

LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ENFAMS (ENFANTS ET FAMILLES SANS LOGEMENT)

Rapport à l'Institut de recherche en santé publique concernant
« l'étude pilote sur le développement des enfants sans logement »

Observatoire du Samusocial de Paris, janvier 2014

L'équipe Enfams

Coordinateur du projet Enfams :

- Erwan Le Méner, sociologue, directeur scientifique de l'Observatoire du Samusocial de Paris et Institut des sciences sociales du politique, ENS Cachan

Responsables scientifiques du volet socio-épidémiologique

- Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste, responsable du pôle épidémiologie à l'Observatoire du Samusocial de Paris et INSERM U707
- Emmanuelle Guyavarch, socio-démographe, directrice de l'Observatoire du Samusocial de Paris
- Nicolas Oppenchaim, sociologue, Université François Rabelais

Rédacteurs du rapport :

- Carme Caum, statisticienne, Observatoire du Samusocial de Paris
- Candy Jangal, doctorante en géographe de la santé, Observatoire du Samusocial de Paris Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques
- Erwan Le Méner
- Nicolas Oppenchaim
- Stéphanie Vandentorren
- Avec le concours d'Amandine Arnaud, épidémiologiste à l'Observatoire du Samusocial de Paris et d'Emmanuelle Guyavarch

Conseil scientifique :

- K. Castetbon, épidémiologiste, InVS
- P. Chauvin, épidémiologiste, INSERM UMRS 707
- P. Duran, sociologue et politiste, Institut des sciences sociales du politique -ENS Cachan
- S. Euillet, psychologue du développement, Paris 10
- B. Falissard, pédopsychiatre, épidémiologiste, et biostatisticien, INSERM U669
- Fréchon, socio-démographe, Laboratoire Printemps / UMR 8085 (Laboratoire Printemps)
- G. Frigoli, sociologue, Université Sophia Antipolis
- V. Jourdan, démographe, CRESS, Strasbourg / IEDUD, Bordeaux (enquête ELIPA)
- N. Kesteman, juriste, CNAF
- A. Laporte, épidémiologiste, ARS
- Y. Le Strat, InVS
- C. Levy-Vroelant, sociologue et historienne, Paris 8
- M. Marpsat, sociologue, INSEE
- M. Melchior, épidémiologiste, INSERM UMRS 1018
- V. Stettinger, sociologue, Université Lille 2.

SOMMAIRE

Introduction	6
1. Le champ d'étude	8
1.1. Une enquête sur les familles sans-logement.....	8
1.1.1. Une définition institutionnelle : un ou des parent(s) accompagné(s) d'enfant(s), ou une femme enceinte de plus de trois mois.....	8
1.1.2. Est-il légitime de ne s'intéresser qu'aux familles ?	9
1.1.3. La découverte d'une population méconnue et des effets du sans-abrisme sur la santé des parents et le développement des enfants.....	10
1.2. Les objectifs de l'enquête.....	11
1.3. La population d'étude	11
1.3.1. Délimitation géographique, par classe d'âge des enfants, et par les langues de l'enquête	11
1.3.2. L'exclusion des familles sans-logement non hébergées par les pouvoirs publics .	12
1.3.3. Les dispositifs d'hébergement pris en compte et les dispositifs hors champ	14
2. La construction des questionnaires et le choix des outils d'enquête	18
2.1. Présentation des questionnaires et des outils	20
2.1.1. Les questionnaires	20
2.1.2. Les outils de mesure du développement	25
2.1.3. Le rendez-vous avec l'infirmière : les mesures et les prélèvements.....	28
2.2. La participation de familles hébergées ou anciennement hébergées à l'élaboration des questionnaires	32
2.2.1. Pourquoi mettre en œuvre une démarche participative ?	32
2.2.2. La démarche mise en œuvre	33
2.2.3. Les apports et les limites de la démarche.....	34
2.3. La traduction des questionnaires.....	38
2.3.1. Des questionnaires hétéro-administrés, intégralement traduits	39
2.3.2. Le choix des langues.....	39
2.3.3. La traduction des questionnaires <i>in concreto</i>	42
3. La méthode d'échantillonnage.....	44
3.1. Le recensement des structures d'hébergement.....	44
3.1.1. Les informations demandées lors du recensement.....	45
3.1.3. Les bases obtenues	50
3.1.4. Les difficultés rencontrées dans le recensement.....	52
3.2 Le plan de sondage	56
3.2.1 Premier degré : le tirage au sort des structures.....	56
3.2.2. Deuxième degré : le tirage au sort des familles	65
3.2.3. Au troisième degré : le tirage des enfants.....	66
3.2.4. Le nombre d'unités tirées au sort à chaque degré	66
3.2.5. Récapitulatif du plan de sondage.....	68
4. Du terrain aux données	70
4.1. La prise de contact avec les structures	70

4.1.1. La prévisite	70
4.1.2. Le rendez-vous avec le binôme d'enquêteurs.....	71
4.1.3. Le rendez-vous infirmier	72
4.1.4. La participation de structures et des familles.....	73
4.2. L'orientation des familles dans le système de soins	75
4.3. La constitution de la base de données	77
4.3.1. La base de données.....	77
4.3.2. La pondération de l'échantillon.....	77
4.3.3. L'analyse statistique.....	79
5. Ethique et confidentialité.....	80
Bibliographie	81
Liste des annexes.....	88

