

## Rapport d'activité 2003

### A) Missions

L'Observatoire a pour mission d'identifier et d'analyser les problématiques des populations rencontrées par les équipes du samusocial de Paris. Il a pour objectif d'établir une typologie des publics, d'observer leurs conditions de vie, et d'analyser leurs besoins et attentes relatifs à la santé physique et psychique, à leur situation sociale.

L'Observatoire assure ses missions à partir des données recueillies dans le cadre de l'activité des différents services du samusocial de Paris, du 115, des Equipes Mobiles d'Aide (EMA), et aussi par la mise en œuvre d'études ponctuelles dans les domaines de l'épidémiologie, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie et la géographie. Ces études visent non seulement à contribuer au développement des connaissances sur cette population, mais aussi à participer à l'amélioration de la prise en charge des personnes et à contribuer à l'adaptation et l'évaluation des politiques publiques de lutte contre l'exclusion.

### B) Fonctionnement

La direction de l'observatoire a changé fin 2002, suite au départ du Dr Jacques Hassin. Il a été remplacé par un médecin épidémiologiste, Anne Laporte. De nouveaux axes stratégiques de développement de l'observatoire ont été définis fin 2002 (Cf. Rapport activité 2002).

Les deux points principaux étaient :

- mieux valoriser sa particularité qui est un accès privilégié à la population contactant le 115, à celle rencontrée par les EMA et à celle hébergée dans les centres du samusocial de Paris. Ceci impliquait d'approfondir l'analyse des données recueillies de façon pérenne (115, EMA, consultations médicales), d'évaluer le dispositif d'information (utilité, faisabilité pour les professionnels, qualité des données,...) et de publier les résultats d'études dans des revues à comité de lecture.
- renforcer son rôle d'opérateur dans le domaine des études épidémiologiques ou psychosociales plutôt que celui d'administrateur de recherches. C'est la seule position d'opérateur qui lui confèrera une place réelle, dans le champ de la recherche sur l'exclusion sociale, par la production de données de référence et leur publication.

Pour mettre en œuvre ces nouveaux axes, il était nécessaire d'acquérir du matériel informatique adapté, de stabiliser l'équipe (recrutement de la psychologue environnementale), de renforcer la formation des membres de l'équipe et de l'étoffer par l'accueil d'étudiants stagiaires et d'un interne de santé publique.

## **B-1 Equipe**

La nouvelle équipe pluridisciplinaire est composée de 4 personnes : un directeur épidémiologiste, Anne Laporte, un assistant de direction, Patrick Jacobi, une socio-démographe, Carole Lardoux, et une psychologue environnementale<sup>1</sup>, Sandrine Carpentier.

Des étudiants stagiaires sont intégrés dans l'équipe en fonction des demandes.

L'observatoire a fait une demande d'agrément à la DRASS pour l'accueil d'un interne de santé publique, il a reçu un avis favorable par arrêté N°2003-1162. Cependant, le stage n' a pas été ouvert au choix des internes en 2003 pour des raisons de financement<sup>2</sup>.

## **B-2 Partenariat financier**

L'observatoire doit rechercher les fonds nécessaires à son fonctionnement (y compris les salaires de deux de ses membres) et à la réalisation de son programme d'études. Son financement repose d'une part, sur des mises à disposition par l'Etat, du Directeur de l'observatoire et par la SNCF de l'assistant de Direction ; et d'autre part, sur des subventions issues d'entreprises privées et d'organismes publics.

Les partenaires de l'observatoire pour l'année 2003 ont été : La DDASS de Paris, la SNCF, le groupe ACCOR, le laboratoire Servier, le laboratoire Sanofi-synthélabo, la MACIF, la Compagnie Parisienne des Chauffages Urbains, EDF-GDF, Suez-Lyonnaise des Eaux.

## **B-3 Acquisition de matériel- Formation**

Début 2003, l'observatoire a été doté de matériel informatique adapté à sa mission de traitement de l'information ainsi que de logiciels (n'en n'ayant jamais été pourvu) permettant la saisie d'enquêtes ponctuelles (Epi-Info) et l'analyse statistique (STATA).

Des membres de l'équipe ont été formés à l'utilisation d'Epi-info, et ont pu ainsi créer des bases de données pour les études en cours (étude Epilepsie, étude Enfants des rues, base de données du Pôle Famille, étude Hypothermie). Ceci constitue un gain en terme de coût et d'efficacité, l'observatoire devant faire appel, auparavant, à la société Paxtel pour toute opération informatique (création de base de données, calcul statistique,...).

