

Rapport d'activité 2005 de l'observatoire du samusocial de Paris

1. Les points forts de l'année 2005

Après deux années et demie de travail dans le cadre de la nouvelle direction scientifique de l'observatoire, l'année 2005 a été caractérisée par la production significative de résultats d'études engagées depuis 2 ans. Cela a aussi été l'occasion de présenter l'ensemble des travaux au cours d'une journée scientifique.

Par ailleurs, un autre point fort de cette année concerne la composition de l'équipe qui a vu se renforcer de façon conséquente le pôle sciences sociales ainsi que le pôle épidémiologie-santé publique.

1.1 Les résultats significatifs

1.1.1 L'enquête sur les femmes : « Féminité, Accès aux soins, Maternité, et Risques vécus par les femmes en grande précarité » - *une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique.*

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une convention avec la Direction générale de la santé, et conduit par une équipe pluridisciplinaire¹. Cette étude qualitative avait pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes en grande précarité. Elle a été menée auprès de 30 femmes âgées de 20 ans à 60 ans fréquentant les centres d'hébergement du samusocial de Paris.

Ce travail a donné lieu à des recommandations dépassant le cadre de la prise en charge gynécologique pour aborder les modalités d'hébergement des femmes (amélioration de la sécurité, de la propreté, du respect de l'intimité, centres dédiés aux femmes, etc.), les soins gynécologiques (augmenter les consultations de gynécologie, démarche active des acteurs de soins, équipes mobiles, gynécologues de sexe féminin, informations sur la sexualité, les risques sexuels, et les abus sexuels, etc.) et le soutien psychologique, ce dernier devant faire partie intégrante de la prise en charge sanitaire de ces femmes (individuel, de la relation mère-enfant, conjugal).

Ces résultats² font déjà l'objet d'applications au niveau de la prise en charge des femmes dans les centres d'hébergement du samusocial de Paris. Par ailleurs, la Direction générale de la santé a entamé un travail de réflexion avec le planning familial sur l'amélioration de la prise en charge des femmes en grande précarité.

¹ Dolorès Pourette ⁽¹⁾, Lola Brunet ⁽²⁾, Sandrine Carpentier ⁽²⁾, Anne Laporte ⁽²⁾ et Bernard Guillon ⁽³⁾

⁽¹⁾ Ined/Inserm U569 – Laboratoire d'anthropologie sociale EHESS ; ⁽²⁾ Observatoire du **samusocial**deParis ; ⁽³⁾ Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF).

² Le rapport complet est téléchargeable sur le site : www.samusocial-75.fr, rubrique observatoire – santé des femmes.

1.1.2. L'analyse des données de la cohorte des usagers du 115 de Paris

Des bases de données annuelles sur les usagers du 115 ont été extraites du logiciel 4D et formatées³ pour être analysables à l'aide de logiciels statistiques. Chaque usager ayant un identifiant unique, une cohorte⁴ d'usagers a pu être reconstituée depuis 1999. Cette cohorte, 128 330 personnes entre 1999 et 2004, représente une opportunité unique pour analyser les recours à ce type de dispositif et les modifications des caractéristiques de la population au cours du temps.

L'analyse descriptive de la cohorte 1999-2004 a pu être effectuée en 2005 sous la responsabilité de la statisticienne économiste (I. Agier). Un rapport sur les personnes isolées d'une part (en cours de finalisation) et un autre sur les familles⁵ d'autre part ont été rédigés.

Ces analyses longitudinales ont permis de montrer notamment l'évolution des caractéristiques des populations hébergées (progression des jeunes et des femmes chez les isolés et des familles monoparentales avec une femme comme chef de famille), ainsi que l'augmentation de la durée d'hébergement pour ces deux catégories de population. Ces résultats posent la question de l'adéquation de l'hébergement d'urgence pour la prise en charge de ces populations.

1.2. La journée scientifique de l'observatoire

La journée scientifique de l'observatoire du samusocial de Paris s'est tenue à la Maison de la RATP, le 13 décembre 2005, avec le soutien des partenaires de l'observatoire⁶ et de la RATP.

L'objectif de cette journée était de présenter à nos partenaires financiers, institutionnels, associatifs et collaborateurs scientifiques les résultats des travaux engagés depuis début 2003. Les études menées ont émané des problématiques de terrain et été réalisées avec les acteurs de terrain. De ce fait, chaque communication était présentée par une personne de terrain et une personne de l'observatoire. Puis pour chaque communication un discutant extérieur a tenté de mettre en perspective les résultats. Le programme de la journée se répartissait en deux thèmes : les problématiques de santé et donc les actions et recommandations pour adapter la prise en charge sanitaire des personnes ; et les problématiques sociales, à partir de l'observation des usagers du 115 de Paris de 1999 à 2004, permettant de mettre en évidence et /ou de confirmer les problèmes émergents de l'urgence sociale.

8 h 45 Introduction : Xavier EMMANUELLI (*Président du samusocial de Paris*)

Matinée : Santé publique : des données pour l'action

8 h 55 - **Modérateur** : Dr Laurent CHAMBAUD (*Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche Comté*)

9 h 00 : Tuberculose : Impact de la stratégie DOT chez les SDF ?