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAU 1 - LES SERVICES PRIS EN COMPTE DANS ENFAMS, COMPARE AUX AUTRES ENQUETES FRANÇAISES....	17
TABLEAU 2. QUESTIONNAIRES ET OUTILS UTILISES DANS L'ENQUETE ENFAMS	19
TABLEAU 3. LA TRAME DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL	20
TABLEAU 4. LA TRAME DU QUESTIONNAIRE SUR L'ENFANT DE 0 A 5 ANS	22
TABLEAU 5. LES 10 LANGUES LES PLUS DEMANDEES A L'OPRA EN 2011 ET LE RECOURS A CES LANGUES AU 115 DE PARIS AU PREMIER SEMESTRE 2012.....	40
TABLEAU 6. LES 10 LANGUES LES PLUS DEMANDEES AU 115 DE PARIS AU PREMIER SEMESTRE 2012 ET LE RECOURS A CES LANGUES A L'OPRA EN 2011	41
TABLEAU 7. LANGUES DE PASSATION POUR L'ENQUETE ENFAMS (QUESTIONNAIRES TRADUITS).....	43
TABLEAU 8. LANGUES DE PASSATION POUR L'ENQUETE ENFAMS (QUESTIONNAIRES NON TRADUITS)	43
TABLEAU 9. LE MODE DE RECUEIL DES INFORMATIONS ATTRIBUTAIRES EN FONCTION DES TYPES D'ETABLISSEMENT.....	46
TABLEAU 10. SYNTHESE DES SOURCES ET DES ACTEURS CONTACTES, SELON LE TYPE D'ETABLISSEMENT	50
TABLEAU 11. LES SOURCES FINALEMENT UTILISEES POUR LE RECENSEMENT DES CHU ET CHRIS	51
TABLEAU 12. LES SOURCES FINALEMENT UTILISEES POUR LE RECENSEMENT DES HOTELS SOCIAUX.....	51
TABLEAU 13. LES DIFFERENTS PARTENAIRES POUR LES HOTELS RECENSES (N=584)	53
TABLEAU 14. LES STRUCTURES HEBERGEANT DES FAMILLES EN ILE-DE-FRANCE (AUTONOME 2012)	61
TABLEAU 15. L'ECHANTILLON DES STRUCTURES TIREES AU SORT	62
TABLEAU 16. L'ECHANTILLON DES STRUCTURES VISITEES	62
TABLEAU 17. L'ECHANTILLON DES FAMILLES ENQUETEES.....	62
TABLEAU 18. TAUX DE PARTICIPATION DES DIFFERENTS TYPES DE STRUCTURES	73
TABLEAU 19. TAUX DE PARTICIPATION DES FAMILLES, SELON LES STRUCTURES	73
TABLEAU 20. LES RAISONS EVOQUEES PAR LES FAMILLES DU REFUS DE PARTICIPER A L'ENQUETE	74
TABLEAU 21. LE TAUX D'ECHEC (HORS CHAMP ET REFUS CONFONDUS), POUR LES STRUCTURES ET LE TAUX DE REFUS, POUR LES INDIVIDUS, DANS LES ENQUETES DE REFERENCE POUR ENFAMS	75

CARTE 1. LES ZONES DE TRANSPORT DEFINIES PAR LE SYNDICAT TRANSPORT ILE-DE-FRANCE (STIF).	57
CARTE 2. REPARTITION DES STRUCTURES D'HEBERGEMENT ACCUEILLANT LES FAMILLES EN ILE-DE-FRANCE (NOVEMBRE 2012).....	64
CARTE 3. STRUCTURES D'HEBERGEMENT TIREES AU SORT ET ENQUETEES DE JANVIER A MAI 2013.....	65

FIGURE 1. BUVARD DE TRANSPORT POUR LE DOSAGE DE VITAMINES.....	31
FIGURE 2. CALCUL DE LA DISTANCE EUCLIDIENNE SELON UN RAYON BUFFER	58
FIGURE 3. DESCRIPTION DU TIRAGE AU SORT.....	68

La méthodologie de l'enquête ENFAMS

Rapport pour l'Institut de recherche en santé publique

L'Observatoire du Samusocial conduit depuis 2011 un projet interdisciplinaire de recherche-action sur les enfants et les familles sans-logement (ENFAMS). Le projet ENFAMS comprend une enquête sociologique sur le système d'hébergement des familles, différentes enquêtes par observation et entretiens sur leurs parcours et leurs conditions de vie, et une enquête quantitative d'épidémiologie et de sociologie sur cette même population, en Ile-de-France. Ces différents volets sont financés par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, le Cancéropôle Ile-de-France, la Caisse nationale des allocations familiales, la Fondation de France, la Fondation Macif, la Fondation Sanofi Espoir, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut de veille sanitaire, le Ministère de l'Intérieur, l'Observatoire national de l'enfance en danger et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). L'IReSP a été un des premiers partenaires du projet, en 2011. Son soutien, dans le cadre de l'appel à projets « Santé mentale, prévention, prospective, thématiques générales » a porté sur une partie de l'enquête quantitative : l'étude pilote, réalisée au printemps 2012, axée notamment sur le « développement des enfants sans logement », comme l'indiquait le titre de notre réponse à l'appel à projets. Cette dernière visait à tester, en termes d'acceptabilité et de faisabilité, le protocole, les outils et leurs conditions de passation, en vue d'une enquête qui, tout en s'appuyant sur d'importants travaux sur les sans-domicile, présente certaines innovations méthodologiques.

D'un côté, l'enquête ENFAMS ressemble par bien des aspects aux enquêtes populationnelles menées depuis le milieu des années 1990 en France auprès de sans-domicile (Marpsat & Firdion 2000 ; Kovess & Mangin-Lazarus 1997; Brousse et al. 2006 ; Laporte et al. 2010). Comme celles-ci, elle interroge une population difficile à joindre, notamment en raison de l'absence d'un fichier source de contacts et de la mobilité géographique des personnes, et la plupart du temps absente des enquêtes en population générale. Elle entend donc produire des connaissances statistiques sur un groupe en ce sens peu visible¹ et pour ce faire, elle doit adapter sa méthode. Comme la plupart de ses devancières, l'étude ENFAMS passe donc par des services, en l'occurrence d'hébergement, pour en interroger une partie des utilisateurs.

Mais l'étude ENFAMS se démarque à d'autres égards des enquêtes précédemment réalisées. Elle s'intéresse exclusivement à une population négligée et pourtant en plein expansion, les familles sans logement. Elle déploie une perspective interdisciplinaire,

¹ Insistons : ce défaut de visibilité est valable dans les enquêtes statistiques en population générale. Les sans-domicile sont par ailleurs fortement étudiés, certainement davantage en France que dans les pays anglo-saxons par les sciences sociales que par l'épidémiologie et la santé publique. Entre 1987 et 2012, plus de 520 publications scientifiques en sciences sociales sur le sans-domicile ont ainsi été recensées (Choppin & Gardella 2013).

d'épidémiologie et de sciences sociales, pour mieux saisir l'ampleur du phénomène, mesurer l'impact du sans-abrisme sur la santé des familles et le développement des enfants en particulier, et décrire les trajectoires et les conditions de vie des familles. Partant, elle combine des techniques d'enquête variées. Ce rapport présente la méthodologie de l'enquête finale, conduite entre janvier et juin 2013, qui s'est appuyée sur de nombreux enseignements de l'étude pilote.