Une formation à l'analyse statistique complexe (logiciel STATA) a aussi été suivie, de même, la Socio-démographe a suivi le module Epidémiologie du CESAM et en a obtenu le diplôme. L'assistant de direction a été formé au maniement de tableur (Excel) et à la réalisation de figures permettant son implication dans la réalisation des rapports statistiques.

## **B-4 Recherche de mécénat pour 2004**

Au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre 2003, 125 entreprises et institutions (laboratoires pharmaceutiques, entreprises cotées en bourse, fondations, organismes publiques,...) ont été contactés. Un dossier comprenant la présentation de l'observatoire et le programme d'activité prévisionnel 2004, constitué de 12 projets (cf. plus loin) leur a été envoyé. Les partenaires pouvaient choisir de soutenir le fonctionnement global de l'observatoire ou de soutenir une étude en particulier.

Le montant des recettes issues du mécénat, définitivement acquis en décembre 2003, s'élève à 127 611,00€. En attente de confirmation, un financement d'un montant de

20 000,00 € de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui doit être arbitré en janvier 2004<sup>3</sup>. D'autres partenaires, n'ont pas encore répondu comme la Mutualité Française, le journal

---

<sup>1</sup> Statut de vacataire durant l'année 2003, recrutée début 2004.

<sup>2</sup> Le stage a été ouvert au choix à la commission de répartition du 10 février 2004, sous réserve de financement (négociation en cours avec la DRASS et l'AP-HP).

Elle, la Direction de la Population et des Migrations (DPM-Ministère de la santé), Cégétel et la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les arbitrages pour ces partenaires se feront début 2004.

## **C) Participation à l'élaboration des systèmes d'information pérennes du samusocial de Paris**

L'observatoire, depuis sa création, travaille à l'élaboration des systèmes d'information pérennes du samusocial de Paris. Plusieurs systèmes sont en cours de modification (base de données du 115, recueil standardisé des EMA) et d'autres en création (tuberculose,...).

### **C-1 Ecriture d'un nouveau cahier des charges pour la base de données du 115**

La base de données du 115 de Paris, créée en 1996 par la société Paxtel, permettant la gestion des places d'hébergement d'urgence, a montré de graves signes de défaillance à partir de juillet 2003. Il a donc été nécessaire de développer en urgence une nouvelle application à partir de la base 4D existante.

Du fait de l'absence de cahier des charges de la base de données initiale, il a été nécessaire d'en rédiger un pour la réalisation de la base de secours ainsi qu'un autre pour les sorties statistiques standardisées (4 mois de travail). Ceci a été réalisé par l'observatoire en collaboration avec le service informatique du samusocial de Paris et les acteurs de terrain du 115. Cette base de données reste cependant provisoire. Une nouvelle base de données intégrant en plus des données du 115, les données médicales, sociales, et des équipes mobiles sera conçue courant 2004.

### **C-2 Adaptation du logiciel TB-info au suivi des patients pris en charge par l'Equipe de Lutte Contre la Tuberculose (EMLCT)**

Le logiciel TB-Info pour le suivi hospitalier des cas de tuberculose, diffusé gratuitement par l'InVS, a été mis à disposition de l'EMLCT.

Quelques adaptations ont été nécessaires pour rendre le logiciel compatible avec les cas de tuberculose rencontrés par l'EMLCT. Les principaux problèmes rencontrés sont les interruptions de traitement et les modifications de durée de traitement.

Les adaptations ont concerné la création d'une fiche spécifique pour l'enregistrement des reprises de traitement (durée d'interruption  $\geq$  à 14 jours continus en phase I ou durée d'interruption  $\geq$  à 3 mois avec  $<$  80% du traitement pris) et la possibilité de modifier plusieurs fois les durées de traitement aussi bien en phase I qu'en phase II.

L'adaptation du logiciel a nécessité la création d'un cahier des charges spécifique et une période de test qui arrive à son terme.

### **C-3 Réalisation d'une base de données sous Epi-Info pour le pôle famille du 115**

Afin de standardiser et d'harmoniser le recueil mensuel des informations, concernant les familles hébergées par le 115, effectué par Laura Berge, coordinatrice du Pôle Famille, une base de données est en cours de création depuis le mois de novembre 2003.

Cette base de données a été créée à partir du logiciels Epi-Info. Elle permettra de disposer de données à la fois transversales et longitudinales relatives aux familles prises en charge par le pôle famille du 115 de Paris.

---

<sup>3</sup> Financement accordé le 27 janvier 2004.

## D) Etudes

### D-1 Etudes réalisées (finalisées) par l'observatoire en 2003

#### ➤ **Prévalence et caractéristiques de l'épilepsie chez les personnes prises en charge par le samusocial de Paris**

Les objectifs de l'étude étaient d'estimer la prévalence de l'épilepsie chez les adultes pris en charge par le samusocial de Paris et d'en décrire les caractéristiques.