C LARDOUX (*observatoire*), T KERN (*SSP*)

Discutant : Dr Dolorès MIJATOVIC (*Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse de Seine Saint-Denis*)

9 h 30

Epilepsie : De la prévalence au consensus

A LAPORTE (*observatoire*), C LARRUELLE (*SSP*)

Discutant : Dr Benoît DOUMENC (*Service d'Accueil d'Urgence, Hôpital du Kremlin-Bicêtre*)

10 h 00 : Facteurs de risque d'Hypothermie la nuit à Paris

S CARPENTIER (*Observatoire*), F RAYMOND (*SSP*)

Discutant : Didier HOURDIN (*Médecins du Monde, mission France Le havre*)

³ Travail réalisé par la société Epiconcept.

⁴ Une cohorte est un ensemble d'individus ayant le même événement origine (appel au 115) et suivis au cours du temps.

⁵ Réalisé par un stagiaire ENSAE : Sylvain Mougel

⁶ ACCOR, Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Compagnie Parisienne de Chauffage Urbain, DDASS de Paris, Direction générale de la Santé, EDF-GDF, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, LAFARGE, MACIF, PSE (Etudes et Aménagement d'Espaces Collectifs et de Travail), Sanofi-Aventis, SERVIER, SNCF, Suez-Lyonnaise des Eaux.

- 11 h 00 - Modérateur : Dr Zinna BESSA (Direction Générale de la Santé)
 11 h 05 Les femmes en grande précarité : Féminité, Risques et Accès aux soins gynécologiques. Dolorès POURRETTE (*EHESS- U 569 Inserm*), Dr Bernard GUILLON (*Association pour la santé des femmes*)
 11 h 45 Témoignage de femmes et action participative de l'« Association des femmes SDF » de Grenoble. Marie-Jo CHAPPOT (*Présidente association femmes SDF*)

Après-midi : le 115, un dispositif d'observation de la grande précarité

- 14 h 30 - Modérateur : Michel CASTELLAN, Mipes
 14 h 35 : Les usagers (non en famille) du 115 de 1999 à 2004
 I AGIER (*observatoire*), Laure BIETRIX (*coordinatrice 115 de Paris*)
 Discutant : Représentant de la FNARS
 15 h 05 : Les familles ayant fait appel au 115 de 1999 à 2004
 S MOUGEL (*observatoire*), Marie MEYNIER (*coordinatrice 115 pôle famille*)
 Discutant : Eric DEMANCHE (CAFDA)
 15 h 35 : Table ronde :
 Les problèmes émergents de l'urgence sociale : Les jeunes et les femmes enceintes, Grégoire CAFFIN-LE DÛ (115) Laura BERGE (115 pôle famille), Sylvain. CUZENT (CASVP), Elise DORMAGEN (*Association Corot*)
 16 h 35 Clôture : Stefania PARIGI (*Directrice générale du samusocial de Paris*)

Près de 200 personnes, venant de différentes régions de France, ont participé à cette journée scientifique. Elle a permis des échanges intéressants et a, semble-t-il, été très appréciée des participants. Les communications sont disponibles sur le site du samusocial, rubrique observatoire.

1.3 Le renforcement de l'équipe de l'observatoire

Au cours du dernier trimestre 2005, nous avons procédé au recrutement de 2 sociologues⁷ à mi-temps, ayant déjà une expérience de recherche sur les sans domicile, pour renforcer le pôle sciences sociales et mettre en œuvre l'étude sur le « Refus d'hébergement collectif d'urgence ». Un des sociologues avait contribué au recueil de données sur l'enquête « Vie affective et sexuelle », et participe à l'analyse et la rédaction du rapport (1/5 de temps supplémentaire).

Par ailleurs, une biologiste épidémiologiste⁸ a été recrutée pour mettre en œuvre l'étude sur la prévalence du diabète.

Ce renforcement de l'équipe avait pour objectif premier de mettre en œuvre les études du programme d'activité, mais il présente aussi l'intérêt d'enrichir les discussions, grâce à la pluridisciplinarité de l'équipe, sur les différents projets en cours et sur l'élaboration des futurs projets. La taille de l'équipe de recherche pérenne actuelle (5 équivalents temps plein y compris la directrice) constitue un minimum compte tenu de la diversité des champs d'études.

2. Bilan critique et perspectives

2.1 Réalisation des objectifs

Un certain nombre d'objectifs pour 2005 ont pu être réalisés comme le renforcement des pôles sciences sociales et santé publique-épidémiologie (cf. supra). Il reste à revoir le pôle veille sociale en relation notamment avec la création de l'observatoire national du 115 de la FNARS avec lequel une collaboration plus formelle va s'opérer.

⁷ Edourad Gardella, Erwan Le Mener

⁸ Amandine Arnaud

Cependant, il faut noter que le recrutement d'un statisticien au 115 de Paris n'a pas pour autant déchargé significativement la personne de l'observatoire responsable de l'analyse des données du 115. En effet, durant l'année 2005, le changement de la base de données du 115 a entraîné des besoins supplémentaires en ressources humaines qui devraient cependant être stabilisés en 2006.