Nous avons fait le choix de ne pas présenter distinctement l'étude pilote. En effet, son protocole avait constitué le cœur de notre réponse à l'appel d'offre et ses résultats avaient été présentés lors d'un conseil scientifique du projet ENFAMS auquel l'IRESP avait été convié, en mai 2012 (annexe 7.1.); une présentation plus complète de ces résultats constitue également l'annexe 7.2. Nous avons préféré ici présenter la méthodologie finalement mise en œuvre dans l'enquête en grandeur réelle et signalé au fil du document les apports de l'étude pilote.

Dans une première partie, nous décrivons la population et les objectifs de l'étude. Pour interroger chaque famille, tout un ensemble de questionnaires et d'outils ont été mobilisés, que nous présentons dans une deuxième partie. Une grande force de ce projet réside dans l'apport pluridisciplinaire des approches méthodologiques et leur complémentarité. Nous verrons que leur élaboration a bénéficié du regard critique de parents et d'enfants eux-mêmes hébergés ou anciennement privés de logement. Nous soulignerons une autre originalité de l'enquête : sa réalisation dans une dizaine de langues, à partir de questionnaires intégralement traduits, là encore avec l'aide de personnes hébergées. Dans une troisième partie, nous expliquerons le plan de sondage, qui est une combinaison entre échantillonnage indirect (des établissements) et d'échantillonnage direct (des familles à l'intérieur des établissements, des enfants à l'intérieur des familles). Dans une dernière partie, nous présentons le protocole de terrain mis en place. Cet examen se justifie au regard de la complexité du dispositif, puisque chaque famille finalement interrogée aura été rencontrée à trois reprises par des membres de l'équipe ENFAMS : lors d'une prévisite, où l'enquête lui aura été présentée ; ensuite lors d'un rendez-vous avec un binôme composé d'un enquêteur et d'un enquêteur-psychologue, qui auront administré la plupart des questionnaires et des tests ; enfin lors d'une rencontre avec une infirmière, chargée en particulier de réaliser des mesures anthropométriques, des prélèvements de sang capillaire et d'une mèche de cheveux. En outre, en cas de détection de problèmes de santé, des contacts auprès des acteurs du système de santé ont été pris sous la supervision du médecin référent de l'enquête, afin d'assurer l'orientation des personnes concernées dans le système de soins. Le projet a reçu l'avis favorable du CCTIRS (septembre 2012) et l'autorisation de la CNIL (mars 2013). Il avait également reçu l'avis éthique favorable du CPP lors de l'audition du Dr Vandentorren en juillet 2012 (partie 5 et annexe 8).

1. Le champ d'étude

Cette enquête s'appuie sur une hypothèse centrale : que les familles constituent une sous-population d'étude légitime. De fait, nous ne nous sommes intéressés, parmi les ménages sans-domicile, qu'aux familles. Mais qu'entendons-nous sous cette catégorie ? Et quelle population statistique recouvre-t-elle ?

Nous avons repris la définition institutionnelle des familles : une famille est alors définie comme un ou des parent(s) accompagné(s) d'au moins un enfant mineur, ou une femme enceinte de plus de trois mois. Cette définition n'est pas sans soulever des questions sur la légitimité de notre objet d'étude (1.1.). Si nous considérons les familles comme une population d'étude à part entière, quelles sont les celles que nous interrogeons concrètement ? La définition statistique de la population dépend des objectifs que nous nous sommes donnés, en particulier sur le plan épidémiologique. L'enquête vise notamment à caractériser l'état de santé, les parcours de soins et les trajectoires sociales des familles sans logement, et à décrire l'état de santé des enfants autour de deux axes principaux : le développement psychomoteur et la croissance des enfants (1.2.). Pour répondre aux objectifs et aux moyens de l'enquête, nous avons donc circonscrit notre population d'étude. Nous nous sommes concentrés sur les familles, à l'exclusion des femmes enceintes de plus de trois mois, ayant au moins un enfant de moins de douze ans, résidant en Ile-de-France, en centre d'hébergement d'urgence, de réinsertion sociale, ou d'accueil pour demandeurs d'asile, ou en hôtel social. Ces restrictions excluent *de facto* d'autres formes de privation de logement pouvant toucher des familles. Nous revenons enfin sur ces choix et les conséquences qu'ils portent en matière de représentation de la population (1.3.).

1.1. Une enquête sur les familles sans-logement

1.1.1. Une définition institutionnelle : un ou des parent(s) accompagné(s) d'enfant(s), ou une femme enceinte de plus de trois mois

Par le terme de « famille », nous distinguons certains ménages des personnes dites « isolées ». Nous reprenons une distinction opératoire dans le monde de l'assistance en France mais plus largement dans les pays occidentaux (Philippot et al. 2007; Haber & Toro 2004). Celle-ci différencie l'accueil des personnes seules, dites « isolées », de celui d'adultes accompagnés d'enfants. En France, cela se traduit notamment par l'édification d'un système d'hébergement hôtelier quasi-exclusivement dédié aux familles et la mise en place de filières en fonction de la possession ou de la nature du titre de séjour (Le Méner & Oppenchaim 2012 ; Le Méner 2013a).

Dans cette perspective, c'est donc l'enfant qui définit une famille sans-logement². Une « famille » en ce sens comprend donc un ou plusieurs enfants (alors frères ou sœurs), et leur(s) parent(s) ou représentants légaux. En France, une femme sans enfant né mais enceinte

² Les isolés peuvent aussi avoir une famille au sens courant du mot, et en premier lieu des enfants. Mais ne pas vivre avec eux implique d'être pris en charge à titre strictement individuel (Firdion & Marpsat 1998; Guyavarch & Bouin 2009).

d'au moins trois mois (dont la grossesse serait donc normalement déclarée) est également considérée comme une famille.

Nous reprenons ainsi au monde de l'assistance sa définition de la famille, établie par la présence d'au moins un enfant au sein du ménage et par distinction avec les personnes dites isolées. Mais pourquoi retenir cette définition ? Ne nous entraîne-t-elle pas à reproduire des distinctions construites institutionnellement mais pas démontrées scientifiquement au sein d'une population dont un trait commun majeur, l'absence de logement, pourrait être davantage porteur de ressemblances que de différences ?