*La méthodologie* : du 10 mars 2003 au 18 avril 2003, les médecins ont interrogé tous leurs consultants sur : leur temps d'errance, leur lieu de naissance, leur consommation d'alcool et la survenue d'une ou plusieurs crises épileptiques. Les patients volontaires qui présentaient des antécédents comitiaux devaient préciser : leurs antécédents médico-chirurgicaux et familiaux d'épilepsie, la description clinique des crises, leur traitement, les facteurs favorisant les crises.

*Les résultats* ont été les suivants :

592 personnes différentes ont été interrogées pendant les 6 semaines d'étude, et 91 ont rapporté des crises épileptiques, soit une prévalence de 15,4% IC 95% [12,6%-18,5%]. En analyse univariée, l'épilepsie était significativement liée à une consommation quotidienne d'alcool > 20g (24,1% versus 9,4%), à un temps d'errance supérieur à 2 ans (21,5% versus 9,92%), au lieu de naissance (6,9% chez les Africains, 19,4% chez les Européens) et à l'âge (30-59 ans 19%, ≥ 60 ans 5,7%). Chez les femmes aucun de ces facteurs n'étaient liés à l'épilepsie. Chez les hommes, en analyse multivariée, l'alcool, le temps d'errance et l'âge ≥ à 60 ans restaient liés de façon indépendante à l'épilepsie. Parmi les patients épileptiques, 39,1% avaient au moins un antécédent épileptogène (dont 34,5% un traumatisme crânien sévère), 15,4% un antécédent familial d'épilepsie, 31,3% un début des crises dans l'enfance ou l'adolescence, 44,6% avaient plus d'une crise par an. 56,5% des patients avaient un traitement et 77,1% le prenaient quotidiennement. Le sevrage de médicaments et de l'alcool favorisaient les crises chez respectivement 23,0% et 34,5% des patients. 57,5% des patients ont été classés en épilepsie-maladie et 42,5% en épilepsie-« alcoolique ».

*Les conclusions* de l'étude ont été :

La prévalence de l'épilepsie dans notre population d'étude est 15 fois plus élevée qu'en population générale, même si l'on ne prend en compte que les cas d'épilepsie maladie. Elle n'est pas uniquement liée à l'alcool puisque l'épilepsie maladie représente 57,5% des cas, ceci suggérant une participation de la maladie dans le processus d'exclusion. Par ailleurs, la proportion de personnes traitées et la compliance au traitement justifient un renforcement de la prise en charge de l'épilepsie dans cette population et la création d'une filière de soins adaptée à tout épileptique, en particulier aux personnes sans abri.

#### ➤ **Etude sur le nombre et les caractéristiques des mineurs isolés étrangers à la rue à Paris pris en charge par le dispositif expérimental**

Les objectifs de l'étude étaient d'estimer le nombre d'enfants rencontrés par la maraude et par les structures les accueillant, de décrire les caractéristiques socio-démographiques des enfants, de décrire leur parcours depuis le départ de leur pays d'origine, de connaître leur orientation sociale ainsi que les motifs de refus d'orientation.

*La méthodologie* : Du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 avril 2003, le personnel des trois structures du dispositif expérimental a rempli des fiches anonymisées pour chaque nouvel enfant rencontré. Certaines informations relatives au parcours des enfants depuis leur pays d'origine n'ont pu être exploitées du fait de leur taux d'exhaustivité trop faible (<60%), le recueil des informations sur l'histoire personnelle des enfants nécessitant de nombreux

entretiens sur une période longue, ce qui était impossible dans le temps imparti pour l'enquête.

*Les résultats* ont été les suivants :

243 enfants différents ont été rencontrés pendant les 5 mois d'étude. Entre le mois de décembre 2002 et le mois de février 2003, le nombre de nouveaux enfants rencontrés n'a cessé d'augmenter. Il a diminué à partir du mois de mars 2003, et cette diminution a été plus importante pour les enfants rencontrés par les équipes mobiles (moins 36% entre le mois de février et mars 2003).

Un peu plus de la moitié des enfants (53,5%) a été rencontrée par le samusocial international (SSI), un quart (24%) par Enfants du Monde – Droits de l'Homme et un peu moins d'un quart (22,5%) par Aux Captifs la Libération.

Les 168 enfants vus par les équipes mobiles (SSI - Aux Captifs la Libération) l'ont été essentiellement dans les gares (21,5%), les places de Paris (19,5%) plus particulièrement la Place Dauphine, la rue (13%), le métro et RER (10%).

