sociale bien acceptée par les femmes. Certains professionnels nuancent toutefois l'adhésion des femmes à cette norme du fait qu'elles n'aient pas vraiment le choix dans leurs déplacements, dans l'usage du réfectoire.... La mixité est ainsi perçue à la fois comme une norme intégrée par les femmes mais aussi imposée.

Dans le CHU accueillant le plus grand nombre de femmes parmi le public hébergé, les professionnels disent que les femmes utilisent facilement les espaces partagés précisément parce que les hommes y sont minoritaires et qu'ils adoptent des comportements discrets.

Dans ce cas de figure, ils disent par exemple que le réfectoire est véritablement l'espace collectif investi par les femmes pour se retrouver : *« Elles y font tout. Elles y mangent, discutent, se coiffent, dansent... même la nuit »*.

A l'inverse, dans un CHU, les professionnels estiment majoritairement **que les femmes n'utilisent pas facilement les espaces partagés** en raison de comportements insécurisant de certains hommes.

La moitié des professionnels dit que les femmes leur ont déjà confié avoir peur de venir au réfectoire en raison de l'alcoolisation des hommes. Ils estiment ainsi que si, la plupart du temps, les tensions entre hommes et femmes ne se font pas directement autour du genre, les femmes se sentent néanmoins « exposées » à un ensemble de violences qui limite leur liberté de circulation et d'occupation dans ces lieux.

Ils décrivent les mêmes stratégies d'occupation et d'évitement des espaces que celles rapportées par les femmes et mettent en évidence également le sentiment de peur que la mixité peut provoquer.

Plusieurs professionnels disent que les femmes ont toutes le même « réflexe de protection » : *« Elles sont très observatrices de leur environnement et restent plus auprès des femmes que des hommes »*.

Les femmes adoptent ainsi des stratégies d'évitement et de regroupement : *« au réfectoire les femmes mangent de leur côté et les hommes de l'autre ; la mixité c'est encore un peu tôt, plus elles sont dans leur espace privé et dans leur intimité, mieux elles se portent »*.

Leur présence dans les espaces collectifs est bien souvent limitée à un usage rapide : *« pour manger les femmes viennent plus tôt : ce sont les premières arrivées, les premières parties surtout le soir car il y a des hommes alcoolisés »*.

Dans les 3 CHU, nos questionnements ont amené les professionnels à nuancer cette question de la fréquentation et de la présence des femmes dans les espaces mixtes selon les différentes temporalités qui rythment le quotidien des structures.

Majoritairement ils observent que les femmes occupent davantage les espaces partagés en journée et sont quasiment invisibles le soir.

Plusieurs professionnels disent que le soir les femmes se déplacent uniquement dans leur étage. Spécifiquement dans 2 CHU, ils disent que certaines femmes ont peur d'aller aux sanitaires la nuit en raison de la longueur des couloirs et de la présence des hommes dans le même bâtiment, corroborant là aussi les réponses apportées par les femmes.

Il est important de remarquer qu'à cette question des horaires, 15% des professionnels préfère ne pas se prononcer n'étant pas eux-mêmes présents le soir au CHU. Il s'agit notamment des TS qui généralement sont amenés à travailler jusqu'à 22h maximum dans les 3 CHU. Au-delà de leur présence effective, c'est comme s'ils n'avaient pas de vision et d'information sur ce qui s'y passe. Si les réponses apportées par les professionnels se basent essentiellement sur leurs observations directes, cela suscite une interrogation sur les outils de recueil des informations dont ils disposent et de la fiabilité qu'ils leur accordent pour connaître le fonctionnement interne des CHU.

Ainsi malgré la présence de veilleurs de nuit et de cahiers de liaison utilisés entre les professionnels, la vie nocturne des CHU semble en partie méconnue et peut ainsi constituer une zone d'ombre, voir d'insécurité, dans le fonctionnement interne de ces structures.

Concernant la question de la mixité et les facteurs susceptibles de la faciliter ou à l'inverse de l'entraver dans la vie quotidienne des structures, on observe une similitude entre les réponses apportées par les professionnels et par les femmes. Les raisons évoquées par les professionnels sont identiques à celles des femmes et apportent du crédit à cette analyse partagée.

Ainsi, dans un premier temps ces espaces mixtes sont souvent montrés comme des lieux asexués et propres à l'interaction entre des individus neutres. Or en réalité, sur la base d'un questionnaire plus approfondi on observe que l'accueil d'un public mixte dans une institution ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur l'occupation des espaces, leurs horaires d'utilisation et les rapports sociaux entre hommes et femmes qui s'y déroulent.

La mixité et le partage de l'espace collectif ne s'improvisent pas. Il ne suffit pas de mettre hommes et femmes en présence, de les faire cohabiter dans un espace et un temps donné pour « produire de la mixité ».

III. Sécurisation des conditions d'accueil des femmes

L'aménagement des espaces, leur délimitation et leur organisation, sont des facteurs à prendre en compte dans l'instauration d'un cadre de vie sécurisant pour les femmes hébergées dans les CHU. Il ne s'agit pas de renvoyer à une assignation qui associe femme et vulnérabilité, considérée comme un effet de « nature » ou d'une victimisation à outrance des femmes, mais de reconnaître une discrimination à l'encontre des femmes, produit d'un rapport social qui se retrouve dans les CHU au même titre que dans l'occupation de l'espace social.

D'ailleurs, à cette question portant sur les aménagements de sécurisation, tous les professionnels des 3 CHU ont eu des difficultés à répondre. Les éléments identifiés sont peu nombreux (souvent une seule réponse par professionnel) et très différents au sein même de chaque structure. Peu appréhendée, cette dimension renforce l'impression d'un impensé du genre dans le fonctionnement des CHU.

a. Aménagements sécurisants ou porteurs d'insécurité

Comme pour les réponses apportées par les femmes, les éléments de sécurité décrits par les professionnels s'appuient à la fois sur des aspects architecturaux et sur des aspects relationnels.

Dans les 3 CHU, les professionnels identifient principalement 3 facteurs dans l'organisation actuelle des structures, susceptibles de favoriser le sentiment de sécurité des femmes :

- la présence en continue des professionnels en journée et d'au moins un veilleur la nuit
- un étage ou bâtiment non mixte réservé aux femmes seules
- un accès sécurisé : à l'enceinte du CHU et aux chambres lorsque les femmes possèdent la clef de leur chambre

Néanmoins nous avons observé des différences importantes et seul 1 CHU semble véritablement proposer un accès sécurisé. Dans ce cas l'ouverture à l'entrée du CHU est directement effectuée par un agent d'accueil qui peut vérifier qu'il s'agit bien des personnes hébergées. Le CHU est également entouré de grilles qui clôturent entièrement les abords. C'est le seul qui dispose de caméras de surveillance.

En revanche l'ouverture d'un autre CHU s'effectue uniquement par le biais d'un code transmis à l'ensemble des résidents mais sans qu'aucune surveillance ne soit effectuée. Le CHU dispose bien de grilles pour clôturer l'enceinte mais qui ne couvrent pas l'ensemble des bâtiments.

Le dernier CHU ne dispose d'aucune procédure de contrôle des entrées puisque l'accès s'effectue par un portail qui reste ouvert et l'enceinte est seulement clôturée par un mur à mi-hauteur.

Sur les 2 CHU qui n'ont pas véritablement d'accès sécurisé, les professionnels reconnaissent qu'ils ne peuvent pas garantir la non-intrusion de personnes extérieures. Dans les situations de femmes victimes de violences, cette dimension reste très problématique pour assurer leur protection.

Ainsi dans un premier temps, à l'aide de nos questions, les professionnels évoquent des critères assez généraux sur la sécurité. Mais c'est de leur fait qu'ils identifient plus facilement des éléments porteurs « d'insécurité ». Nous avons donc constaté à mesure des échanges que les professionnels ont pris conscience d'éléments plus insécurisant que sécurisant dans leurs établissements.

Il est important de noter que l'analyse des professionnels à propos des facteurs insécurisant se structure autour des mêmes critères à la fois organisationnels et relationnels.

Concernant les aménagements, les éléments principaux sont :

- les fenêtres des chambres donnant sur le rez-de-chaussée qui est un endroit passant dans 2 CHU : elles sont ainsi potentiellement accessibles et visibles par tous lors des déplacements au sein du CHU
- les accès non sécurisés dans 2 CHU
- des zones d'ombre mal éclairées au sein des 3 CHU ou une disposition tout en longueur des différents bâtiments qui occasionne un manque de visibilité.