1.1.2. Est-il légitime de ne s'intéresser qu'aux familles ?

En France, les enquêtes populationnelles réalisées auprès de sans-domicile ont étudié ensemble et indifféremment les isolés et les familles. L'absence de logement prévaut dans la définition de la population, regardée comme un tout. Dans la population étudiée, le partage d'une origine sociale modeste et d'événements de vie profondément déstabilisants paraissent justifier d'analyser les personnes sans-domicile comme un seul bloc. Certes, des différences dans l'accès aux services et les parcours sans-domicile sont relevées (Marpsat & Firdion 2000 ; Soulié 1997; Soulié 2000). Elles ressortissent à la disposition et à l'acquisition différentielle de ressources (matérielles, relationnelles, culturelles), qui renvoient elles-mêmes aux différences fines dans l'origine sociale des individus (Soulié 1997; Soulié 2000). Mais elles ne sauraient gommer les caractéristiques communes de la population. En matière de représentation scientifique mais aussi politique (Bruneteaux & Terrolle 2010), il importerait alors avant tout de traiter la population comme un même ensemble.

Malgré tout, quelques enquêtes ont étudié en propre des sous-populations de sans-domicile, en particulier les « jeunes » (18-25 ans)³. Cette spécification reposait sur l'hypothèse que les processus d'exclusion diffèreraient sensiblement entre les jeunes et les autres individus sans-logement, tout comme une partie de l'expérience et des problèmes rencontrés dans la rue. Cette hypothèse était étayée par l'exploitation d'une enquête en population sur les sans-domicile (Firdion et al. 2001; Marpsat & Firdion 2001) et sur l'analyse de travaux français mais surtout anglo-saxons, qui invitaient à considérer les jeunes comme un groupe d'étude légitime parmi les sans-domicile (Firdion 2000). Ce travail a justifié que d'autres enquêtes s'intéressent distinctement aux jeunes, par exemple en les surreprésentant dans le plan de sondage, comme dans l'enquête SD 2001 (Firdion 2006) ou l'enquête Samenta (Laporte et al. 2010; Firdion 2011). C'est une démarche semblable qui nous a incités à étudier spécifiquement les familles parmi les sans-domicile.

En effet, les enquêtes existantes ne s'intéressent pas ou peu aux familles sans-logement. Les quelques données publiées invitent pourtant à considérer l'augmentation de ce type de ménages parmi les sans-domicile, tandis que des données de gestions comme celles du 115 de

³ Nous donnons ici l'exemple des jeunes, car ils font l'objet de nombreuses recherches. Mais on peut aussi signaler une enquête récente d'épidémiologie, portant principalement sur l'hygiène et les ectoparasitoses des personnes sans-abri (Arnaud et al. 2012). Celle-ci vise à comparer la situation d'individus vivant à la rue à celle de personnes hébergées dans des centres d'urgence ou de réinsertion sociale. Ces individus sans-abri sont habituellement négligés dans les enquêtes populationnelles. Deux raisons principales expliquent cette exclusion statistique : les difficultés pour les rencontrer et les identifier mais surtout des ressemblances supposées entre eux et les personnes hébergées, ayant pour la plupart connu un épisode sans-abri.

Paris, permettent d'identifier des caractéristiques socio-démographiques détonnantes par rapport à celles des isolées, concernant l'origine géographique en particulier (Guyavarch & Le Méner 2014). Des exploitations secondaires de l'enquête Samenta soulignent également que certains troubles mentaux touchent significativement plus les familles que les personnes isolées, jeunes ou non (Oppenchain & Vandentorren 2011). Ces observations résonnent avec de nombreuses recherches menées dans le monde occidental.

1.1.3. La découverte d'une population méconnue et des effets du sans-abrisme sur la santé des parents et le développement des enfants

Aux Etats-Unis, au Royaume-Uni ou encore en Australie, les familles constituent avec les jeunes et les adultes isolés une sous-population d'étude à part entière parmi les sans-domicile. Les premières recherches ont été menées aux Etats-Unis au début des années 1980. Elles répondaient à l'inquiétude de municipalités et d'organisations d'aide dont les services accueillaient un nombre croissant de parents et d'enfants (Bassuk, L. Rubin, et al. 1986), dans des proportions inédites. Des enquêtes ont rapidement constaté que ces familles, touchées par des difficultés matérielles considérables, affectées par des problèmes de santé importants, notamment de santé mentale, ne ressemblaient pourtant pas aux individus sans-domicile fréquentant habituellement ces services.

Pour les enfants, grandir sans chez soi peut avoir de sérieuses répercussions sur le développement physique, émotionnel, cognitif, ou social- pour une revue rapide et récente des effets sur la santé des enfants du sans-abrisme, voir (Samuels et al. 2010). De tels effets paraissent se retrouver, de manière générale, dans des milieux précarisés (Bruniaux & Galtier 2005). Par exemple, la différenciation sociale de l'obésité fait ainsi l'objet d'un large consensus, à l'échelle internationale.

L'intensité et la durée des effets des conditions de vie précaire parmi les sans domicile posent particulièrement question pour les enfants, où les répercussions sur le plan sanitaire sont encore plus importantes en l'absence prolongée de domicile fixe (Buckner 2008). Les études anglo-saxonnes signalent en particulier une morbidité élevée chez ces enfants. A titre d'exemple, 50% des enfants sans domicile de moins de 5 ans recevraient moins de l'apport quotidien recommandé en fer et en acide folique. Cela expliquerait en partie leurs carences alimentaires (Drake 1992). Certains enfants paraissent particulièrement vulnérables : ceux qui ont été exposés à des violences intrafamiliales, qui éprouvent un fort isolement relationnel et dont la mère souffre d'un trouble mental ou d'addictions (Buckner 2008; Samuels et al. 2010). Les retards de développement constatés chez la plupart des enfants sans logement, avec des prévalences plus fortes qu'en population générale, rendent nécessaire un dépistage précoce (Buckner 2008). Les effets du sans-abrisme sur le développement des enfants se font davantage et plus longuement sentir chez les plus petits. Ces effets apparaissent largement réversibles, sauf maintien dans un isolement relationnel, une promiscuité et une instabilité résidentielle forte (Shinn et al. 2008).