Les enfants rencontrés sont majoritairement des garçons (86%). Il s'agit surtout d'adolescents (71% âgés de 15 à 17 ans), la moyenne d'âge de l'ensemble des enfants est de 15,5 ans. Parmi eux 24, (10,5%), ont été déclaré majeurs à l'issue d'un examen osseux.

Ainsi parmi les enfants, 205 étaient mineurs (84,5%) et 38 étaient majeurs (15,5%).

Ils sont principalement originaires d'Europe de l'Est (62%) et plus particulièrement de la Roumanie (83,5%). Concernant leur parcours depuis leur pays d'origine, un quart des enfants était en France depuis déjà 2 ans. 27 enfants (16%) ont été rencontrés moins d'une semaine après leur arrivée en France dont 22,5% le jour de leur arrivée.

41% des enfants étaient venus seuls en France, seulement un quart est venu avec au moins un membre de sa famille. Les autres enfants sont venus avec une tierce personne qui leur a permis de passer la frontière.

Les copains représentent le principal réseau relationnel des enfants puisque c'est aussi avec eux qu'ils sont le plus souvent au moment de la rencontre (70%).

Concernant le dernier hébergement, la plupart des enfants ont dormi dans un hébergement précaire (67,5%).

A l'issue de la première rencontre avec les équipes mobiles, la moitié des enfants refuse une prise en charge dont les principaux motifs sont : la difficulté d'entrer en contact (27,5%), l'activité nocturne ou diurne (18,5%) des enfants, le fait qu'ils ne sont pas réellement en situation d'errance (17%) sont logés en hôtel avec leur famille), le rejet du dispositif par des enfants qui l'ont déjà fréquenté (14%).

A partir de cette analyse, on peut tenter de dresser deux types de profil. Celui des enfants rencontrés par les équipes mobiles qui pour la plupart ne demandent pas de prise en charge. Ce sont des adolescents originaires de Roumanie qui comprennent pour la plupart le français et qui ont un réseau relationnel articulé autour des copains.

Et celui des enfants rencontrés par l'accueil, qui sont pour la plupart bientôt majeurs, d'origine africaine ou roumaine. Ils sont souvent venus seuls en France et ils viennent souvent seul à l'accueil.

*Les conclusions* de l'étude :

L'étude a ainsi permis de décrire les enfants rencontrés par les trois structures du dispositif expérimental mais elle ne peut nous renseigner sur le nombre d'enfants errants dans les rues de Paris. En effet, les structures du dispositif ne sont pas les seules à rencontrer des mineurs errants étrangers isolés. On peut citer notamment Parada qui accueille essentiellement des mineurs roumains.

Cependant il semble peut probable aux structures du dispositif expérimental que les 243 enfants rencontrés ne représentent que 25% de l'estimation annoncée par la Presse et les associations (800 à 1000 enfants dans la rue) lors du lancement du dispositif en décembre 2002.

➤ **Activité du 115 de Paris en 2003 et caractéristiques sociodémographiques des usagers du dispositif.**

(Résumé disponible début mars)

**D-2 Etudes/Projets débutés en 2003 par l'observatoire non finalisés**

➤ **Révisions des modalités de prise en charge de l'épilepsie chez les personnes sans domicile (Projet soutenu par Sanofi-Synthélabo)**

L'objectif principal de ce projet est d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques cliniques pour la prise en charge de l'épilepsie chez les personnes précarisées. En effet, les conclusions de l'étude réalisée en mars 2003 (cf. C- Etudes) ainsi qu'un certain nombre d'autres arguments plaident pour engager une réflexion sur une révision des modalités de prise en charge de l'épilepsie dans des populations très précarisées :

- L'absence de consensus au sein et entre les différents professionnels (généralistes, urgentistes, épéptologues) sur la prescription d'anti-épileptiques (AE) chez des personnes précarisées du fait de l'étiologie (alcoolisme) ou de l'observance du traitement
- La difficulté des médecins des centres de soins gratuits devant un patient demandant un renouvellement d'ordonnance pour des AE, alors qu'ils n'ont aucune information sur l'histoire du patient concernant l'épilepsie
- La mise à jour des procédures pour les personnels face à une personne faisant une crise dans un centre d'hébergement ou lieu d'accueil (conduite aux urgences,...) et les moyens de prévention des crises.

Pour mener à bien ce projet, il est prévu de réaliser une étude auprès d'un panel de professionnels prenant en charge des personnes précarisées (médecins généralistes, neurologues, urgentistes) afin de décrire la diversité des modalités de prise en charge de l'épilepsie, et d'organiser un colloque permettant de discuter et d'élaborer des pratiques cliniques « consensuelles ». La ligue Française Contre l'Épilepsie portera les recommandations élaborées.