Concernant l'aspect relationnel :

- le fait que les veilleurs de nuit soient tous des hommes
- la présence d'hommes aux étages normalement exclusivement réservés aux femmes : plusieurs professionnels rapportent que les hommes viennent notamment frapper à la porte des chambres des femmes la nuit ou prétextent venir voir une amie. Les professionnels témoignent ainsi d'une porosité dans l'accès aux espaces réservés aux femmes.
- la grande diversité et le mélange des publics accueillis au CHU : comme déjà évoqué par les femmes, les CHU rassemblent en effet des personnes, hommes et femmes, aux problématiques très diverses relevant à la fois de la grande exclusion, de l'addiction, des troubles psychologique ou psychiatrique, sortant de prison, sans papier, primo-arrivant, femmes victimes de violences... isolées ou en famille, jeunes ou vieux... pouvant générer beaucoup de tensions, parfois une certaine animosité et des appréhensions réciproques.

b. Amélioration

Tous les professionnels estiment que l'aménagement des locaux pourrait être amélioré dans les 3 CHU. Leurs propositions visent principalement à mieux prendre en compte les usages et les besoins des femmes hébergées. A la fin du questionnaire, les professionnels sont ainsi en mesure de cibler explicitement une intervention plus spécifique à l'égard du public féminin hébergé dans les CHU.

Unaniment dans les 3 CHU les professionnels ciblent en priorité le besoin de proposer des **espaces collectifs mieux aménagés et réservés exclusivement aux femmes**. L'usage effectif de ces espaces par les femmes est ainsi davantage dominé par une recherche de non – mixité ce qui amène les professionnels à s'interroger.

Cette proposition s'appuie en grande partie sur les constats que dans 2 CHU, les femmes n'investissent pas les salles d'activités partagées entre hommes et femmes prévues dans l'organisation formelle et préfèrent se regrouper exclusivement entre elles dans des espaces collectifs informels (dans les coursives à proximité des bâtiments famille, dans une partie du réfectoire...).

D'autres aspects s'amélioration sont également soulignés par les professionnels :

- des bâtiments plus rassemblés autour d'une cours intérieure pour avoir une meilleure visibilité de l'ensemble des espaces
- plus d'intimité dans les sanitaires en séparant les douches et les sanitaires
- sécuriser les accès entre étages pour qu'ils soient moins communiquant.

IV. Pour finir...

Tous les professionnels disent avoir apprécié les entretiens et s'être sentis à l'aise au cours de nos échanges.

L'ensemble des professionnels interrogés expriment leur intérêt et leur adhésion à la mise en place d'une réflexion sur le cadre de vie sécurisant des femmes les violences faites aux femmes au sein du CHU :

« Des questions que je trouve utiles car au CHU nous ne sommes pas suffisamment formés et conscients de ces enjeux, on n'a pas encore eu le temps de penser à ce sujet et on en parle pas assez ».

Pour la majorité d'entre eux, le projet de la Fondation des Femmes leur a donné l'occasion de réfléchir et de parler de leur pratique sur ce sujet pour la première fois :

« C'est la première fois depuis 10 ans de carrière que je me pose avec quelqu'un pour y réfléchir »

« C'est la 1ère fois que j'aborde la question des violences faites aux femmes dans mon travail alors que j'ai conscience que des violences se produisent et qu'il est important d'en parler ».

Les professionnels soulignent également l'intérêt d'un questionnement « global » et concret leur permettant à la fois de porter une attention sur les difficultés des femmes, leurs pratiques et l'organisation du CHU :

« On s'interroge sur la réalité de notre travail : cela m'a permis d'aborder des questions sur l'amélioration du centre et de porter attention aux usagers ».

La richesse de la contribution des professionnels à l'enquête et leur volonté de donner à voir leurs pratiques démontrent également la nécessité d'une approche « pragmatique » de la question des violences faites aux femmes. Elle permet en effet de désamorcer certaines appréhensions pour permettre aux professionnels de réaliser qu'ils sont capables d'agir, à leur échelle et de leur place, sur cette problématique.

4

Conclusions et recommandations

La conclusion de cet audit nous amène à **un premier constat** qui remet en cause certaines représentations des personnes en grandes précarité : les femmes ne sont non pas une minorité mais constituent une part aussi importante, si ce n'est plus, du public hébergé dans les CHU mixtes partenaires. Ce changement de représentation doit ainsi inciter à revisiter le cadre institutionnel, hérité d'un modèle traditionnel, dans une perspective de genre, pour mieux l'adapter et le rendre plus protecteur à l'égard des femmes et des enfants qui très souvent les accompagnent.

Deuxième constat, comme en témoignent les femmes et les professionnels interrogés, ce diagnostic a aussi permis de révéler, au regard des parcours de vie des publics accueillis, que des faits de violence sont récurrents au sein de ces CHU. Protéiforme, cette violence est parfois occultée, difficile à identifier et ne fait pas l'objet d'un regard partagé. Publics plus vulnérables, les femmes et les enfants, qu'ils soient directement témoins ou victimes, sont régulièrement exposés à cette violence. A l'issue de cette enquête, la prise en compte de leur besoin de protection apparaît comme une priorité.

Cela nous conduit à **un troisième constat** : les violences de genre font partie intégrante de l'expérience de vie de la quasi-totalité des femmes interrogées.

Ces violences sont survenues pour la plupart antérieurement à leur hébergement au CHU mais constituent néanmoins des traumatismes encore bien présents. Fait plus inquiétant, certaines femmes témoignent également en être victimes au moment de l'enquête et se trouver ainsi en situation de danger immédiat.

Quatrième et dernier constat : les violences faites aux femmes sont susceptibles de s'initier ou de perdurer dans le cadre de l'hébergement au CHU.

Ainsi la problématique des violences faites aux femmes doit nécessairement s'accompagner d'une réflexion portant sur le cadre de vie des femmes hébergées au CHU. Leur expérience des violences influe sur leur sentiment de sécurité et sur l'aménagement de leur vie quotidienne au CHU.

Car même si l'hébergement des femmes participe dans une large mesure à une mise à l'abri et constitue bien un élément de sécurisation de leur parcours, force est de constater que l'enquête a révélé des informations préoccupantes de la part des femmes, corroborées en partie par les professionnels concernant des faits de violences survenus dans le cadre de leur hébergement au CHU et liés notamment à des comportements masculins insécurisant, à la densité de population accueillie et à la mixité omniprésente et dominée par la présence des hommes dans les espaces collectifs. Il est donc nécessaire d'attirer l'attention des professionnels sur les liens possibles entre problématique des violences et organisation de la mixité au sein du CHU.

Bien que des espaces soient systématiquement prévus et réservés exclusivement aux femmes au sein même de ces dispositifs d'hébergement mixtes, leur formalisation souvent trop rudimentaire n'offre pas de garantie suffisante à leur sécurisation.

Sur la base de nos échanges avec les différents acteurs impliqués, femmes et professionnels, plusieurs préconisations concernant dans un premier temps l'accompagnement des femmes hébergées émergent :

- La sécurité des femmes accueillies en CHU nécessite – au moment de leur accueil – la prise en compte systématique de cette problématique. L'accompagnement proposé doit donner aux femmes les conditions d'émergence de leur parole concernant les violences qu'elles ont subies ou subissent actuellement. Comme le prouve la démarche utilisée dans notre diagnostic, **un questionnement direct et systématique** peut permettre leur révélation et l'évaluation du danger. 93% des femmes interrogées, nous ont confié être ou avoir été victimes de violences, et 55% en parlent pour la première fois à l'occasion de cette enquête. L'ampleur de ces chiffres montre la nécessité d'une action de prévention permettant la détection et l'orientation des femmes vers des dispositifs spécialisés, qu'il s'agisse d'hébergement ou de dispositifs sociaux spécialisés.
- Pour pouvoir être en capacité d'initier ce questionnement et de repérer les situations de violences cela implique pour les professionnels, **sensibilisation et formation**. Il est ainsi nécessaire de systématiser une formation de base des professionnels sur le repérage des femmes victimes de violences. Les objectifs sont d'adopter une posture professionnelle sécurisante face à cette problématique, de favoriser une écoute empathique et

d'encourager la construction de réponses institutionnelles.