Un objectif fondamental pour l'observatoire, représenté par la récolte de fonds pour le fonctionnement et la réalisation des études, n'a pas été réalisé en 2005. Les différentes opérations menées, l'édition d'un 4 pages à destination des entreprises en mars 2005 et l'organisation d'un petit-déjeuner en septembre n'ont pas permis de renouveler notre partenariat.

Une autre stratégie présentée dans la partie suivante a été décidée suite à cet insuccès.

2.2 Perspectives

Les perspectives pour l'observatoire sont d'élaborer de nouveaux projets d'études qui s'articulent dans une réflexion plus globale dans les domaines : sanitaire, des comportements des SDF et de leurs usages des dispositifs d'accueil et de la prise en charge. Ceci dans le but de constituer un pôle d'expertise et une vraie force de proposition auprès des pouvoirs publics pour l'élaboration des politiques de lutte contre les exclusions.

Ces projets ne verront le jour que si des financements pérennes, sur 3 ans au moins, sont disponibles. Ce d'autant que la mise à disposition de la directrice prendra fin en juin 2006, ce qui constituera un coût budgétaire supplémentaire. Ainsi, pour poursuivre son activité l'observatoire devra construire un projet ambitieux qui dépasse la seule accumulation d'études, de façon à intéresser des entreprises pour un financement plus important. Un séminaire de réflexion stratégique sera organisé début 2006 pour construire ce projet.

3 Le rapport d'activité 2005

I- Présentation de l'observatoire

I-1 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 et aussi par la mise en œuvre d'études ponctuelles dans les domaines de l'épidémiologie, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie. 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.

I-2 Personnel et fonctionnement

I-2-1 Personnel

L'équipe pluridisciplinaire était composée en 2005 de 8 personnes⁹ (7 équivalents temps plein): un directeur épidémiologiste, un assistant de direction, une statisticienne économiste (en remplacement de la socio-démographe en congé maternité, réintégrée en octobre), une psychologue environnementale, deux sociologues à mi-temps et une biologiste épidémiologiste. Plusieurs professionnels ont participé à l'activité de l'observatoire en 2005 en tant que vacataires : une anthropologue, une psychologue.

Par ailleurs, un étudiant de l'ENSAE¹⁰ a réalisé un stage de 3 mois à l'observatoire et une linguiste¹¹ de l'ENS de Lyon a débuté un stage en novembre 2005. L'observatoire a reçu un avis favorable (arrêté N°2003-1162) en 2003 pour l'accueil d'un interne de santé publique, le stage ouvert au choix des internes ne peut toujours pas être pris du fait de l'absence de financement.

I-2-2 Fonctionnement

L'observatoire doit rechercher les fonds nécessaires à son fonctionnement 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 2005 ont été : le groupe ACCOR, le CASVP, la Compagnie Parisienne de Chauffage Urbain, la DDASS de Paris, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé, la MACIF Île de France, le laboratoire Sanofi-Aventis, le laboratoire Servier, la SNCF.

II- Participation à l'élaboration des systèmes d'information et à l'analyse des données issues des services du samusocial de Paris

II-1 Finalisation du cahier des charges et test de la base de secours du 115

La base de données du 115 de Paris a été modifiée grâce à une nouvelle application réalisée par la société Donam. La statisticienne économiste a été très sollicitée au premier semestre 2005 pour travailler sur la mise en place de la nouvelle base. Ceci a amené le 115 à recruter un statisticien en mars 2005 de façon à libérer l'observatoire de cette charge de travail. Le rôle de l'observatoire concernant la base de données du 115 se limitant à la participation à la formation des permanenciers pour le recueil des données, à l'écriture du manuel d'utilisateurs, et au soutien méthodologique pour la production des diverses statistiques demandées.

II-2 Suivi de la base de données sur les patients tuberculeux pris en charge par l'Equipe de Lutte Contre la Tuberculose (EMLT) et analyse des données

Le logiciel TB-Info pour le suivi hospitalier des cas de tuberculose, diffusé gratuitement par l'Institut de Veille Sanitaire, a été mis à disposition de l'EMLT début 2003. Des adaptations ont été nécessaires pour rendre le logiciel compatible avec les cas de tuberculose rencontrés par l'EMLT. La socio

⁹ respectivement : Anne Laporte, Patrick Jacobi, Isabelle Agier, Carole Lardoux, Sandrine Carpentier, Edouard Gardella, Erwan Le Mener, Amandine Arnaud.

¹⁰ Sylvain Mougel, sur l'analyse de la cohorte des usagers du 115.

¹¹ Chloé Mondéme, sur l'étude « refus d'hébergement ».

démographe de l'observatoire suit cette base et analyse les données. Une analyse a été réalisée début 2005 et quelques résultats ont été inclus dans l'article publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°17-18 (numéro spécial tuberculose). Une autre a été menée en novembre 2005 en vue de la présentation sur la tuberculose dans le cadre de la journée scientifique.