Fin 2003, le questionnaire pour l'étude auprès des professionnels a été élaboré. Il est basé sur des cas cliniques d'épilepsie chez des sujets avec ou sans domicile, alcoolo-dépendants ou non, et selon différents types d'épilepsie (idiopathique, symptomatique, sevrage alcoolique). Un nouveau comité de pilotage a été constitué comprenant en plus de celui ayant encadré l'enquête de prévalence<sup>4</sup>, un membre mandaté de la Ligue Française Contre l'Épilepsie (Dr Franck Semah). La première réunion du nouveau comité de pilotage aura lieu début 2004.

➤ **Suivi thérapeutique et adaptation des recommandations de traitement chez les personnes atteintes de tuberculose prises en charge par le SSP**

Le samusocial de Paris fait face au problème de la tuberculose depuis sa création, ce qui a motivé la constitution en 2000 de l'Equipe Mobile de lutte Contre la Tuberculose (EMLCT) dont l'objectif est le suivi thérapeutique des personnes non compliantes dans le cadre d'un travail en réseau (hôpitaux, centres de moyen séjour, dispensaires, ...). L'analyse des modalités de suivi thérapeutique de ces personnes permettra d'adapter leur prise en charge, en améliorant l'adhésion au traitement et la continuité des soins, et de réduire la durée du traitement (souvent supérieure à 12 mois). La fréquence élevée d'interruptions de traitement

---

<sup>4</sup> Le comité de pilotage de l'enquête de prévalence comprenait en plus des membres de l'observatoire, les Dr D. Gérard et S. Michaut (Sanofi-Synthélabo), Mme C. Cachera (Fondation Française pour la Recherche sur l'épilepsie), Dr C. Benoît (H. Max Fourastier), Dr E. Casalino (H. Kremlin-Bicêtre), Dr A. Rouvel (H. Delafontaine), Dr S. Schück (Kappa-santé), Dr J-J Perrin (SSP), Dr E. Grosdidier (SSP), Dr P Lecorre (SSP), Dr S. Tartièrre (SSP).

et l'absence de consensus en France sur les modalités thérapeutiques en cas d'interruption motivent un travail sur la définition d'un algorithme de traitement en cas d'interruption chez les personnes en situation précaire.

De façon à mettre en œuvre les projets de santé publique en lien avec l'activité de l'EMLCT, un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué comprenant en plus des personnes du samusocial de Paris : Dr F. Antoun (DASES), Dr P-Y Mallet (DASES), Dr B. Decludt (InVS-France), Dr A. Infuso (InVS-Europe), Pr E. Bouvet (Infectiologue, H. Bichat) , Pr B. Dautzenberg (Pneumologue, H. Pitié-Salpêtrière).

Tous ces membres participent à l'élaboration des « Recommandations de prévention et de prise en charge de la tuberculose en France » (E. Bouvet en est le coordinateur).

Durant l'année 2003, le travail a consisté en l'adaptation du logiciel de suivi hospitalier des cas de tuberculose (TB-Info, diffusé gratuitement par l'InVS) à l'activité spécifique du samusocial de Paris. Ce logiciel, modifié pour le SSP par la société Epiconcept, a été testé à la fin de l'année. Les dossiers de la file active de 2003 sont en cours de saisie.

Par ailleurs, la question des interruptions fréquentes de traitement a été abordée dans le cadre du comité de pilotage de même que l'absence de consensus des pneumologues sur la réponse thérapeutique à apporter. Le seul outil existant est l'algorithme publié par *l'American Thoracic Society* utilisé dans le cadre d'un consensus « mou » en France. Les recommandations nationales étant en cours de finalisation en octobre 2003, cette discussion a permis d'y intégrer l'algorithme américain.

De façon plus générale, la prise en considération des personnes les plus précarisées dans les recommandations nationales de tuberculose est quasi-inexistante. Par exemple, rien n'est dit sur la stratégie de traitement DOT (Directly Observed Therapy), stratégie recommandée par l'OMS chez les personnes précarisées. Ainsi des recommandations de prévention et traitement de la tuberculose spécifiques à cette population devraient être élaborées et publiées en France. Les membres du comité de pilotage semblaient d'accord avec cette proposition. La contribution à l'élaboration de ces recommandations constitue un des objectifs de ce projet.