- Il faut également qu'ils puissent s'appuyer sur **un réseau de partenaires privilégiés**, déjà identifiés, afin d'assurer une meilleure accessibilité aux femmes à des dispositifs spécifiques parallèlement à leur hébergement au CHU. Il est nécessaire pour les CHU de développer des actions conjointes avec des partenaires de proximité qui pourront prendre le relais de ces situations afin de garantir aux femmes victimes de violences un accompagnement spécialisé, ou un hébergement en structure spécialisée le cas échéant. Que se soit pour les femmes ou les professionnels, tisser un maillage de ressources disponibles, régulièrement actualisées, sur la problématique des violences faites aux femmes est essentiel pour s'adapter à la temporalité des accueils d'urgence.

- Des **actions individuelles et collectives sur la problématique des violences** sont à envisager conjointement pour instaurer un climat de confiance propice à leur expression et à l'identification d'interlocuteurs fiables sur cette question.

Il faut donc favoriser cette écoute bienveillante dans le cadre d'entretiens individuel conduits dans des espaces confidentiels. Il est également impératif d'améliorer leur accès à l'information et de les sensibiliser à cette problématique en mettant à leur disposition des supports de communication (affiches, brochures) au sein d'espaces stratégiques des CHU.

Participer à des journées thématiques consacrées à la lutte contre les violences faites aux femmes et organiser des rencontres-débats avec des associations spécialisées - associant les femmes et les hommes hébergés et les professionnels du CHU - permettraient d'instaurer un espace de dialogue autour de ces questions. Cela témoignerait également de la volonté des structures d'hébergement à s'engager sur cette problématique en favorisant une culture partagée avec d'autres intervenants de l'action sociale. Il nous semble également essentiel d'associer les hommes hébergés à ces actions de sensibilisation afin d'en faire des alliés dans l'instauration d'une mixité apaisée.

Enfin, plusieurs préconisations concernant des aménagements relatifs au cadre de vie des femmes dans les structures émergent :

- **Aménager des espaces privatifs de non-mixité** clairement assumés et identifiés (les chambres réparties sur un étage/bâtiment avec un accès sécurisé réservé exclusivement aux femmes).
Ce dispositif doit faire l'objet d'une formalisation explicite au moment de l'accueil auprès des femmes et des hommes hébergés.
- **Développer des espaces et des temps collectifs non-mixtes**, réservés aux femmes et aux enfants, inspirés de ceux actuellement inventés par les femmes pour se regrouper entre elles de manière informelle.
Cela montre que l'appropriation de l'hébergement ne se fait pas uniquement sur le mode individuel et doit favoriser la visibilité de lieux d'échange et d'entraide entre les femmes. Il est ainsi nécessaire de repenser la place des femmes au sein des espaces collectifs pour ne pas les cantonner à la sphère privée et éviter de reproduire des schémas traditionnels dans l'occupation des espaces de vie entre homme et femme.
- Renforcer un état de vigilance, **une action de régulation** par la présence accrue des professionnels dans les espaces collectifs mixtes, décrits par les femmes comme des lieux de tension.
- Pour garantir l'instauration d'un cadre de vie sécurisant, il est aussi nécessaire que les professionnels et les personnes hébergées puissent se référer à **un règlement intérieur détaillé** et partagé, sanctionnant explicitement les actes de violences commis à l'encontre des femmes au sein des CHU, notamment quand il s'agit du conjoint hébergé.
- Améliorer la **sécurisation des accès extérieurs** des CHU. Il s'agit de renforcer le contrôle des entrées et la visibilité dans les différents espaces des CHU (abords extérieurs, couloirs...) afin de prévenir les intrusions notamment dans le cadre de l'hébergement de femmes pouvant faire l'objet de menaces extérieures.

Loin d'être marginale cette problématique doit faire l'objet de process institutionnels portés par les directions des

associations et partagés par l'ensemble des professionnels. L'accueil mixte en CHU, ne doit plus être un impensé des associations généralistes. La notion de mixité doit être pensée, et implique des changements dans l'organisation des institutions et une réflexion indispensable sur les problématiques de genre pour aller vers une mixité à « *géométrie variable* »³⁸ et assurant une réelle sécurité pour les femmes hébergées.

Remarque à propos des enfants hébergés dans les 3 CHU : nous avons partagé de nombreux moments avec les enfants lors des périodes d'attente et du fait que les femmes soient souvent venues avec eux lors des entretiens. La parentalité est une caractéristique importante du parcours des femmes hébergées et la présence de nombreux enfants dans les CHU nous a souvent interrogées. Ils représentent en effet 20 à 40% du public hébergé selon les différents CHU.

Ce sujet mériterait une attention particulière quant à l'adaptation des conditions d'accueil de ces mineurs, leur exposition potentielle à des situations de violences, compte tenu de la densité des personnes hébergées dans les CHU et des inquiétudes formulées par certaines femmes les concernant.

Au regard des profils types qui se dégagent, il nous semble néanmoins important de souligner que de nombreux professionnels de terrain invitent aujourd'hui à s'interroger sur la place des jeunes femmes (18-25) dans les dispositifs d'accueil existants. Public particulièrement vulnérable, cette tranche d'âge est pour autant sous représentée dans les structures d'accueil : « on peut ainsi se demander si les dispositifs d'accueil franciliens parviennent à « capter » les femmes victimes de violences les plus jeunes (moins de 25 ans) et si des campagnes à destination des plus jeunes pourraient être envisagées en vue de faciliter leur accès aux dispositifs existants ».³⁹

Cet audit a pu être réalisé grâce à la participation active des femmes et l'implication des professionnels qui ont contribué à l'élaboration d'une démarche d'amélioration participative des structures concernées, nous les en remercions.

³⁸ Etude de la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (MIPES), *L'approche du genre dans la prise en charge des personnes en situation de précarité*, rapport d'analyse des entretiens menés auprès de centres d'hébergement et d'accueil de jour franciliens, 20.05.2010, p 50, www.mipes.org

³⁹ o.p. cité



Annexes

- **Annexe 1 : Un parcours émaillé de violences**
- **Annexe 2 : Les deux traumatismes**
- **Annexe 3 : Sous l'emprise de la violence conjugale**
- **Annexe 4 : L'excision, une sexualité en souffrance**
- **Annexe 5 : Une grossesse dissociée**
- **Annexe 6 : Modèle du questionnaire à l'attention des femmes**
- **Annexe 7 : Modèle du questionnaire à l'attention des professionnels**
- **Annexe 8 : Synthèse des questionnaires à l'attention des femmes**
- **Annexe 9 : Synthèse des questionnaires à l'attention des professionnels**

Annexe 1 : Un parcours émaillé de violences

Il s'agit de la première femme ayant accepté spontanément de participer à l'audit alors que l'équipe éducative ne soupçonnait pas qu'elle puisse être victime de violences.

Kadidiétou est âgée de 29 ans. Elle est hébergée seule avec son fils de 7 ans. Elle est sans papiers, de nationalité guinéenne, sans ressources, arrivée en France depuis 4 ans. A son arrivée, elle et son fils ont d'abord été hébergés par une cousine. Ils ont ensuite connu plusieurs centres d'hébergement avant d'arriver au CHU. Coiffeuse de profession, elle arrive de temps en temps à trouver du travail non déclaré mais elle a abandonné en raison des contrôles de police. Elle a peur d'être reconduite à la frontière - c'est pour les mêmes raisons qu'elle n'ose pas entamer des démarches auprès de la Préfecture pour tenter de régulariser sa situation.

Dans un premier temps, conformément aux prédictions de l'équipe éducative, Kadidiétou répond « non » à la première question consistant à savoir si elle est ou a été victime de violences.

Mais lorsque je commence à préciser les différents contextes, en abordant d'abord ses relations conjugales, elle va dire timidement qu'effectivement elle a déjà été victime de violences de la part d'un de ses ex-compagnons. Une femme qui a été témoin de la scène lui a conseillé de porter plainte et l'a accompagnée au commissariat. Kadidiétou n'a jamais été recontactée après le dépôt de plainte. A cette époque elle était déjà hébergée avec son fils dans un autre CHRS et n'en avait pas parlé aux travailleurs sociaux.

Ensuite quand je lui pose la question concernant son contexte familial dans l'enfance, elle hésite et me demande « *mais en fait, c'est quoi la violence ?* » Je lui réponds qu'effectivement j'aurai dû commencer par là...

Progressivement et aux travers de nos échanges, nous retraçons ensemble le fil de son histoire émaillée de violences depuis l'enfance, dévoilant l'ampleur et le continuum des traumatismes subis.