II-3 Aide méthodologique pour le recueil d'information des infirmiers des équipes mobiles

Une application à partir du logiciel epi-info pour la saisie informatique des fiches remplies par les infirmiers lors des interventions la nuit a été réalisée par l'observatoire (S Carpentier). Cette base de données permet un suivi quotidien de l'activité et une analyse des problématiques de santé présentées par les personnes rencontrées la nuit. L'analyse des données recueillies en 2005 sera réalisée début 2006.

III- Les études finalisées en 2005 ou en cours

III-1 Les études finalisées

Les études finalisées en 2005 sont : l'analyse statistique des données de la cohorte des usagers du 115 pour les isolés et les familles, l'analyse épidémiologique des cas d'hypothermie de l'année 2004 et des données recueillies auprès des patients tuberculeux ; et enfin, une analyse socio-psycho-anthropologique sur la santé gynécologique des femmes en grande précarité.

Les principaux résultats de ces études sont les suivants :

➤ *Analyse des données de la cohorte des usagers du 115 pour les personnes isolées*

Tous les demandeurs d'hébergement éligibles ne sont pas hébergés. La demande étant en permanence supérieure à l'offre d'hébergement, des « demandes non pourvues » sont enregistrées chaque jour. Celles-ci se réduisent soit quand l'offre d'hébergement augmente (c'est le cas en hiver), soit quand la demande diminue (c'est le cas en été). Lors des demi-saisons, la demande est encore forte et les places déjà restreintes. Ainsi, le rationnement de places (différence entre la demande et l'offre) est plus important pendant les demi-saisons.

Malgré une demande assez stable d'une année sur l'autre, les hébergés sont de moins en moins nombreux (15 200 en 1999 contre 11 800 en 2004) mais bénéficient d'un nombre d'hébergements tout au long de l'année de plus en plus important (16 nuitées par an en 1999 contre 29 en 2004). On enregistre une progression des jeunes et des femmes. La majorité des hébergés sont de nationalité étrangère, ils sont aussi plus de la moitié sans ressource. Le nombre d'hébergés bénéficiant d'un suivi social est en régression alors que ceux bénéficiant d'une couverture médicale sont de plus en plus nombreux principalement grâce à la CMU.

On peut distinguer deux types d'utilisateurs du dispositif d'urgence. Les personnes connues et hébergées de nombreuses fois tout au long de l'année et les nouveaux hébergés qui le sont de façon beaucoup plus occasionnelle et souvent saisonnière. La population hébergée se renouvelle de moins en moins puisque la première catégorie en représente une part croissante (30% en 2000 contre 45% en 2004). Ce constat pose sans équivoque la question de l'adéquation de l'hébergement d'urgence pour cette population « installée » dans un dispositif d'urgence.

➤ *Analyse des données de la cohorte pour les personnes en famille*

En 1999, 400 familles, soit 1 285 personnes étaient hébergées via le 115 de Paris, donnant ainsi lieu à 27 200 nuitées hôtelières dans l'année. Entre août 2000 et décembre 2002 sont créées trois plates-formes partenaires et, un Pôle Famille au 115. Malgré ces trois plates-formes partenaires, les appels de personnes en famille continuent d'affluer au 115 de Paris. En 2004, 2 663 familles, soit 7 900 personnes sont hébergées via le 115, donnant lieu à plus de 900 000 nuitées hôtelières dans l'année. En outre, de plus en plus de familles sont hébergées plusieurs années consécutives et pour une période de plus en plus longue au cours de l'année. La durée moyenne d'hébergement est de 21 nuitées en 1999 contre 121 en 2004.

Par ailleurs, la structure de ces familles a changé. En effet, alors qu'en 1999, près d'une famille hébergée sur deux se compose d'un couple avec enfants, en 2004, près de deux familles sur cinq sont constituées d'une femme et de son enfant. Nous avons constaté un rajeunissement de la population des hébergés. De plus, la plupart des familles (82 %) sont sans hébergement suite au départ de leur pays d'origine ou suite à une expulsion. Près de 7 familles hébergées sur 10 sont sans ressource à l'entrée dans le dispositif. Environ 4 sur 10 n'ont pas de suivi social et 4 chefs de famille sur 10 n'ont pas de couverture médicale.

On a pu constituer des groupes de famille ayant des caractéristiques homogènes, avec d'une part, des familles issues des flux migratoires internationaux, sans ressource et hébergées plus de six mois dans l'année via le 115 ; et d'autre part, des familles dont l'hébergement a été effectué à titre exceptionnel. Par ailleurs, nous avons pu vérifier que les caractéristiques démographiques n'entrent ni dans les critères de prise en charge, ni dans la durée d'hébergement.

Cependant, alors que les isolés sont hébergés dans des centres où une offre de services médicaux et sociaux existe, la majorité des familles sont livrées à elles-mêmes dans une chambre d'hôtel.