➤ ***Projet de mise en œuvre et évaluation d'une stratégie de dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes sans abri prises en charge par le SSP ou rencontrées par les Equipes Mobiles d'Aide***

Un certain nombre d'éléments permettent de justifier la mise en place d'une stratégie de dépistage systématique de la tuberculose auprès de la population prise en charge par le SSP. L'augmentation de 15% des diagnostics de tuberculose à Paris en 2002 (B. Decludt, communication personnelle) ainsi que l'épidémie récente de tuberculose dans des foyers de travailleurs migrants montrent que la situation épidémiologique de la tuberculose à Paris n'est pas stabilisée. Les personnes prises en charge par le SSP font partie, du fait de leur origine géographique et de leurs conditions de vie, des populations à haut risque de tuberculose. L'estimation de la prévalence de la tuberculose active à partir des déclarations obligatoires de tuberculose et de l'estimation du nombre de personnes sans abri à Paris, serait de l'ordre de 300 pour 100 000 ce qui reste dans des limites où le dépistage actif est efficient (F Antoun, communication personnelle).

Par ailleurs, le dépistage systématique de la tuberculose dans les structures d'hébergement à Paris est réalisé par la DASES, qui ne peut organiser qu'une ou deux soirées de dépistage dans les centres d'hébergement chaque année.

Ce projet se fait dans le cadre du comité de pilotage déjà cité et en partenariat étroit avec le service de lutte anti-tuberculose de la DASES (Dr F. Antoun). Durant l'année 2003, la réflexion a été centrée sur l'organisation pratique du dépistage. Compte tenu du taux de rotation des personnes dans les centres, il semble plus pertinent d'utiliser un camion mobile avec un système de radiographie numérisée plutôt que d'installer une cabine dans les

centres. L'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose et la DASES doivent rencontrer des équipes européennes qui ont déjà ce type d'expérience (Pays-Bas, Royaume Uni).

Dans le cadre de ce projet, une base de données sur les caractéristiques démographiques et cliniques des personnes dépistées, sous la responsabilité du médecin de l'EMLCT, sera réalisée. Elle permettra de suivre la fréquence des dépistages chez les personnes prise en charge par le SSP.

➤ **Etude sur la vie affective et sexuelle des personnes sans abri**

Une étude sur la vie affective et sexuelle, satellite de l'enquête nationale sur « Le contexte de la sexualité en France en 2005 » (CSF 2005) conduite sous l'égide de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, est réalisée auprès des personnes prises en charge par le SSP. Cette étude menée auprès d'une population non joignable par les dispositifs habituels d'enquêtes en population générale, permettra de donner un éclairage sur un certain nombre de thèmes développés dans l'enquête CSF 2005 dans des situations sociales très défavorisées.

Les thèmes de recherche pour l'étude auprès des personnes sans abri sont :

- Les modalités relationnelles, en lien avec des parcours affectifs très perturbés, avant et dans la situation d'exclusion sociale
- L'impact des conditions environnementales (vie dans des lieux collectifs ou dans l'espace public), de l'identité sociale (exclusion) et des différentes addictions (alcool, drogues) sur les modalités relationnelles et la sexualité
- Les rapports sociaux de sexe dans la rue (signification des relations dans un contexte de rareté des femmes et de violence, négociation dans la relation sexuelle)
- Perception des risques sexuels (violences, grossesse, infections) et l'intégration de la prévention (grossesse, VIH)
- L'accès aux soins concernant la sphère gynécologique pour les femmes

La méthodologie de l'étude repose sur des entretiens approfondis, comprenant une biographie affective et sexuelle. La population de l'étude est constituée des personnes prises en charge par 2 centres d'hébergement mixtes du samusocial de Paris et un accueil de jour. Il est prévu de réaliser au moins une soixantaine d'entretiens.

Le comité de pilotage de l'étude, présidé par Geneviève Paicheler (Sociologue, CERMES) comprend en dehors des membres de l'observatoire et du SSP : D. Pourrette (Anthropologue, attachée au LAS-EHESS), P. Pichon (Sociologue, CRESAL), J-M Firdion (Sociologue, INED), S. Levinson (Psycho-sociologue, INSERM U 569), G. Nauleau (Psychiatre, RSPP). Deux de ses membres participent aussi au groupe de recherche de CSF 2005, S. Levinson (Psycho-sociologue) et A. Laporte (Epidémiologiste).

Au cours de l'année 2003, le comité de pilotage s'est réuni pour la première fois en octobre. Le travail a été focalisé sur le cadrage méthodologique. Une dizaine d'entretiens avaient été réalisés fin 2003.

➤ **Etude rétrospective sur les hypothermies diagnostiquées par les Equipes Mobiles d'Aide**

Une étude rétrospective sur les cas d'hypothermie diagnostiqués par les infirmier(e)s des Equipes Mobiles d'Aide en 2003 a été mise en œuvre fin novembre 2003. L'objectif de l'étude est de décrire les cas d'hypothermie diagnostiqués et de mettre en évidence des facteurs de risque.