Maltraitements physiques et psychologiques dans l'enfance, excision entre l'âge de 10 ou 14 ans « *je ne sais plus précisément mais je m'en souviens, j'arrivais plus à faire pipi, même me laver me faisait mal* ». Quand je lui pose la question des conséquences potentielles au moment de son accouchement, elle me dit qu'elle ne sait pas. Elle a eu une césarienne mais elle ne sait pas si cela a un lien... là encore il ne semble pas que le personnel médical ait évoqué le sujet de l'excision.

Puis je poursuis mon questionnement systématique... Elle a également été mariée de force au pays, un mariage religieux, après lequel elle a donné naissance à son fils. Quand je l'interroge, elle dit effectivement qu'elle n'avait pas envie d'avoir des rapports sexuels avec son mari qu'elle ne connaissait pas mais elle n'a pas eu le choix.

C'est la raison de son départ de la Guinée avec son fils, elle a fui son mariage et s'est retrouvée seule, exclue de sa famille.

En France, elle a de nouveau fait la rencontre d'un compagnon violent. Aujourd'hui elle dit préférer vivre seule avec son fils même si elle ressent un grand isolement.

Elle dit ne pas avoir été victime de violences depuis son arrivée au CHU, néanmoins nous avons quasiment coché toutes les cases du questionnaire concernant les violences.

Pour Kadidiétou, ces violences ne sont plus actuelles mais les conséquences perdurent, même si elle dit s'efforcer d'oublier. Elle confie n'en avoir jamais parlé parce que « ça n'a pas d'importance ». Son corps semble néanmoins dire le contraire puisqu'elle s'effondre en larme. Nous devons interrompre l'entretien pour qu'elle reprenne son souffle et que je la rassure.

Quand je lui pose la question d'en parler avec la travailleuse sociale du CHU, elle répond « *oui, si elle veut mais ce n'est pas son travail* ». Pourtant à la question suivante, elle pense qu'il serait utile que le CHU propose des actions sur ce sujet, « *comme poser des questions comme vous faites par exemple* ».

Au CHU, elle dit rester essentiellement dans sa chambre parce qu'elle y est bien. Quand je lui demande pourquoi, elle me répond qu'elle a été élevée comme ça, elle restait toujours seule. Etre hébergée avec des hommes ne la dérange pas puisqu'elle ne sort pas beaucoup de sa chambre et se déplace peu dans les locaux « *une fois, au début, j'ai eu peur parce que un homme qui avait trop bu s'est endormi devant ma porte mais j'ai appelé un professionnel, j'ai toujours le numéro de l'accueil et ça s'est arrangé* ».

Quand je lui demande pour conclure ce qu'elle a pensé de notre entretien, elle dit qu'elle a trouvé ça bien « *ça m'a soulagé d'en parler. Je ne croyais pas pouvoir en parler un jour mais comme vous m'avez fait la proposition, je me suis dit que c'était l'occasion* ».

Alors que nous avons libéré la parole, elle finit par me dire qu'elle a aussi des marques de ces violences partout sur le corps. Elle les cache dans de grands vêtements parce qu'elle en a honte. Elle me montre effectivement les traces qu'ont laissé les coups de ceinture et les câbles électriques sur ses jambes, ses bras et son dos. Nous arrêtons là pour ne pas l'obliger à se dévêtir davantage. Autant de marques blanches sur sa peau noire, stigmates indélébiles, rappelant sans cesse son histoire.

Annexe 2 : Les deux traumatismes

Fatou est âgée de 31 ans. Elle se présente très souriante à l'entretien. Elle est de nationalité guinéenne, en attente de la délivrance d'un titre de séjour. Elle a 3 enfants dont un fils aîné âgé de 5 ans, porteur d'un handicap moteur.

Quand je lui demande si elle a été victime de violences, elle me répond spontanément que deux événements l'ont « *traumatisée* ».

Tout d'abord son viol par son premier petit ami lorsqu'elle était âgée de 17 ans. Elle n'en a jamais parlé car à l'époque elle dit que sa famille l'aurait banni si elle n'était plus vierge. Elle a donc décidé de se taire.

Aujourd'hui elle dit qu'elle n'a plus envie d'en parler. Pourtant elle s'effondre en larme à l'évocation de ces souvenirs toujours bien présents à son esprit.

Puis, le second traumatisme fut la réaction de sa famille lors de son accouchement en Guinée et la découverte du handicap de son fils. Elle m'explique qu'il a la maladie des « *os de verre* » qui se traduit par une grande fragilité mais également un lourd handicap physique : « *ils voulaient le jeter* » en disant que ça ne servait à rien qu'il vive. Fatou s'est battue pour le sauver contre l'avis de tous.

Elle dit être venue en France seule pour soigner son fils malade. Dans un premier temps, son mari n'a pas pu venir car il n'a pas obtenu la délivrance d'un visa. Elle arrive donc seule à Paris où elle est d'abord hébergée par une amie. Mais le logement s'avère trop petit. Fatou s'inquiète pour son fils en raison de la cohabitation étroite avec les enfants de son amie qui chahutent et qui pourraient le blesser. Elle parvient à ce que son enfant soit pris en charge par un hôpital où l'assistante sociale va contacter le 115 pour leur trouver une solution d'hébergement.

Au fil des mois, ils seront logés dans plusieurs hôtels sociaux, aucun n'étant adapté au handicap de son fils. Ils changeront ainsi de lieu pendant deux ans avant leur arrivée au CHU. Malgré la reconnaissance du handicap de son fils par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, ils sont toujours en attente d'une solution d'hébergement car elle affirme que « *au CHU ce n'est pas adapté* ». Son fils se déplace en fauteuil roulant mais il commence à pouvoir se servir d'un déambulateur. Elle me montre sur son téléphone portable une vidéo de son fils ravi qui s'en sert à l'hôpital et elle exprime son regret qu'il ne puisse pas s'en servir au CHU « *car ici il n'y a pas la place pour circuler et pour qu'il puisse faire des progrès* ».

Annexe 3 : Sous l'emprise de la violence conjugale

Carmen, 51 ans, est la première femme à nous avoir accueilli au deuxième CHU. Elle a d'emblée affirmé que c'était important de parler des violences faites aux femmes au CHU et que le projet de la Fondation des Femmes était utile.

Dans le cadre de notre entretien, elle alterne entre des moments de grande fragilité, de colère, de bienveillance et de combativité. Une femme « *qui a eu la vie dure* » mais qui n'est pas amère. Cela fait pourtant plusieurs années qu'elle est dans le circuit de l'hébergement : d'hôtels sociaux en CHU, elle a connu plusieurs structures avant d'arriver ici.

Tout a commencé lorsqu'elle a fui le domicile conjugal. Divorcée de son ex-mari depuis maintenant 9 ans, elle nous confie les violences qu'elle a subies : violences verbales (harcèlement, insultes), sexuelles, administrative (il gardait sa carte bancaire et sa carte de sécurité sociale), séquestration dans l'appartement avec à peine de quoi manger lorsqu'il s'absentait plusieurs jours... L'ambiance s'alourdit au fil de nos questions lorsqu'au moment d'évoquer les violences physiques elle précise que son mari était un ancien boxeur. Elle dit qu'il lui a cassé le nez plusieurs fois, l'a jetée dans les escaliers, a essayé de la tuer avec un couteau. Elle ajoute que si elle s'en est sortie vivante à chaque fois c'est grâce aux voisins qui sont intervenus en appelant la police.

Sans pouvoir véritablement resituer l'action des différents professionnels dans la temporalité de son récit, elle évoque son passage au commissariat, à l'hôpital, au tribunal, les entretiens avec un psychologue « *il m'a parlé 2 fois mais pas plus* », le placement de sa fille dans un foyer de l'enfance pour la protéger et son hébergement d'urgence 15 jours dans une association spécialisée dans l'accueil de femmes victimes de violences. Son parcours témoigne ainsi que toute la « *chaîne* » institutionnelle s'est bien mise en place et pourtant elle dit qu'il n'y a jamais eu de place pour stabiliser son hébergement et terminer les démarches entreprises.

Bien que les faits de violences remontent à plusieurs années et qu'ils soient divorcés, Carmen dit se sentir toujours en danger par le lien de parentalité qu'ils continuent d'exercer tous les deux. Elle explique qu'il lui arrive de croiser son ex-mari lorsqu'elle se rend aux visites organisées au foyer où est placée sa fille adolescente. Ainsi il a pu la suivre et l'a attendue plusieurs fois à bord de sa voiture à proximité du CHU.