➤ *Étude sur les cas d'hypothermie décelés en 2004 par les équipes mobiles de nuit du samusocial de Paris*

En novembre 2003, des recommandations de prise en charge sanitaire ont été diffusées aux équipes mobiles de nuit et des thermomètres tympaniques leur ont été fournis. Parallèlement, une étude rétrospective sur les caractéristiques et les facteurs de risque des cas d'hypothermie décelés en 2003 a été effectuée. Elle a permis de mettre en évidence des facteurs de risque tels qu'une mobilité réduite permanente, la présence de pathologie(s) sous-jacente(s) et une alcoolisation massive, et de préciser les recommandations préalablement diffusées.

Nous avons étudié les cas d'hypothermie décelés en 2004 afin d'observer si leurs caractéristiques avaient évolué, et les avons comparés à des témoins de façon à confirmer les facteurs de risque décelés en 2003. Cent sept cas d'hypothermie ont été décelés chez 82 personnes (7% des interventions infirmières). La majorité des épisodes étaient légers. Six personnes ont développé 2 à 3 hypothermies et trois, entre 5 et 8 épisodes. Les cas étaient répartis tout au long de l'année 2004. Leur répartition en fonction de la température extérieure montrait une fréquence importante entre 2.5 et 7.5°C (41%). Cependant, en rapportant les cas au nombre de jours d'exposition à une température particulière le taux de cas diminuait avec l'augmentation de la température extérieure. L'analyse univariée a montré une association significative entre la survenue d'une hypothermie et le sexe masculin, un âge supérieur à 40 ans, une alcoolisation massive et une mobilité réduite (permanente ou transitoire). L'analyse multivariée a confirmé les facteurs de risque que sont l'alcoolisation massive et la

mobilité réduite. L'existence d'une pathologie chronique n'était pas statistiquement associée à l'hypothermie dans nos données par manque de puissance. Elle reste, cependant, un facteur à prendre en compte sérieusement dans la prévention de l'hypothermie.

L'augmentation de 61% du nombre de cas entre 2003 et 2004 indique un effet positif des recommandations et laisse supposer un risque de sous-estimation des hypothermies légères lorsqu'elles ne sont pas recherchées. Ainsi ces résultats rappellent l'importance de la sensibilisation des équipes pour prévenir ou déceler des hypothermies mêmes légères dans cette population.

➤ *Tuberculose : Impact de la stratégie DOT*

De façon à évaluer l'efficacité de la prise en charge par l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT), une analyse rétrospective comparant les cas pris en charge par l'EMLT avec ceux pris en charge par les 5 centres médicaux sociaux du Centre de Lutte anti-tuberculeux (CLAT) de Paris a été réalisée. L'utilisation commune du logiciel TB-info a permis de confronter les données socio-démographiques et cliniques recueillies auprès des personnes tuberculeuses prises en charge dans les deux types de structure. Les patients de l'EMLT (N=99) différaient sur de nombreuses caractéristiques des patients du CLAT (N=96) malgré la précarité de ces derniers (42% sont sans couverture sociale). Ils étaient plus souvent de sexe masculin, plus âgés, plus souvent nés en France.

Sur le plan clinique, les patients de l'EMLT avaient plus souvent un antécédent de tuberculose et une infection VIH concomitante. Leur durée prévue de traitement était plus longue, ainsi que leur durée effective de traitement. La proportion de perdus de vue de 3% pour les patients de l'EMLT ne différait pas significativement de celle des cas de la DASES. Ces résultats confirment l'efficacité de cette prise en charge chez des patients très difficiles à traiter et pour lesquels une prise en charge classique comporte un risque d'échec important : un patient sur cinq était en interruption de traitement avant sa prise en charge par l'EMLT.

➤ *Le recours aux soins gynécologiques des femmes en grande précarité*

Les femmes en situation de grande précarité sont exposées à de multiples risques : des risques d'agression (vol, agressions physique ou sexuelle), des risques de rejet familial et de stigmatisation sociale, des risques pour leur santé (la santé en général et la santé sexuelle et reproductive). Les femmes rencontrées témoignent de multiples violences vécues par le passé (maltraitements dans l'enfance, abus sexuels, violences conjugales...) et dans la situation actuelle de privation de logement. L'exposition aux risques, les violences vécues, l'absence d'un espace intime propre, la dévalorisation sociale, le fait de côtoyer quotidiennement d'autres personnes sans domicile – principalement des hommes – mettent à rude épreuve l'estime et l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. Le corps, constamment exposé au regard extérieur et notamment à celui des hommes est alors soit réinvesti comme un lieu de valorisation, soit vécu comme une source de dépréciation. La vie à la rue entraîne une mise sous tension des attributs sociaux liés à la féminité. Les femmes rencontrées développent des compétences pour s'adapter aux conditions de vie dans la rue, pour tenter de préserver leur estime d'elles-mêmes, pour jouer de leur féminité en la voilant dans un souci de protection ou au contraire en la réinvestissant (par la présentation d'elles-mêmes ou par une maternité, réelle ou fantasmée) dans un but de revalorisation sociale.