La méthodologie est basée sur l'analyse des fiches d'évaluation-intervention des infirmières de l'année 2003. Tous les cas d'hypothermie, définis par une température corporelle inférieure à 36°C, ont été recrutés pour l'étude. Pour chaque cas d'hypothermie, trois

témoins ont été tirés au sort parmi les autres fiches d'intervention du même mois de l'année 2003.

Les variables analysées sont : le sexe, l'âge, les conditions climatiques (température extérieure), les circonstances de la découverte, l'état clinique (température corporelle, niveau de conscience, élocution), les conduites adoptées par l'infirmière (réchauffement, ..), les facteurs favorisants (alcool, mobilité réduite, pathologie associée...) et l'orientation (appel 15, CHUS, CHUSI,...).

Ce travail a été réalisé en collaboration avec le département médical du SSP et le département de l'urgence sociale (Infirmier référent des EMA). L'observatoire a réalisé le masque de saisie sous Epi-info, les données ont été saisies par l'infirmier référent (F. Raymond). Le nombre de cas d'hypothermie diagnostiqués en 2003 s'élève à 94. Les résultats de l'analyse des données seront disponibles en mars 2004.

## **E) Communication – Publications**

### **E-1 Communication**

L' étude sur la prévalence et les caractéristiques de l'épilepsie a été présentée en communication orale aux *Journées Françaises de l'Epilepsie* (Lille, Novembre 2003). Un article à paraître dans une revue à comité de lecture est en cours de rédaction.

### **E-2 Rapports**

Un bilan des effets de la canicule a été réalisé en septembre 2003 à partir de l'activité des différents services du samusocial de Paris. Il a fait l'objet d'un rapport coordonné et rédigé par l'observatoire :

#### ***Plan d'Action Chaleur du samusocial de Paris en août 2003, son Impact sur l'activité des différents services et Recommandations en période de fortes chaleurs (novembre 2003)***

La synthèse du rapport a été diffusée aux membres du Conseil d'Administration. Elle a également été diffusée la Direction Générale de la Santé, dans le cadre du groupe de travail chargé d'élaborer les plans de réponse aux situations exceptionnelles. Il doit servir pour l'élaboration (en cours) de « recommandations en cas de canicule pour les personnes sans abri ».

Un document d'information sur les conséquences sanitaires des situations climatiques de grand froid à destination des équipes, accompagné de recommandations en cas d'hypothermie, a été élaboré par l'observatoire en collaboration avec le département médical et le département de l'urgence sociale :

#### ***Prise En Charge Des Conséquences Sanitaires Des Situations Climatiques De Grand Froid (novembre 2003)***

Ce document a servi de base à la formation des équipes, en particulier des EMA, avant la période de grand froid. Il a également été diffusé à la Direction Générale de la Santé, dans le cadre du groupe de travail chargé d'élaborer les plans de réponse aux situations exceptionnelles.

## F) Elaboration du programme d'activité 2004

Le programme d'activité prévisionnel est élaboré par l'équipe de l'observatoire à partir des remontées des acteurs de terrain. Il est constitué de fiches projets standardisées. Le programme d'activité 2004 a été validé par la direction du samusocial de Paris en octobre 2003.

Les projets sont réalisés sous réserve des financements obtenus. Ils sont mis en œuvre en partenariat étroit avec les équipes de terrain. Pour chaque projet, un comité de pilotage ad hoc constitué d'acteurs de terrains et d'experts des domaines étudiés garantit le caractère scientifique et éthique du travail.

Le programme d'activité 2004 se développe dans trois champs : la veille médico-sociale (MS), l'épidémiologie et la santé publique (ES) et les sciences sociales (ScS).

### F-1 La veille médico-sociale

Le domaine de *la veille médico-sociale*, comprend deux types d'activité : la participation à l'élaboration des systèmes d'information pérennes du samusocial de Paris et l'analyse des données recueillies.

Les projets présentés sont :

- **MS1** : Vieillir dans la rue : évolution des caractéristiques socio-démographiques des personnes de plus de 65 ans rencontrées par les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) ou ayant fait appel au 115
- **MS2** : Refus d'hébergement : caractéristiques socio-démographiques et motivations des personnes rencontrées par les Equipes Mobiles d'Aide (EMA) refusant tout hébergement
- **MS3** : Typologie et trajectoires des familles faisant appel au 115 de Paris depuis 1999
- **MS4** : Etude de faisabilité sur l'utilisation d'ordinateurs de poche (PDA GPRS) pour le recueil et la transmission d'informations par les Equipes Mobiles d'Aide
- **MS5** : Les usagers du 115 en 2003 : caractéristiques socio-démographiques

### F-2 L'épidémiologie et la santé publique (ES)

*L'Épidémiologie et la santé publique*, consiste en la mise en œuvre d'études ponctuelles sur des pathologies aiguës ou chroniques, la contribution à la mise en place d'actions et de recommandations, et à leur évaluation.