Alors que le lien d'emprise semble toujours perdurer avec son ex-mari, Carmen dit que maintenant, quand elle se fait agresser par des hommes, elle se défend. Elle dit que son histoire, c'est aussi l'histoire de beaucoup d'autres femmes hébergées ici et qu'il faut parler de ces violences : « *car je me dis que plus on cache les choses, plus on souffre alors il vaut mieux en parler même si c'est dur, c'est en parlant qu'on guéri* » dit-elle en pleurant avant d'ajouter « *il faut aussi en parler pour les autres femmes car ça m'énerve de voir qu'elles ont peur, ce n'est pas normal et personne ne fait rien* ». Elle évoque notamment plusieurs agressions (physique et verbale) dont elle a été témoin au CHU de la part d'hommes à l'égard de femmes : « *moi je signale tout aux professionnels, je suis allée les voir plusieurs fois pour leur dire ce qui ne va pas ici* ».

Annexe 4 : l'excision, une sexualité en souffrance

Awa, ivoirienne de 32 ans, hébergée seule au CHU, se présente à l'entretien avec son bébé d'un mois.

Elle nous confie avoir été victime de violences conjugales dans le cadre de son mariage au pays. A l'âge de 15 ans elle a été mariée de force par sa famille avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle.

Lorsque son mari a constaté qu'elle n'était pas excisée, il a eu une attitude de rejet et l'a obligée à le faire. Elle dit se souvenir encore de la douleur qu'elle a ressenti... Puis elle évoque leurs relations sexuelles. Son mari lui reprochait sans cesse de ne manifester aucune réaction de plaisir quand ils avaient des rapports sexuels. Il ajoutait qu'il n'avait pas l'impression de faire l'amour avec une femme. Elle décrit ensuite l'enfer d'une vie conjugale faite de mépris et d'abandon jusqu'à ce qu'une voisine l'aide à quitter le pays seule pour rejoindre la France.

En France elle rencontre un nouveau compagnon et dit que l'histoire se répète. Lui aussi lui reproche de ne manifester aucun plaisir « comme une femme normale » pendant leurs rapports sexuels. Awa me dit effectivement qu'elle ne ressent rien et semble ainsi leur donner raison.

Je lui parle alors des effets de l'excision : la perte de sensibilité, la douleur qui peut persister et qui s'oppose à la sensation de plaisir. Awa m'écoute et semble découvrir toutes ces conséquences. Je lui précise ainsi que ce n'est donc pas sa faute si elle ne sent rien. Face à son attitude résignée, alors qu'elle répète que ces hommes ont gâchés sa vie, je lui parle de la possibilité de recourir à la chirurgie réparatrice. Je lui fais un schéma de l'organe génital féminin et le fait qu'à travers l'excision, ils coupent souvent l'extrémité du clitoris mais pas en totalité. Awa semble tomber des nues face à mes explications. Je l'interroge alors sur les échanges qu'elle a pu avoir avec les professionnels de santé lors de son suivi obstétrique puisqu'elle vient d'accoucher. Elle me répond que personne ne lui en parlé ni même évoqué le fait qu'elle soit excisée.

Je reviens également sur le renversement de la culpabilité dans le discours tenu par les hommes qu'elle a connu. Alors que son mari est responsable de son excision, il lui reproche ensuite les conséquences et s'en sert pour la rabaisser dans son identité de femme. Cela nous permet ainsi de discuter du fait qu'au-delà du corps, les rapports sexuels engagent aussi la relation. Le consentement d'Awa n'a jamais été sollicité dans le cadre de ses premières expériences sexuelles. Cette initiation à la sexualité souvent traumatique dans le cadre de mariage forcé est minimisée alors qu'il s'agit en réalité de récits de viols conjugaux.

Annexe 5 : une grossesse dissociée

Daphney, une femme de 22 ans, enceinte de 8 mois, hébergée au CHU depuis 2 mois, se présente avec un air de défiance à l'entretien. Après quelques échanges tendus, elle me confie néanmoins son histoire.

Alors qu'elle était enceinte de 6 mois, son compagnon l'a rouée de coup puis violée sous la menace d'un couteau. Avec l'aide d'un voisin, elle a réussi à fuir le domicile conjugal et s'est rendue au centre de service social le plus proche. Arrivée au service en état de choc, défigurée par les coups, elle a immédiatement confié ses inquiétudes concernant son bébé qu'elle ne sentait plus bouger et qu'elle imaginait mort. Elle a été conduite à l'hôpital puis au commissariat pour déposer plainte. Face à la saturation des dispositifs d'hébergement dans le département du 93, elle s'est vue proposer une prise en charge dans un hôtel social où elle restera un mois.

Elle évoque l'état d'insalubrité de l'hôtel, la saleté des toilettes partagées situées au rez-de-chaussée alors qu'elle devait monter et redescendre trois étages, pêtrie de douleurs suite aux coups et inquiète quant aux conditions d'hygiène pouvant impacter sa grossesse. Néanmoins aucune autre proposition d'hébergement ne pouvait lui être faite si bien qu'elle a préféré se tourner vers une amie. Mais son état de santé s'est dégradé et elle a dû être hospitalisée. A sa sortie, elle s'est vue proposer un hébergement au CHU.

Au fil de mes questions, j'observe une jeune femme très déprimée, en colère contre sa situation d'hébergement et apeurée à l'idée d'accoucher dans 3 semaines sans autre perspective que son retour au CHU avec son bébé. Elle me dit qu'elle ne veut plus parler des violences subies. Elle s'efforce de ne plus y penser. Mais elle me confie également qu'elle a perdu le sommeil car elle fait des cauchemars et qu'elle a peur de l'avenir. Elle dit aussi qu'elle ne ressent plus rien si ce n'est cette colère qu'elle exprime à l'encontre de ses conditions d'hébergement.

Face à cette jeune future maman, au regard vide et dominée par une émotion qui la déborde, je sors du cadre formel du questionnaire pour lui parler de l'arrivée imminente de son enfant. J'insiste sur l'importance du traumatisme qu'elle a subi et les mécanismes de défense que notre esprit met en place inconsciemment. Ce sentiment de vide est provoqué par un effet de dissociation où elle s'est coupée de ses émotions lors de son agression particulièrement brutale croyant perdre son bébé. Néanmoins il est nécessaire qu'elle sorte de cet état de sidération car son enfant est bien vivant et elle aussi a survécu. Je lui dis qu'avec le soutien de professionnels spécialisés, elle peut reconstituer progressivement une base de sécurité pour accueillir son enfant dans de bonnes dispositions et renouer avec des émotions positives indispensable à son développement.

Annexe 6 : Modèle du questionnaire à l'attention des femmes

Structure : F (femme isolée) FE (femme seule hébergée avec enfant)

FC (femme hébergée en couple) FEC (femme en couple avec enfant)

Présentation : ...

1. Profil

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quelle est votre nationalité ? ☐ française ☐ UE ☐ Hors UE

3. Quelle est votre situation administrative ?

☐ CNI ou UE ☐ carte de séjour ☐ demande d'asile ☐ Situation irrégulière

4. Quelle est votre situation familiale ?

☐ Célibataire ☐ Union libre ☐ PACS ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Séparée de fait

5. Avez-vous des enfants ?

☐ non ☐ oui – combien ? ☐ enceinte

6. Quelles sont vos ressources ?

☐ salaire ☐ formation ☐ indemnité chômage ☐ RSA ☐ AHH ☐ retraite ☐ Prestation familiale ☐ ADA

☐ sans ressources

☐ autre :

2. Violences subies :

7. Etes-vous ou avez-vous été victime de violences au cours de votre vie ? ☐ oui ☐ non

8. S'agit-il de violences qui se déroulent actuellement ?

☐ si oui 9. Vous sentez-vous actuellement en danger ? ☐ oui ☐ non

☐ si non 10. Ces actes de violences ont eu lieu ?

☐ avant l'hébergement au CHU

☐ au cours de l'hébergement au CHU

11. y'a-t-il eu vie commune au CHU avec l'auteur de ces violences ? ☐ oui ☐ non

12. S'agit-il de ?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ violences intrafamiliales ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ violences conjugales ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ mariage forcé ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ Prostitution ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ Viol ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ Agressions sexuelles ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ Mutilation sexuelle ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ Harcèlement ? | ☐ avant l'hébergement | ☐ au cours de l'hébergement |
| ☐ autre : précisez... | | |

13. Avez-vous été victime de :

- ☐ violences verbales ?
- ☐ violences psychologiques ?
- ☐ violences physiques ?
- ☐ violences sexuelles ?
- ☐ violences administratives/économique ?
- ☐ cyber violences ?