Concernant la santé gynécologique, la dimension préventive des soins gynécologiques ne favorise pas un recours aux soins dans un contexte de déstructuration du rapport au temps et de mise à mal de la féminité. Certaines femmes, cependant, arrivaient à maintenir un comportement préventif, en particulier de jeunes femmes ayant bénéficié du travail actif d'éducation à la santé gynécologique d'acteurs de

soins oeuvrant dans des associations. Les barrières aux soins gynécologiques étaient, comme pour le recours aux soins en général, un long passé d'errance, des addictions. Toutefois, une résistance à l'examen gynécologique était retrouvée spécifiquement chez des femmes ayant des antécédents de violences sexuelles et/ou psychologiques induisant un rapport au corps ou à la pénétration sexuelle perturbés.

III-2 Les études en cours

➤ Étude sur la vie affective et sexuelle des personnes sans abri

L'Observatoire du Samusocial de Paris a mis en place en 2004 une enquête qualitative pluridisciplinaire afin d'étudier l'incidence des conditions d'existence sur la vie affective et sexuelle des personnes sans domicile fixe¹². Le recueil de données a été effectué par entretiens semi directifs auprès d'hommes et de femmes fréquentant les structures du Samusocial. 46 entretiens semi directifs d'une durée moyenne de 90 minutes ont été recueillis et sont en cours d'analyse.

Cette étude est actuellement en phase d'analyse¹³. Nos investigations ont soulevé les questions méthodologiques et éthiques de toute enquête sur la vie sexuelle, telles que le problème de l'accès à l'intime, la médiation par la parole des interviewés qui charrient nombre de silences, de non-dits et d'implicite..., questions qui se posent avec d'autant plus d'acuité que les personnes interrogées se trouvent en situation de précarité sociale et affective, et que leur temps disponible pour la discussion est souvent compté.

Les premières analyses montrent que l'emploi des schèmes d'analyse classiques dans ce domaine, de la sociologie, de la psychologie et de l'anthropologie (« scripts sexuels », rôle des cadres sociaux et normatifs sur la sexualité...) permettent de dégager plusieurs grands axes d'interprétation des données, reliant différentes expériences de la sexualité aux conditions de vie et aux parcours biographiques des personnes interrogées :

- A quelles réorganisations, pratiques et symboliques, de la vie sexuelle, donnent lieu les contraintes objectives rencontrées par les SDF – contraintes dont la mise en évidence ne doit pas minorer la très grande hétérogénéité sociale, psychologique et physique de la population étudiée ? Ce questionnement général englobe différents types d'interrogations : quelles « significations »¹⁴ les SDF donnent ils à leurs activités sexuelles ? Existe- il des « scènes » typiques de la sexualité des SDF ? Quelles sont les singularités du couple dans la rue ?
- Comment ces différentes réorganisations s'inscrivent-elles dans des biographies données, dans des « carrières » affectives et sexuelles marquées par certains « turning points », pour reprendre le vocabulaire de E. C. Hughes ?

Ce projet financé, par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), fera l'objet d'un rapport fin 2006.

¹² Il s'agit d'une enquête satellite de l'enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France) en cours de réalisation par l'Inserm et l'Ined.

¹³ Une équipe pluridisciplinaire est chargée de l'analyse et de l'écriture du rapport : Sandrine Carpentier, Anne Laporte, Erwan Le Mener, Sharman Lévinson, Nicolas Oppenchain, Dolorès Pourette

¹⁴ Giami A., Schiltz M.-A. (dir.), *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm, 2004.

- Étude exploratoire sur les perceptions et motivations des personnes sans domicile n'utilisant pas les structures d'hébergement collectif d'urgence

« Le refus d'hébergement des personnes sans abri » constitue l'intitulé du projet d'étude, issu d'une préoccupation importante des équipes de terrain du Samu social de Paris¹⁵. D'apparence très simple, cet intitulé pourrait conduire à une étude assez sommaire consistant à aller interroger les SDF en leur posant tout bêtement la question : « pourquoi refusez-vous un hébergement ? ». Mais à cette question, chacun a déjà des réponses. Pourtant, une telle formulation inclut un présupposé implicite problématique car l'étude consisterait alors à essayer de comprendre pourquoi des SDF refusent d'être hébergés, quand il ne leur resterait comme demeure que la rue.

Or, on risque alors d'oublier d'interroger le phénomène du refus comme un processus provenant d'une *interaction* entre les acteurs de cette institution et les sans-abri. On perdrait de vue que le refus d'hébergement peut être considéré comme une co-construction. Ce qui implique de ne pas se cantonner à la seule question : « pourquoi les sans-abri refusent-ils l'hébergement qu'on leur propose ? ». Il s'agit également de considérer la façon dont les refus sont formulés, les situations dans lesquelles ils ont lieu, le type d'hébergement qui est refusé.

Analyser le refus d'hébergement comme la résultante d'une interaction n'est cependant pas chose évidente. Ce problème promène avec lui un cortège de représentations et de théories spontanées et antérieures à l'enquête, de modèles implicites et de réponses médicales parfois tranchées. Le refus d'hébergement résulterait de traits de caractère propres à certains sans-abri, ou bien, constituerait le symptôme d'une pathologie mentale, ou encore le signe d'un dysfonctionnement du Samu Social de Paris, d'une inadaptation de cette institution à une population dont le seul destin adapté serait celui de l'asile¹⁶. La difficulté est tout aussi grande quand on effectue une recension de la littérature existante. Force est de constater la maigreur de la littérature focalisée sur le refus d'hébergement. Dans la plupart des rares travaux qui l'évoquent, ce problème est rapidement esquissé, et souvent rabattu soit sur un discours médicalisant (ils sont fous)¹⁷, soit sur un discours critique (les centres sont de telles prisons qu'il est scandaleux que les sans-abri subissent l'humiliation de devoir accepter de telles conditions de logement)¹⁸. Au mieux, on retrouve une recension des raisons invoquées par les SDF (saleté, violences, autres possibilités temporaires de logement)¹⁹.