Les projets présentés sont :

- **ES1** : Suivi thérapeutique et adaptation des recommandations de traitement chez les personnes atteintes de tuberculose en situation d'exclusion sociale
- **ES2** : Mise en œuvre et évaluation d'une stratégie de dépistage de la tuberculose chez les personnes sans abri à Paris
- **ES3** : Epilepsie dans le contexte de l'exclusion sociale : révision des modalités de prise en charge
- **ES4** : Etat bucco-dentaire et besoins en soins des personnes en situation d'exclusion sociale
- **ES5** : Evaluation de la situation gynécologique des femmes en grande exclusion

### **F-3 Les sciences sociales (ScS)**

*Les sciences sociales*, résident dans la mise en œuvre d'études visant à améliorer la connaissance sur les processus de désocialisation et leurs conséquences. Les projets présentés sont :

- **ScS1** : Etude exploratoire sur les contextes de réalisation de la vie affective et sexuelle des personnes en errance
- **ScS2** : Prévention de la chronicisation de la vie à la rue des SDF en errance depuis moins de 2 ans

## **G) Priorités et Perspectives pour les années à venir**

### **G-1 Animer le réseau de partenaires**

L'observatoire doit trouver des partenaires financiers pour réaliser son programme d'activité. La fidélisation des partenaires dépend de la qualité des travaux réalisés, de leur publication dans des revues à comité de lecture et de leur diffusion large aux acteurs de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

### **G-2 Stabiliser et renforcer l'équipe**

Durant l'année 2003, la psychologue environnementale a été recrutée sur un statut de vacataire, il serait souhaitable qu'elle puisse disposer d'un contrat GIP (CDD de 3 ans)<sup>5</sup>.

Par ailleurs, compte tenu du programme d'activité ambitieux de l'observatoire et des demandes de travaux en urgence par le samusocial de Paris sur la base de données 115, il serait important que le poste d'interne de santé publique puisse être pourvu. Il est à présent ouvert, mais ne pourra être choisi que si le problème budgétaire est réglé. Des négociations avec la DRASS et l'AP-HP devraient avoir lieu début 2004.

### **G-3 Formation de l'équipe**

Les travaux de l'observatoire n'auront de pertinence que s'ils sont réalisés dans des conditions méthodologiques irréprochables. C'est ainsi que la *formation* des membres de l'observatoire, en terme de recueil et d'analyse de données, a été renforcée en 2003 et ceci devra se poursuivre en 2004.

### **G-4 Installer définitivement l'observatoire**

Pour pouvoir se renforcer en ressources humaines l'observatoire doit être installé dans des locaux plus grands. Il est prévu que l'observatoire déménage avenue Philippe Auguste début 2004, le CASVP ayant mis à disposition du samusocial de Paris des locaux gérés par l'OPAC de Paris (convention signée en octobre 2003). La mise à niveau en terme de matériel informatique et logistique de l'observatoire, opérée en 2003 et nécessaire à la réalisation de ses missions, pourra être complètement effectuée dans les nouveaux locaux.

### **G-5 Publications**

La qualité des travaux réalisés devrait permettre leur publication dans des revues référencées et leur communication dans des colloques scientifiques. L'objectif est de produire des *travaux de référence* qui fassent avancer la communauté scientifique travaillant dans le domaine de l'exclusion sociale et qui contribuent à aider les pouvoirs publics à définir et adapter les politiques de lutte contre l'exclusion.

---

<sup>5</sup> Réalisé en janvier 2004.

Par ailleurs, il est aussi important que les résultats des travaux de l'observatoire soient diffusés au sein des associations travaillant sur l'exclusion sociale, qui n'ont pas forcément accès à des publications scientifiques pointues. Ainsi, l'édition d'un 4 pages semestriel comprenant les résultats d'études permettrait une *diffusion large du savoir acquis* à destination des acteurs de terrain.

Enfin, *mettre en application par des actions concrètes* les conclusions des travaux demeure la première exigence de l'observatoire lors de l'élaboration de ses projets. Ceci dans la continuité des missions du samusocial de Paris qui doit rester un lieu d'innovation et d'évaluation de pratiques sociales et médicales les plus adaptées à la population des personnes sans abri ; et dans la perspective de leur diffusion ultérieure à d'autres structures.