14. Qui est l'auteur de ces violences ?

- ☐ inconnu
- ☐ conjoint/ex
- ☐ famille
- ☐ proxénète
- ☐ personnes hébergées
- ☐ personne travaillant dans la structure d'hébergement
- ☐ autre, précisez ?
- ☐ je ne souhaite pas répondre

3. Prise en charge/ accompagnement spécifique
--

15. Avez-vous bénéficié de l'aide ou consulté des professionnels suite à ces violences ?

☐ non

☐ si oui, ☐ avant l'hébergement ☐ au cours de l'hébergement

16. Si oui, lesquels ?

☐ Police ☐ justice ☐ médecin ☐ hôpital ☐ psychologue

☐ travailleurs sociaux (précisez si hors ou dans la structure d'hébergement actuelle)

☐ associations spécialisées FVV

☐ autre, précisez ?

17. Avez-vous déposé plainte ?

☐ non

☐ oui

18. si oui, avez-vous bénéficié d'une mesure de protection ?

☐ non ☐ oui, précisez ?

19. Avez-vous dû quitter votre domicile suite aux violences ?

☐ non ☐ oui

20. Si oui, est-ce la raison de votre hébergement au CHU ?

☐ oui ☐ non

21. Dans le cadre de votre accueil au CHU, avez-vous eu l'occasion de discuter ou d'avoir des informations concernant les violences faites aux femmes ?

☐ non

☐ oui

22. Si oui, comment ?

☐ par des affiches/brochure, précisez ?

☐ des actions de sensibilisation, précisez ?

☐ dans l'entretien avec les travailleurs sociaux

☐ autre : précisez ?

23. Est-ce que dans le cadre des entretiens avec le travailleur social du CHU, il/elle vous a déjà demandé si vous étiez victime de violences ?

☐ oui ☐ non

24. Selon vous, est-ce difficile de parler ou d'entamer des démarches par rapport aux violences que vous avez subies ?

4. Besoins/attentes exprimées

25. Avez-vous l'impression que vous pouvez parler de ce sujet avec les travailleurs sociaux du CHU ?

☐ oui, pourquoi ?

☐ non, pourquoi ?

☐ je ne sais pas, pourquoi ?

26. Pensez-vous qu'il serait utile que le CHU propose des actions sur ce sujet ?

☐ non

☐ si oui

27. Lesquelles ?

☐ être plus à l'écoute, poser des questions

☐ donner plus d'information, contact

☐ organiser des débats, rencontres, animation

☐ autre, précisez...

Maintenant nous allons nous intéresser davantage à votre vie actuelle au CHU et dans les locaux

5. Mixité, sécurité et aménagement

27. Quels sont les lieux dans le CHU que vous fréquentez le plus ?

(par ex : Les lieux pour dormir, pour manger, pour discuter avec d'autre femme, pour jouer avec les enfants, pour faire des activités, pour demander quelques choses... les pièces où vous avez l'habitude de rester)

-

-

☐ pourquoi ?

28. Vous sentez vous à l'aise pour vous déplacer et pour utiliser tous les espaces du CHU ?

☐ oui, pourquoi ?

☐ non

29. Y a-t-il des lieux que vous évitez, où vous n'êtes pas à l'aise ?

☐ lesquels ?

30. Vous sentez vous à l'aise pour vous déplacer et pour utiliser tous les espaces du CHU (en journée/ le soir) ?

☐ oui ☐ non

☐ pourquoi ?

31. Etes-vous favorable au fait de partager des espaces en commun avec les hommes ?

☐ oui ☐ non

☐ pourquoi ?

32. Y'a-t-il des espaces réservés uniquement aux femmes au CHU ?

☐ oui ☐ non

33. Qu'en pensez-vous ?

34. Dans le cadre de votre hébergement au CHU, avez-vous le sentiment d'avoir un espace privé qui vous est garanti ?

☐ oui ☐ non

35. Est-ce que des professionnels du CHU sont amenés à rentrer dans votre chambre ?

☐ oui ☐ non

☐ pourquoi ?

36. comment le vivez-vous ?

Pour conclure :

37. Est-ce la première fois que vous parlez des violences que vous avez subies ?

☐ oui ☐ non

38. Est-ce la première fois que vous abordez le sujet des violences faites aux femmes dans le cadre de votre hébergement au CHU ?

☐ oui ☐ non

39. Que pensez-vous de cet entretien ?

Annexe 7 : Modèle du questionnaire à l'attention des professionnels

Structure :

P.TS (travailleur soc)

P. AH (agent hôtelier)

P. D (directeur)

Présentation : ...

1. Profil

1. Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme
2. Quelle est votre fonction au sein de la structure ?
3. Depuis quand travaillez-vous au CHU ?

2. Mission de la structure

- #### 4. Selon vous quelles sont les principales difficultés rencontrées par les femmes hébergées au CHU

Classer par ordre de priorité :

3. Modalité de repérage des femmes victimes de violences

5. Si une femme a été ou est victime de violences, comment êtes-vous informé ?
6. Est-ce mentionné au moment de leur orientation par le SIAO Urgence ?
- ☐ non ☐ si oui : ☐ souvent ☐ rarement
7. Posez-vous des questions aux femmes que vous accueillez pour identifier les situations de violences ?
- ☐ non, pourquoi ?
- ☐ si oui,
8. à quelle occasion ?
- ☐ systématiquement lors du premier entretien
- ☐ dans le cadre de l'accompagnement
- ☐ seulement s'il y a des suspicions
- ☐ seulement si vous êtes témoin d'un incident
- ☐ seulement lorsque la femme en parle elle-même

9. Si ce sujet est abordé, est-ce le plus souvent à l'initiative :

- ☐ du professionnel du CHU ☐ des femmes concernées ☐ entourage (autres personnes hébergées...)

10. Quels types de violences vous sont le plus souvent rapportés ?

Classer par ordre de priorité :

- ☐ violences intrafamiliales / dans l'enfance ?
☐ violences conjugales ?
☐ mariage forcé ?
☐ Prostitution ?
☐ Viol ?
☐ Agressions sexuelles ?
☐ Mutilation sexuelle ?
☐ Harcèlement ?
☐ autre : précisez...

11. S'agit-il le plus souvent de violences ayant eu lieu

- ☐ avant l'hébergement ?
☐ au cours de l'hébergement au CHU ?

12. Avez-vous déjà été témoin de violence envers une femme commise au sein du CHU ?

- ☐ non ☐ oui

13. Combien de fois ?... ou ☐ souvent ☐ rarement...

4. Actions spécifiques

14. Existe-t-il des démarches spécifiques mises en place au CHU concernant les violences faites aux femmes ?

- ☐ oui, lesquelles ?
☐ non
☐ je ne sais pas

15. Si besoin, vers quelle structure orientez-vous majoritairement les femmes victimes de violences ?

16. Y'a-t-il des affiches dans la structure ou des brochures disponibles pour les usagers concernant les violences faites aux femmes ?

☐ non ☐ si oui : ☐ affiche, laquelle ?

□brochure, laquelle ?

17.à quel endroit sont-elles disposées ?

18. Le CHU a-t-il déjà organisé une rencontre/débat sur ce sujet?

☐ oui ☐ non

19. Y'a-t-il un professionnel référent formé sur les violences faites aux femmes au CHU ?

□oui, qui ?

□□□□

20. ou de manière informelle, y'a-t-il un professionnel qui est davantage sollicité sur ces questions ?

□oui, qui ?

□□□□

21. Avez-vous déjà eu l'occasion de suivre une formation sur les violences faites aux femmes ?

☐ non ☐ si oui

22. Est-ce :

- dans le cadre de votre formation initiale

- dans le cadre de la formation continue

☐ dans le cadre de votre emploi actuel au CHU

5. Freins et besoins exprimés

23. En tant que professionnel, est-ce selon vous un sujet difficile à aborder avec les femmes hébergées ?

☐oui pourquoi ?

☐ non pourquoi ?

24. Selon vous quelles actions pourraient vous être utiles pour améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences dans votre structure ?

- ☐ je ne sais pas ou je ne me prononce pas
- ☐ Partenariat/ orientation
- ☐ rencontre
- ☐ outil de communication et d'information à l'attention des femmes
- ☐ formation

25. quel type (contenu) de formation vous intéresserait-il ?