La méthodologie de l'étude repose sur l'investissement de différents terrains : les équipes mobiles d'aides – EMA- (observation et analyse de conversation), le 115 (observation et analyse des interactions téléphoniques), un centre du Samu social (ethnographie et entretiens), tout en prenant en compte la dimension biographique dans les décisions relatives à la prise en charge (entretiens non-directifs avec des sans-abri).

Le rapport final de l'étude, rédigé par les deux sociologues²⁰, sera disponible fin 2006.

¹⁵ Le problème du refus d'hébergement se pose aussi à d'autres institutions d'aide aux SDF que le Samu social. Les réflexions qui suivront ne se focaliseront donc pas uniquement sur cette institution, même si elle restera notre terrain d'étude privilégié.

¹⁶ P. Declerck, *Les naufragés*, Plon, coll. « Terre humaine », Paris, 2001.

¹⁷ M.-N. Noirot, F. Descarpentries et A. Mercuel, « Refus d'assistance des sans-abri. Psychopathologie et éthique : liberté ou interventionnisme ? », in *L'évolution psychiatrique*, n°65, 2000, pp. 763-771

¹⁸ C. Lanzarini, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, Le sociologique, PUF, 2000.

¹⁹ J. Damon, *La question SDF*, PUF, coll. « Le lien social », Paris, 2002 ; D. Zeneidi-Henry, *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*, éditions Bréal, coll. « D'autre part », 2002, pp. 97-151

²⁰ Edouard Gardella et Erwan le Mener avec l'aide d'une linguiste Chloé Mondémé et de Sandrine Carpentier

➤ Étude sur la prévalence du diabète

En France métropolitaine, la prévalence du diabète de type 2 traité pharmacologiquement est de 3%. Les complications liées au diabète sont graves et responsables de séquelles lourdes et invalidantes. Ainsi le diabète de type 2, qui représente environ 90% de l'ensemble des diabètes sucrés, est devenu un problème majeur de santé publique.

Par ailleurs, s'il n'y a pas de maladies spécifiques à la pauvreté, la population des personnes en grande précarité présente, par rapport à la population générale, une prévalence plus élevée d'un certain nombre de pathologies chroniques du fait de comportements de santé et de conditions de vie en lien avec leur situation sociale²¹. Il a d'ailleurs été montré que la morbidité et la mortalité liées au diabète sont plus élevées dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées.

A cela s'ajoute le fait que la proportion de migrants dans cette population est plus forte que celle en population générale, alors que ces personnes sont génétiquement plus à risque de diabète.

En plus de cumuler les facteurs de risque, ces personnes présentent donc des pathologies à un stade plus avancé que les autres en raison de leurs modalités de recours aux soins, caractérisées le plus souvent par une démarche curative (et non préventive) et tardive (recours aux urgences hospitalières)²², se traduisant par une absence de dépistage et un retard de diagnostic.

De plus, les différentes addictions de cette population, et particulièrement l'alcoolisme, sont d'importants facteurs d'aggravation de la morbidité et de la mortalité en général. Elles sont également associées à une mauvaise observance des traitements, tout comme la vie à la rue qui produit une déstructuration du rapport au temps.

L'ensemble de ces observations laisse donc supposer un niveau de prévalence de diabétiques plus élevé que dans la population générale.

En parallèle, la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants et insulino-requérants semble poser de gros problèmes de gestion pour les centres avec soins infirmiers, puisqu'un individu ne sachant pas gérer son diabète de manière autonome ne peut pas être humainement remis à la rue. Cette situation bloque ainsi des lits pour de longue durée remettant en cause la fonction première de ce type de centre.

L'Observatoire du Samusocial de Paris met donc en place une étude descriptive transversale afin d'estimer la prévalence du diabète sucré (connu et méconnu) chez les personnes hébergées dans les CHUSI et les CHUS. Les objectifs secondaires de l'étude sont de décrire les caractéristiques des personnes ayant un diabète sucré non insulino-traité, et d'évaluer les modalités de la prise en charge du diabète sucré connu (insulino-traité ou pas).

Cette étude débouchera sur des recommandations concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge du diabète sucré dans une population à priori à plus fort risque.

²¹ Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar., 2000, Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris. In Marpsat M. et Firdion JM., La rue et le foyer. Paris, PUF-INED.

²² B de la Rochère, 2003, La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. INSEE Première, n°893.