1.2. Les objectifs de l'enquête

Ces inquiétudes relevées dans divers témoignages de terrain, renforcées par l'exploitation de l'enquête Samenta, et corroborées par la littérature anglosaxonne, nous ont guidés pour dans l'élaboration des objectifs du volet épidémiologique du projet ENFAMS. Le volet épidémiologique de l'enquête quantitative du projet ENFAMS a pour objectifs :

- d'estimer la taille de la population des familles sans logement en Ile-de-France ;
- de caractériser l'état de santé, les parcours de soins et les trajectoires sociales des familles sans logement d'Ile-de-France ;
- de décrire l'état de santé des enfants autour de deux axes principaux : le développement psychomoteur (prévalence des troubles du développement chez l'enfant) et la croissance des enfants (mesures anthropométriques et évaluation du statut nutritionnel). Il s'agit d'identifier les risques particuliers qu'encourent ces enfants concernant leur santé, et plus particulièrement les risques d'obésité, d'anémie ainsi que des retards de développement (retard psychomoteur ou trouble des acquisitions ; retard mental). Les troubles observés pourraient avoir un impact à long terme sur le devenir des enfants. Nous nous intéressons ainsi aux effets sur la santé des conditions de vie sans domicile ;
- de comparer les prévalences et les résultats obtenus à ceux d'autres enquêtes, auprès de populations sans-domicile (l'enquête francilienne Samenta de l'Observatoire du Samusocial de Paris et de l'INSERM, datant de 2009 ; l'enquête Sans-domicile de l'INSEE, conduite en 2001 et en 2012), de populations précaires (l'enquête SIRS Ile-de-France, menée en 2005, l'enquête Abena, de 2004-2005) ou en population générale, comme l'enquête Elfe, menée en 2011 auprès de 18 000 enfants de la naissance à l'âge adulte (Vandentorren et al. 2009) ;
- de décrire l'impact du sans-abrisme sur la vie quotidienne et sociale des parents et des enfants, en s'intéressant en particulier à l'école et aux activités ayant un impact sur leur santé (change des enfants, accès aux sanitaires, repas...).

1.3. La population d'étude

1.3.1. Délimitation géographique, par classe d'âge des enfants, et par les langues de l'enquête

La première restriction opérée est géographique : l'enquête porte sur l'Ile-de-France. Cette délimitation s'explique par les moyens dont nous disposons et le rayon que couvrent habituellement les enquêtes de notre équipe. Mais l'Ile-de-France est aussi la principale région pourvoyeuse d'hébergements. Pour ce qui concerne les familles, bien que l'on observe une progression de leurs effectifs à l'échelle nationale, la région parisienne concentre certainement l'offre d'hébergement la plus importante, notamment en matière d'hôtellerie sociale. Par ailleurs, il nous a paru important de prendre en compte toute la région et non pas seulement Paris ou la première couronne, dont les hébergeurs supportent pourtant l'essentiel de la demande. En effet, depuis Paris en particulier, s'observe un étalement croissant de l'hébergement hôtelier, bien au-delà de la capitale (voir la partie 3.1. sur le recensement des structures d'hébergement). Cette expansion du parc d'hébergement pose du reste

d'importantes questions de coordination, amenées à être réglées au niveau si ce n'est de la région, du moins de la métropole (Le Méner 2013a).

Une deuxième restriction renvoie aux classes d'âges des enfants. Dans la mesure où nous nous intéressons au développement des enfants, nous focalisons notre attention sur les plus jeunes d'entre eux, pour lesquels il existe des tests couvrant différents âges. La classe d'âge des enfants de moins de cinq ans est au cœur de l'enquête. Mais nous nous penchons aussi sur la socialisation des enfants. Pour cette raison, nous nous concentrons aussi sur les enfants en âge d'être scolarisés au primaire, autrement dit âgés de 6 à 12 ans. Il aurait été intéressant d'enquêter auprès d'enfants plus âgés, mais nous aurions eu probablement des difficultés pour en interroger un nombre suffisant, compte tenu des informations sur les âges des enfants hébergés dont nous disposions au préalable de l'enquête⁴, et compte tenu des moyens dont nous disposions⁵. Ces mêmes raisons nous ont conduits à exclure du champ d'investigation les femmes enceintes d'au moins trois mois sans enfant né, bénéficiant pourtant d'une prise en charge familiale.

Une troisième restriction porte sur les langues de l'enquête (voir partie 2.3. sur la traduction des questionnaires). Seules les familles parlant ou le français ou l'une des langues suivantes ont été prises en compte : l'anglais, l'arabe, l'arménien, le bulgare, le mongol, le roumain, le russe, le tamoul.

1.3.2. L'exclusion des familles sans-logement non hébergées par les pouvoirs publics

La privation de logement renvoie à un ensemble de situations que cette enquête ne saurait toutes embrasser. Certaines sont peu visibles, comme des formes de cohabitation contrainte chez des tiers notamment. D'autant le sont bien davantage, comme de demeurer des nuits durant dans l'espace public. Il importe de garder en tête qu'il existe un continuum de situations entre la rue et le logement et que les sans-domicile constituent en tout état de cause une « cible mouvante » (De Peretti 2006). Mais toute enquête doit en isoler quelques unes. Quels choix avons-nous fait et pour quelles raisons ? Les familles interrogées dans ENFAMS sont toutes hébergées par des associations ou des organismes mandatés par l'Etat, ou par des conseils généraux. Ceci signifie l'exclusion du champ d'étude de différentes catégories de familles.

En premier lieu, les familles résidant chez des tiers ne sont pas prises en compte. Des recherches récentes laissent penser que des cohabitations forcées sont de plus en plus fréquentes, pour des parents et mères seules notamment, qui attendent un enfant et n'ont pas où loger. Habiter chez un tiers faute de pouvoir vivre chez soi pourrait donc être une porte d'entrée dans des parcours sans-domicile – bien que cette situation concerne toute une variété de ménages (Levy Vroelant & Beguin 2011). Les questions portant sur la trajectoire résidentielle des enquêtées permettront de le mesurer, à défaut d'interroger directement et plus précisément cette configuration d'hébergement. D'autres formes de sans-abrisme se

⁴ En 2011, la très grande majorité des enfants hébergés par le 115 de Paris avaient moins de 13 ans (source : 115 de Paris).

⁵ Nous avons de quoi financer 800 à 1000 enquêtes – chiffre variant en fonction du temps moyen consacré à chacun d'elle.

retrouvent également hors du champ de l'enquête : les familles demeurant dans l'espace public ou dans des campements.