- ☐ contenu théorique
- ☐ cadre législatif
- ☐ connaissance des acteurs et dispositifs
- ☐ technique d'entretien

Je vais maintenant vous poser des questions qui concernent davantage la vie quotidienne au CHU et celle des femmes hébergées

6. Aménagement, sécurité et mixité

26. Dans le cadre de l'exercice de votre fonction/métier, où se situe majoritairement votre action ?

27. Dans quels lieux êtes-vous le plus souvent amenés à croiser les femmes hébergées ?

(Par ex : nommer des lieux où sont plus quotidiennement les femmes)

- -

28. Pour les travailleurs sociaux uniquement (28.29.30) : où se déroulent les entretiens avec les femmes hébergées ?

29. y'a-t-il des lieux de confidentialité pour recevoir les femmes ?

- ☐ non
- ☐ oui, lesquels ?

30. sont-ils utilisés : ☐ systématiquement ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

31. Êtes-vous amenés à entrer dans les chambres des femmes hébergées ?

☐ oui ☐ non

☐ Pour quelle raison ?

32. Dans le cadre de l'aménagement du CHU, y'a-t-il des espaces de vie différenciés pour les femmes et pour les hommes ?

☐ oui ☐ non

☐ lesquels ?

☐ pourquoi ?

33. Pensez-vous que les femmes utilisent facilement les espaces partagés avec les hommes ?

☐ oui ☐ non

☐ pourquoi ?

34. et à toute heure ?

☐ oui ☐ non

☐ pourquoi ?

35. Y'a-t-il une instance de participation spécifique aux femmes où les problèmes de vie en collectivité peuvent être évoqués ?

☐ oui ☐ non

36. Dans l'aménagement actuel du CHU, qu'est-ce qui selon vous favorise le sentiment de sécurité des femmes dans les locaux ?

-

37. Avec le recul depuis l'ouverture du CHU y aurait-il des améliorations à apporter dans l'aménagement des locaux concernant l'hébergement des femmes spécifiquement ?

☐ oui ☐ non

☐ lesquelles ?

Pour conclure :

38. Que pensez-vous de cet entretien ?

Annexe 8 : Synthèse des questionnaires à l'attention des femmes

Légende :

X	= qualitatif (non synthétisable)
2	= moyenne
2	= comptage (nb de femmes concernées)

CODAGE

CODE		X	X
DATE		X	X
DURÉE	En min	35,18	
STRUCTURE		20 CHU 16 - 21 CHU 12 - 16 CHU 93	
COMPOSITION		12 FE - 27 F - 1 FC - 17 FEC	

PROFIL

ÂGE		39,21	
NATIONALITÉ	Française	4	7%
	UE	3	5%
	Hors UE	50	88%
SITUATION ADMINISTRATIVE	CNI ou UE	6	11%
	Carte de séjour	19	33%
	Commentaires Carte de Séjour	X	X
	Demande d'Asile	3	5%
	Situation irrégulière	28	49%
SITUATION FAMILIALE	Célibataire	21	37%
	Union Libre	6	10%
	PACS	1	2%
	Mariée	16	28%
	Veuve	5	9%
	Divorcée	4	7%
	Séparée de fait	4	7%
ENFANTS	Non	11	19%
	Oui	46	81%
	Combien	2,65	

	Enceinte	2	4%
RESSOURCES	Sans ressources	37	65%
	Salaire Mme	7	12%
	Salaire Mr	3	5%
	Formation	0	0%
	Indemnité Chômage	3	5%
	RSA	5	9%
	AAH	2	4%
	Retraite	2	4%
	Prestation familiale	3	5%
	ADA	1	2%
	Autres	1	2%

VIOLENCES SUBIES

VICTIMES	Oui	35	61%
	Non	22	39%
VIOLENCES ACTUELLES	Oui	6	11%
	Non	51	89%
DANGER	Oui	10	18%
	Non	47	82%
LIEU DES VIOLENCES	Avant CHU	50	88%
	Au cours parcours migratoires	4	7%
	Commentaires au cours du parcours migratoires	X	X
	Au cours CHU	9	16%
	Commentaires au cours CHU	X	X
VIE COMMUNE AU CHU AVEC L'AUTEUR	Oui	3	5%
	Non	54	95%

TYPES DE VIOLENCES :

Intrafamiliales/enfance	Nombre de fois en moyenne	1	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	25	44%
	Avant CHU	25	44%
	Au cours CHU	0	0%
Conjugales	Nombre de fois en moyenne	1,35	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	20	35%
	Commentaires	X	X
	Avant CHU	22	39%

	Au cours CHU	3	5%
	Commentaires	X	X
Mariage forcé	Nombre de fois en moyenne	1	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	15	26%
	Commentaires	X	X
	Avant CHU	15	26%
	Au cours CHU	0	0%
Prostitution	Nombre de fois en moyenne	1,00	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	5	9%
	Commentaires	X	X
	Avant CHU	5	9%
	Au cours CHU	0	0%
Viol	Nombre de fois en moyenne	1,00	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	16	28%
	Commentaires	X	X
	Avant CHU	16	28%
	Commentaires	X	X
	Au cours CHU	0	0%
Agressions sexuelles	Nombre de fois en moyenne	1,08	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	12	21%
	Avant CHU	12	21%
	Au cours CHU	1	2%
	Commentaires	X	X
Mutilations sexuelles	Nombre de fois en moyenne	1,08	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	12	21%
	Avant CHU	13	23%
	Commentaires	X	X
	Au cours CHU	0	0%
Harcèlement	Nombre de fois en moyenne	1,06	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	16	28%
	Avant CHU	13	23%
	Au cours CHU	8	14%
Violences politiques	Nombre de fois en moyenne	1,00	
	Nb femmes concernées (1x la violence)	8	14%
Agressions physiques et verbales	Nombre de fois en moyenne	1,00	

	Nb femmes concernées (1x la violence)	9	16%
Cumul des violences	Nombre de fois en moyenne	2,42	
	Types de violences	X	X
	Avant CHU	13	23%
	Au cours CHU	4	7%
	Commentaires	X	X

SPÉCIFICITÉS DES VIOLENCES:

Spécificités des violences	Verbales	42	74%
	Psychologiques	32	56%
	Physiques	46	81%
	Sexuelles	34	60%
	Administratives/économiques	12	21%
	Cyberviolences	5	9%
	Commentaires	X	X

AUTEUR DES VIOLENCES :

Types d'auteurs	Inconnu	18	32%
	Conjoint/ex	24	42%
	Famille	27	47%
	Proxénète	1	2%
	Personnes hébergées	8	14%
	Personne travaillant dans le CHU	2	4%
Autres	Militaires, policiers pays étrangers	5	9%
	Autres	5	9%
	Commentaires	X	X
Je ne souhaite pas répondre		0	0%

ACCOMPAGNEMENT

AIDE REÇUE :

Non	Non	33	58%
Oui (avant/après CHU)	Avant CHU	21	37%
	Au cours du CHU	4	7%
Oui (par qui/quoi)	Police	12	21%
	Justice	1	2%
	Médecin	3	5%
	Hôpital	4	7%

	Psychologue	7	12%
	TS Hors CHU	4	7%
	TS Dans CHU	2	4%
	Assos spécialisées FVV	7	12%
	Commentaires	X	X
	Autres	7	12%
	Commentaires	X	X

DÉPÔT DE PLAINTÉ :

Dépôt de plainte	Non	44	77%
	Oui	10	18%
	Commentaires	X	X
Mesure de protection	Non	31	54%
	Oui	1	2%
	Précisez	X	X

DÉPART DU DOMICILE :

Non	Non	26	46%
Oui	Oui	31	54%
Raison hébergement CHU	Non	46	81%
	Oui	4	7%

INFORMATIONS VIOLENCES

FAITES AUX FEMMES :

Non	Non	55	96%
Oui	Affiches/Brochures	1	2%
	Actions de sensibilisation	0	0%
	Entretien avec TS	1	2%
	Autres	0	0%
Question des violences par les TS	Oui	7	12%
	Non	46	81%

ECOUTE - ACTION

Impression de pouvoir en parler avec les TS du CHU	Oui	26	46%
	Non	21	37%
	Je ne sais pas	6	11%

PROPOSITION D'ACTIONS :

Non	Non	12	21%
Oui	Être plus à l'écoute/poser des questions	20	35%
	Donner des informations, contact	9	16%
	Organiser des débats, rencontres...	12	21%
	Autres	8	14%
	Commentaires	X	X