IV Communications – Publications

En terme de publications, les articles ou rapports suivants ont été élaborés en 2005 :

Articles scientifiques soumis et acceptés

Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris: mise en œuvre de la stratégie DOT. Kern Thierry, Lardoux Carole, Tartièrre Suzanne, Emmanuelli Xavier, Laporte Anne
Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2005 , n°17-18, p.72-4.

Epilepsy among the homeless: prevalence and characteristics. Anne Laporte, Anny Rouvel-Tallec, Etienne Grosdidier, Sandrine Carpentier; Chantal Benoît , Daniel Gérard Xavier Emmanuelli.
European journal of public health 2006; publication online in advance, 30 Janvier 2006.

Prise en charge de l'épilepsie chez les personnes en grande précarité – Réunion de consensus, Paris, novembre 2004.

Publiée dans les revues médicales suivantes : *Neurologies* (avril 2005 ;8 (70) : 177-180) ; *La lettre du Neurologue* (juin 2005 ;9 (6) :212-14) ; *La revue Neurologique* (sous-presse) ; *Epilepsies* (2005 ; 17 (3) : 141-3) ; *Urgences pratiques* (juillet 2005 ;71 : 43-45) ; *La revue des SAMU* (juillet 2005 ; 27 (5) : 224-26) ; *JEUR (Journal Européen des URgences)*(2005 ; 18 : 179-182). *Alcoologie et Addictologie* (sous presse)

Rapports

Féminité, Accès aux soins, Maternité, et Risques vécus par les femmes en grande précarité - *une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*. Rapport à la direction générale de la santé – juin 2005

COMPTE DE RESULTATS 2005
SECTION : OBSERVATOIRE DU SAMUSOCIAL DE PARIS

<i>Code</i>	<i>Section analytique</i>	<i>N° de compte</i>	<i>Libellé</i>	<i>Débit</i>	<i>Crédit</i>
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	205000	LOGICIELS	1 922,57 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	218400	MOBILIER	704,44 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	280500	AMORTISSEMENTS LOGICIELS		9 261,69 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	281830	AMORTISSEMENTS MATERIEL BUREAU		3 308,29 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	281840	AMORTISSEMENTS MOBILIER BUREAU		655,51 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	601100	REPAS DU PERSONNEL	1 683,93 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	606100	EDF - GDF	1 028,10 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	606300	FOURNITURE ENTRETIEN & PETIT EQUIP.	242,17 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	606400	FOURNITURES ADMINISTRATIVES	2 026,05 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	613510	LOCATIONS MATERIEL DIVERS	645,84 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	615510	TRAVAUX D'ENTRETIEN DES LOCAUX	2 448,31 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	615550	TRAVAUX COURANTS	1 241,66 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	615560	ENTRETIEN DES PHOTOCOPIEURS	491,26 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	615600	MAINTENANCE	1 148,80 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	616000	PRIMES D'ASSURANCES	459,53 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	618100	DOCUMENTATION GENERALE	432,14 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	618300	DOCUMENTATION TECHNIQUE & REPROGRAP	1 402,12 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	622650	HONORAIRES DIVERS	1 387,36 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	625100	VOYAGES ET DEPLACEMENTS	124,60 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	625600	DEPLCTS-MISSIONS-RECEPTIONS	539,41 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	625700	RECEPTIONS	210,06 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	626100	FRAIS TELECOMMUNICATION	5 208,66 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	631100	TAXE SUR LES SALAIRES	8 048,51 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	633300	PARTICIPATION F.P.C.	2 406,41 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	633400	PARTICIPATION EFFORT CONSTRUCTION	433,20 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	641100	SALAIRES, APPOINTEMENTS BRUTS	100 101,59 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	641110	SUBROGATION SECURITE SOCIALE		5 312,51 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	641140	AVANTAGES EN NATURE NOURRITURE	1 456,10 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	641400	REMBOURSEMENT TRANSPORT	956,88 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	645100	COTISATIONS URSSAF	31 356,65 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	645200	COTISATIONS IRCANTEC	3 618,53 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	645300	COTISATIONS PREVOYANCE	2 151,66 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	645400	COTISATIONS GARP	4 208,61 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	645600	COTISATIONS CNP Assurances	1 599,12 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	648000	AUTRES CHARGES DU PERSONNEL	992,25 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	681110	DOT. AMORT. IMMO. INCORPORELLES	9 335,31 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	681120	DOT. AMORT. IMMO. CORPORELLES	3 890,18 €	
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	Vrt ACCOR		15 244,90 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	ROTARY CLUB/529		1 500,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	CPCU/551		15 000,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	MACIF IDF/591		20 000,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	A RECEVOIR INPES		14 000,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	EDIMARK		270,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	LABORATOIRES SERVIER		22 867,35 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	3 M		500,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	LASSER/249		1 000,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	740009	REPRISE PRODUITS CONSTATES D'AVANCE		32 590,77 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	741001	DONS DES PARTICULIERS		25 000,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	741002	DONS DES ENTREPRISES & CLUBS		200,00 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	767000	PRODUITS FINANCIERS		25 661,27 €
923CPO	SECTION - OBSERVATOIRE	791100	T.C. AVANTAGES NATURE		1 456,10 €
			Totaux	193 902,01 €	193 828,39 €