Les médias portent régulièrement à la connaissance du plus grand nombre des situations particulièrement tragiques, de familles dormant à la rue, dans des halls d'immeubles ou d'hôpitaux, des squats ou d'autres abris de fortune, faute d'un logement bien sûr, mais aussi d'un hébergement institutionnel. Des épisodes sans abri au sens strict, concernant des parents et des enfants, sont repérés dès les années 1980 et 1990 par des réformateurs (Le Méner 2013a) ou des chercheurs (Wodon 1992), qui n'y voient qu'une carence très passagère : toute situation repérée peut être rapidement traitée, par la fourniture immédiate d'un hébergement, en hôtel notamment. Les maraudes du Samusocial de Paris ne rencontrent-elles pas d'ailleurs quelques familles dès leurs premières sorties⁶ ? La mise en place d'un système d'hébergement en hôtel social pour les familles, à partir des appels au 115 de Paris, répond ensuite clairement à l'objectif de fournir un hébergement sans délais à toute famille en faisant la demande (Le Méner 2013a). La présence d'enfants dans les rues est une hantise aussi bien pour l'Etat que pour les collectivités. Pendant des années, quasiment toutes les familles recourant au 115 se voient proposer un hébergement (il n'en est pas de même pour les isolés)⁷. Pour leur part, les équipes mobiles ne rapportent que des rencontres exceptionnelles avec des familles dans l'espace public. Mais depuis 2010 à Paris, des tensions fortes affectent l'hébergement des familles. De plus en plus de demandes ne peuvent être pourvues. Il est donc probable qu'un nombre croissant de familles connaissent un épisode sans abri. Pourquoi alors ne pas avoir inclus ces situations dans le champ d'étude ? Les difficultés pour enquêter auprès de personnes demeurant la nuit dans l'espace public (Join-Lambert et al. 2011; Arnaud et al. 2012) rendent une telle expérience très compliquée. En outre, il est vraisemblable que les situations visibles de familles sans-abri ne durent pas plus d'une ou de quelques nuits, à moins d'être tolérées par les municipalités ou revendiquées par les familles concernées, refusant les solutions d'hébergement proposées. Là encore, les questions sur la trajectoire résidentielles nous permettront de mesurer l'ampleur de ces épisodes sans abri *stricto sensu*.

Nous délaissions une dernière autre forme de sans-abrisme : celle qui touche les habitants de campements ou de bidonvilles. D'après le dernier recensement de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans-abri et mal logées (DIHAL), près de 17 000 personnes résident en France dans des « campements illicites », dont près de 7 000 en Ile-de-France⁸. Ce recensement ne distingue pas les personnes vivant seules ou en famille à l'intérieur de ces baraquements. Politiquement, ces

⁶ Si le Samusocial est né en maraude, à la rencontre de « ceux qui ne demandent plus rien », il a rapidement rencontré des familles, y compris dans la rue. Mais il s'agit d'une population peu nombre et invisible, y compris à l'intérieur de l'institution, jusqu'à la fin des années 1990.

⁷ L'ensemble des requérants parvient difficilement à joindre le 115. Mais les isolés subissent davantage de réponses négatives à leurs demandes d'hébergement, en raison d'un nombre insuffisant de places disponibles, même si de plus en plus de familles sont concernées. En 2011 par exemple, 0,4% des demandes d'hébergement de familles n'ont pas été pourvues, faute de places disponibles. Si, parmi les appels traités, on ajoute les refus d'orientation par des familles (0,2%) ou par les écoutants du 115 (0,3%), ainsi que des appels reçus mais n'aboutissant pas à un hébergement (catégorie « autre » comptant pour 0,9%), alors 1,8% des demandes n'aboutissent pas à un hébergement (Source : Rapport d'activités du Samusocial de Paris 2011). Il faut toutefois remarquer que ces valeurs ne tiennent pas compte des appels passés mais non traités en raison de la saturation des lignes.

⁸ Les données du recensement sont présentées ici :

<http://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/Dossier-27sept2013-Campements-illicites.pdf>

bidonvilles sont un des marqueurs d'un problème public des Roms. Les Roms, ainsi ethnicisés et unifiés, sont posés par l'Etat comme la plupart des municipalités comme un problème migratoire, d'où découlent des problèmes sociaux signant l'impossible intégration de ce groupe à la société française. L'Etat a engagé une politique d'éradication des campements (Cousin 2013), au nom de l'occupation illégale de terrains et de l'insalubrité qui y règnerait. Partant, la carte des campements est changeante, ce qui aurait compliqué l'accès à la population, mais ce n'est pas la raison principale pour laquelle nous n'y avons pas enquêté (comme nous le verrons, le parc hôtelier est lui aussi instable). D'autres raisons s'avèrent plus déterminantes : les hébergeurs, interrogés dans le cadre d'une recherche sur le système d'hébergement, ne considèrent pas les Roms comme une cible de leur intervention, bien que les difficultés rencontrées par les familles et les enfants en particulier (Lardanchet 2014) puissent s'apparenter, sous certaines facettes comme la scolarité, à celles d'enfants vivant en centre d'hébergement. D'autre part, il existe un dispositif spécifiquement destiné aux Roms, assez hermétique avec les filières d'accès à l'hébergement pour les familles sans-logement. Il s'agit des villages d'insertion, proposés à une minorité d'anciens habitants de campement, triée sur le volet par des travailleurs sociaux (Olivier Legros 2010). Ces villages d'insertion, comme d'autres types d'hébergement institutionnel n'ont pas été pris en compte dans l'enquête.

1.3.3. Les dispositifs d'hébergement pris en compte et les dispositifs hors champ

L'enquête a été menée dans des centres d'hébergement d'urgence (CHU), des centres d'hébergement de réinsertion sociale (CHRS), des hôtels sociaux, ou des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. De fait, cette liste exclut, outre les villages d'insertion, d'autres établissements accueillant des familles : les centres maternels, les résidences sociales et les logements transitoires type Louez Solidaire ou Solibail.

Certains CHU et CHRS se sont spécialisés totalement ou partiellement dans l'accueil de familles. L'hébergement est généralement collectif, mais peut être également réalisé dans des appartements dispersés autour du siège de la structure : nous parlerons d'hébergement « éclaté » lorsqu'une seule famille réside dans un tel appartement ; d'hébergement « partagé » lorsque plusieurs ménages vivent sous le même toit. Les CHU proposent en principe un hébergement pour une durée plus brève que les CHRS, mais il semble en fait que la principale distinction tienne au financement et aux services qui peuvent y être proposés. Globalement, les seconds sont mieux fournis que les premiers⁹. La différence principale entre les CHU et les CHRS, et les autres établissements pris en compte tient à la population accueillie. Bien que les CHU et les CHRS soient accessibles en principes à tout public, ils réservent visiblement leurs places, en tout cas pour ce qui concerne les familles, à des personnes bénéficiant d'un titre de séjour (hors d'une autorisation provisoire de séjour, délivrée aux demandeurs d'asile).