LIEUX / ESPACES

Lieux fréquentés	Chambre	55	96%
	Réfectoire	38	67%
	Commentaires	X	X
	Coursive	16	28%
	Commentaires	X	X
	Bureau TS	2	4%
	Salle activité	7	12%
	Commentaires	X	X
Se sent à l'aise dans ses déplacements	Oui	38	67%
	Non	19	33%
Lieux évités	Oui	17	30%
	Non	23	40%
Horaires	Oui	25	44%
	Non	30	53%
Espaces communs avec les hommes	Oui	35	61%
	Non	22	39%
Espaces réservés aux femmes	Oui	32	56%
	Commentaires	0	0%
	Non	22	39%
	Commentaires	0	0%
Espace privé	Oui	49	86%
	Non	7	12%
Personnel du CHU amené à rentrer dans les chambres	Oui	46	81%
	Non	10	18%



PARLE DES VIOLENCES

1er fois qu'elle en parle	Oui	25	44%
	Non	28	49%
	Commentaires	X	X
1er fois qu'elle en parle dans le cadre de l'hébergement	Oui	45	79%
	Non	8	14%

Annexe 9 : Synthèse des questionnaires à l'attention des professionnels

Légende :

X	= qualitatif (non synthétisable)
2	= moyenne
2	= comptage (nb de pro concernés)

CODAGE

CODE			
DATE			
DURÉE	En min	48,75	
STRUCTURE			

PROFIL

SEXE	Femme	13	65%
	Homme	7	35%
FONCTION AU SEIN DU CHU	Directeur	1	5%
	Cheffe de service	1	5%
	Travailleur social	10	50%
	Agent hôtelier	5	25%
	Autres	3	15%
DEPUIS QUAND AU CHU	Nombre en mois	X	X

MISSION DE LA STRUCTURE

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES FEMMES AUX CHU	Commentaires	X	X
---	--------------	---	---

MODALITÉS DE REPÉRAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

MODE D'INFORMATION SI UNE FEMME A ÉTÉ VICTIME DE VIOLENCES	par les femmes	14	70%
	rapport soc (structure précédente)	3	15%
	Travail en équipe (cahier de liaison consulté en début de service)	7	35%
	Bouche à oreille (autres familles)	3	15%
	Par les collègue AVS	3	15%

MENTION SUR LE SIAO URGENCE	Non	10	50%
	Oui	7	35%
	Souvent	0	0%
	Rarement	7	35%
QUESTION DES VIOLENCES POSÉE AUX FEMMES	Non	13	65%
	Oui	7	35%
	Systématiquement	0	0%
	dans le cadre de l'accompagnement	9	45%
	dans le cadre de l'accompagnement : rarement	0	0%
	seulement quand suspicions	11	55%
	seulement si vous êtes témoin d'un incident	6	30%
	seulement quand la femme en parle d'elle-même	6	30%
QUAND SUJET ABORDE, SOUVENT A L'INITIATIVE	professionnel du CHU	7	35%
	des femmes concernées	13	65%
	entourage (autres pers hébergées)	3	15%
VIOLENCES LE PLUS SOUVENT RAPPORTÉES	Intrafamiliales/dans l'enfance	11	55%
	conjugales	16	80%
	Mariage forcé	7	35%
	Prostitution	12	60%
	Viol	14	70%
	Agressions sexuelles	7	35%
	Mutilation sexuelle	8	40%
	Harcèlement	9	45%
	Autres	X	X
LIEU DES VIOLENCES	Avant hébergement	19	95%
	Au cours de l'hébergement au CHU	5	25%
	Commentaires	X	X
TÉMOIN DE VIOLENCES ENVERS UNE FEMME AU SEIN DU CHU	Non	14	70%
	Oui	6	30%
	Commentaires	X	X
	Combien de fois en moyenne	1,67	8%

ACTIONS SPÉCIFIQUES

DÉMARCHES SPÉCIFIQUES MISES EN PLACE AU CHU	Oui	2	10%
	Non	11	55%
	Je ne sais pas	7	35%
VERS QUELLE STRUCTURE ORIENTEZ VOUS MAJORITAIREMENT LES FVV	police	3	15% ▼
	association d'aide aux victime	7	35%
	Commentaires	X	X

	3919	1	5%
	psy	2	10%
	pmi	1	5%
	TS Référent CHU	5	25%
	vers le réseau interne	3	15%
	Vers chef de service/Direction	5	25%
AFFICHES OU BROCHURES DANS LE CHU	Non	15	75%
	Oui	5	25%
	Affiches	1	5%
	brochures	3	15%
	Quel endroit	X	X
ORGANISATION DE RENCONTRE/DÉBAT	Oui	0	0%
	Non	18	90%
	NSP	2	10%
PROFESSIONNEL RÉFÉRENT FORME	Non	17	85%
	Oui	3	15%
	Qui	0	0%
PROFESSIONNEL D'AVANTAGE SOLLICITÉ	Qui	0	0%
FORMATION SUR LES FVV	Non	15	75%
	Oui	5	25%
	Formation initiale	3	15%
	Formation continue	2	10%
	Emploi actuel au CHU	0	0%

FREINS ET BESOINS EXPRIMÉS

SUJET DIFFICILE À ABORDER	Oui	15	75%
	Non	5	25%
AMÉLIORATION PRISE EN CHARGE FVV	Je ne sais pas ou ne me prononce pas	0	0%
	Partenariat/orientation	13	65%
	Rencontre	13	65%
	Outil de communication et d'information à l'intention des femmes	9	45%
	Formation	20	100%
TYPE DE FORMATION	Contenu théorique	9	45%
	Cadre législatif	11	55%
	Connaissance des acteurs et dispositifs	11	55%
	Technique d'entretien	17	85%

LIEU DES ACTIONS	Bureau	10	50%
	couloir	1	5%
	Réfectoire	8	40%
	Coursive	6	30%
	Salle activité	2	10%
	partout	7	35%
LIEU OÙ VOUS CROISEZ LES FEMMES	bureau	5	25%
	batiment femme	3	15%
	couloir	4	20%
	coursive	12	60%
	réfectoire	16	80%
	accueil	2	10%
	laverie	4	20%
	animation	4	20%
OU SE DEROULENT LES ENTRETIEN AVEC LES FEMMES (POUR LES TS)	bureau partagé	10	50%
	bureau seul	2	10%
LIEU CONFIDENTIEL POUR RECEVOIR LES FEMMES	Non	2	10%
	Oui	10	50%
	Systématiquement	3	15%
	Souvent	2	10%
	Rarement	3	15%
	Jamais	0	0%
ENTRE DANS LES CHAMBRES DES FEMMES	Oui	18	90%
	Non	1	5%
	Raison	X	X
ESPACE DE VIE DIFFÉRENT POUR LES FEMMES ET LES HOMMES	Oui	17	85%
	Non	3	15%
	Lesquels	X	X
UTILISATION PAR LES FEMMES DES ESPACES PARTAGÉS AVEC LES HOMMES	jour :Oui	13	65%
	jour : Non	7	35%
	nuît - Oui	10	50%
	nuît - nsp	3	15%
	nuît - Non	7	35%
INSTANCE DE PARTICIPATION POUR LES FEMMES	Oui	0	0%
	Non	18	90%
FAVORISE LE SENTIMENT DE SÉCURITÉ DES FEMMES	accès sécurisé	4	20%
	les clefs de leur chambres	1	5%
	caméra	3	15%
	proximité bâtiment F	1	5%
	lieu réservé	2	10%

	présence	8	40%
	Disposition du bâtiment Femmes	4	20%
AMÉLIORATION DES LOCAUX À ENVISAGER	Oui	18	90%
	Non	1	5%

REMERCIEMENTS

Ce rapport s'intègre dans un projet qui a pu voir le jour grâce au soutien de la Fondation Up, de Cityzen, de la région Ile-de-France et de la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité de la Préfecture de la région d'Ile-de-France.



**FONDATION
DES FEMMES**

Nous remercions également les Centres d'Hébergement d'Urgence qui se sont portés volontaires sur ce projet, ainsi que leurs équipes : le CHU Ernest Savart, appartenant à l'association La Main Tendue, le CHU la Promesse de l'Aube et le CHU Bastion de Bercy, appartenant à l'association Aurore.



Nous remercions enfin toutes les personnes impliquées dans l'élaboration et l'écriture de ce diagnostic : Louise Miragliese, aidée de Julie Vella pour la mise en place des questionnaires, la tenue des entretiens et la récupération des données, et de Chloé Ponce-Voiron pour la relecture du rapport, ainsi qu'Alice Becquart pour les données statistiques, Amélie Nello, Gwendoline Tatarinoff et Alexandre Péron pour l'aide à la mise en page et l'équipe de l'association de soutien à la Fondation des Femmes.





FONDATION

DES FEMMES

www.fondationdesfemmes.org