Ce n'est pas le cas des hôtels sociaux. Il s'agit du mode d'hébergement principal et caractéristique des familles en Ile-de-France (Le Méner 2013b). Sous cette appellation, nous

⁹ Des places d'urgence peuvent exister dans des CHRS, mais il semble qu'elles soient davantage pourvues à des adultes seuls qu'à des familles (Woitrain 2008 ; Mainaud 2011).

désignons plusieurs catégories d'établissements : des hôtels meublés, qui accueillent de longue date des migrants et des citoyens peu fortunés (Faure & Lévy-Vroelant 2007); des établissements de tourisme ; des résidences hôtelières à vocation sociale. Ces établissements diffèrent notamment par leur équipement : les meublés (autrement appelés « hôtels préfecture ») ne sont pas homologués pour le tourisme¹⁰. Les pouvoirs publics et les associations utilisent ces structures depuis les années 1980 au moins, de façon ponctuelle, pour abriter en urgence des ménages en difficulté. Mais depuis la fin des années 1990, ils servent spécialement à héberger des familles, privées de logement et migrantes, notamment sans-papiers (Le Méner & Oppenheim 2012). Soulignons que le mode d'hébergement en hôtel peut varier sensiblement d'un opérateur et d'un département à l'autre. Alors que les organisations parisiennes¹¹ privilégient un accueil à durée indéterminée, les 115 et les Conseils généraux de départements voisins ont plutôt tendance à fixer une durée limitée au séjour des familles, assortie de déménagements forcés d'un établissement à l'autre. Une dernière différence importante entre hôtels sociaux tient à leur localisation. Face à l'augmentation de la demande, surtout portée (en valeur absolue) par des familles dépendant d'organisations parisiennes, on assiste en effet à une extension du parc hôtelier dans toute la région francilienne et en premier lieu en petite couronne. L'éloignement de Paris pourrait se traduire par des difficultés d'accès à des institutions, comme l'école ou la santé, nous y reviendrons. En bref : il existe une hétérogénéité de l'accueil à l'intérieur du parc hôtelier, relative non seulement à la variété des établissements concernés, mais également au mode d'hébergement et à la localisation des structures ; nous verrons dans la partie 3.2 comment nous avons pris en compte ces variables dans le plan de sondage.

L'inclusion des CADA dans le champ d'enquête peut poser question. Ne constituent-ils pas avant tout un dispositif d'accueil spécialisé (comme les villages d'insertion par exemple), destiné à une population bien précise, en l'occurrence les demandeurs d'asile ? Et qu'ont à voir les demandeurs d'asile avec les sans-abri ? Les CADA et les services consacrés à ce public ne sont-ils pas d'ailleurs exclus de toutes les enquêtes menées auprès des sans-domicile ? Ce qui nous a incités à intégrer les CADA dans l'enquête, c'est le rapprochement entre la politique de l'asile et l'aide aux sans-domicile. Depuis une dizaine d'années, une indifférenciation croissante paraît à l'œuvre. Le dispositif d'hébergement généraliste (en premier lieu l'hébergement d'urgence) supplée le dispositif national d'asile (DNA), débordé (Noblet 2000; Boucher & Ridder 2002; Frigoli 2004; Frigoli 2008; Dourlens 2006). Du reste, le développement du système d'hébergement hôtelier à la fin des années 1990 répond notamment à l'augmentation des familles demandeuses d'asile, pour lesquelles une filière de prise en charge est créée dès 2000 : la Coordination d'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA)¹². L'organisme ne parvient pas à traiter tous les requérants, si bien que les familles

¹⁰ On peut à ce sujet consulter un document élaboré par le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, « Les réglementations et polices applicables aux hôtels et "Hôtels meublés" », notes juridiques (mise à jour le 10 janvier), 2007.

Disponible à cette adresse : <http://www.logementsmigrants-paca.org/IMG/File/REGLEMENTATION.pdf>

¹¹ Au moment de l'enquête, il s'agit outre du 115 de Paris, d'organisations spécialisées dans l'accueil des diverses catégories de familles migrantes (voir la partie 3.1.2.).

¹² En 2002, une autre plateforme est créée pour les déboutés. Elle est gérée par l'Ordre de Malte (tandis que le Centre d'action social protestant (CASP) administre la CAFDA). Elles font alors office de filières d'hébergement et de travail social pour différentes catégories de familles migrantes (Le Méner 2013a). Nous

demandeuses d'asile sont sans doute de plus en plus nombreuses parmi celles hébergées par le 115 de Paris. Par conséquent, le rapprochement des questions d'asile et d'hébergement, notamment pour les familles, nous a conduits à inclure les CADA dans le champ d'étude.

Expliquons maintenant pourquoi nous n'avons pas pris en compte les centres maternels, les résidences sociales et le logement transitoires, qui peuvent également accueillir des familles. Un premier motif, général, doit être d'abord souligné.

Nous avions initialement l'intention d'enquêter dans des centres maternels. Si ce type d'accueil cible des mères présentant des difficultés pour élever leur enfant, il concerne de façon centrale des ménages fortement démunis, privés de logement notamment. C'est la principale raison pour laquelle les centres maternels avaient été inclus dans les enquêtes SD 2001 ou Samenta. Il nous paraissait également pertinent d'enquêter dans ces structures, car quelques études laissent penser que le travail mené dans certains CHRS auprès de jeunes mamans est voisin de celui offert en centre maternel. Il serait alors axé sur l'éducation des enfants, dans une veine psychopathologique assumée. Il consisterait à contrarier au jour le jour l'image que les habitantes formeraient d'elles comme « mauvaises mère », plutôt qu'à conjurer leurs difficultés matérielles d'existence (Cardi 2010; Thiery 2008). Au moment du pilote de cette étude, nous avons pris contact avec différents centres maternels de la région. Tous nous ont opposé que les familles accueillies souffraient moins de l'absence de logement que de problèmes intrafamiliaux, que leurs difficultés étaient bien différentes des personnes accueillies en centres d'hébergement ou à l'hôtel. Ces arguments convergent avec les réserves exprimées dans les Conseils généraux, qui considèrent également les centres maternels, moins comme une réponse à l'absence de logement qu'à des difficultés familiales. Partant et étant donné les contraintes matérielles et d'échantillonnage de l'enquête, nous avons laissé de côté ces établissements.

D'autre part, l'absence dans l'échantillon des résidences sociales et des logements transitoires s'explique par l'accent que l'on a voulu mettre sur les structures d'hébergement collective et à durée de séjour limitée. Bien qu'ils ne soient pas considérés comme une forme pérenne de résidence, ces établissements s'apparentent à des sorties d'hébergement. Leurs habitants occupent alors un espace selon des critères qui sont ceux du logement et non pas de l'hébergement : ces normes sont nettement plus généreuses. Comme dans un logement ordinaire, ils disposent également de leurs propres clefs et sont libres, en tout cas moins contraints que dans les autres centres d'hébergement, d'aller et de venir et surtout de recevoir des invités. Si nous avions eu les moyens nécessaires, nous aurions pu essayer de constituer un échantillon de familles vivant dans des résidences ou des logements transitoires, considéré comme un groupe témoin de familles démunies mais logées, ainsi que le préconisent les bilans scientifiques les plus récents (Shinn et al. 2005; Rog & Buckner 2007; Buckner 2008).

Le tableau suivant synthétise les décisions relatives à la population échantillonnée. Il permet également de comparer le champ d'étude d'ENFAMS avec celui des autres enquêtes populationnelles menées auprès de sans-domicile.

renvoyons à la partie 3.2.1., sur le recensement des hôtels sociaux, pour une présentation synthétique de l'organisation actuelle du système d'hébergement en Ile-de-France.

Tableau 1 - Les services pris en compte dans ENFAMS, comparé aux autres enquêtes françaises

	<i>Enquête sans-domicile INED / INSEE (1995 ; Marsapt et Firdion, 2000)¹³</i>	<i>Enquête (1996 ; Kovess et Mangin Lazarus 1997)</i>	<i>Enquête sans-domicile INSEE (2001 ; Brousse ; 2006)</i>	<i>Enquête Samenta, Observatoire du Samusocial de Paris – INSERM (2009 ; Laporte et al., 2010)</i>	<i>Enquête sans-domicile INSEE (2012)</i>	<i>Enquête ENFAMS Observatoire du Samusocial de Paris – InVS (2013)</i>
<i>Population étudiée</i>	Toute personne majeure <u>francophone</u> utilisatrice des services d'hébergement et de distribution de nourriture vivant à Paris intra-muros et aussi celles conduites à partir de Paris dans les centres périphériques de la capital (Nanterre, Issy-les-Moulineaux, etc), entre le 13 février et le 10 mars 1995.	Toute personne majeure <u>francophone</u> fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas l'hiver de 1996 à Paris.	Toute personne majeure <u>francophone</u> fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, implantés dans les agglomérations de France de 20.000 habitants ou plus, entre le 15 janvier et le 12 février 2001.	Toute personne majeure <u>francophone</u> fréquentant des services d'aide à l'hébergement ou de distribution de repas, en Ile-de-France entre février et le 6 avril 2009.	Toute personne majeure <u>francophone</u> fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, implantés dans les agglomérations de France de 20.000 habitants ou plus, entre le 15 janvier est le 3 mars 2012. Un questionnaire face à face est réalisé pour les personnes francophones et pour les <u>non-francophones</u> , un <u>questionnaire auto-administré</u>	Toute famille comprenant au moins un enfant né de moins de treize ans, hébergée en Ile-de-France, au moment de la prévisite et des rendez-vous avec le binôme d'enquêteurs et l'infirmier, parlant français ou l'une des <u>8 langues</u> suivantes : anglais, arabe, arménien, bulgare, mongol, roumain, russe, tamoul ; entre le 4 janvier et le 31 mai 2013.
<i>Points de distribution de repas</i>	x	x	x	x	x	
<i>Point de distribution des petits</i>					x	

¹³ http://jms.insee.fr/files/documents/1996/540_1-JMS1996_S5-2_MARPSAT-FIRDON-KOVESS-MANGIN-LAZARUS.PDF

<i>déjeuners</i>						
<i>Accueils de jour</i>				x		
<i>Accueils de nuit</i>					x	
<i>Gymnases, salles municipales</i>					x	
<i>Centres maternels</i>				x	x	
<i>CHU</i>	x	x	x		x	x
<i>CHRS</i>	x	x	x	x	x	x
<i>CADA</i>						x
<i>Hôtels sociaux</i>			x		x	x
<i>Résidences sociales</i>						
<i>Logements transitoires</i>						

2. La construction des questionnaires et le choix des outils d'enquête

Au sein de chaque famille, plusieurs questionnaires et outils ont été administrés, au cours de l'entretien avec le binôme d'enquêteurs ou du rendez-vous suivant avec l'infirmière. Après la présentation en détail des questionnaires et outils (2.1.), nous reviendrons sur l'importance de la participation de pairs au cours de leur élaboration (2.2), et sur la traduction des questionnaires (2.3). Voici une liste indiquant qui, au sein de la famille, du parent et de l'enfant (de 0 à 5 ans, ou de 6 à 12 ans) s'est vu administré tel ou tel outil.

Tableau 2. Questionnaires et outils utilisés dans l'enquête ENFAMS

	<i>Parent</i>	<i>Enfant de 0 à 5 ans</i>	<i>Enfant de 6 à 12 ans</i>
<i>Questionnaires et outils utilisés</i>	<i>Entretien avec le binôme</i>		
Questionnaire principal	x		
Questionnaire sur l'enfant de 0 à 5 ans	x		
Questionnaire sur l'enfant de 6 à 12 ans	x		
Questionnaire enfant de 6 à 12 ans			x
Test du <i>Vineland</i>		x	
Test <i>Dominic Interactive</i>			x
<i>Strenghts and difficulties questionnaire</i>			
Entretien observationnel		x	
<i>Outils utilisés</i>	<i>Entretien avec l'infirmière</i>		
Mesures anthropométriques	x	x	x
Mesure de la tension artérielle	x		
Mesure du taux d'hémoglobine	x	x	
Mesure du taux de vitamines		x	
Recueil d'une mèche de cheveux		x	
Lecture du carnet de santé		x	

2.1. Présentation des questionnaires et des outils

2.1.1. Les questionnaires

2.1.1.1. Le questionnaire principal

Ce questionnaire, prévu pour durer 40 minutes, a été administré par l'enquêteur au parent de chaque famille, c'est à dire autant que possible à la maman¹⁴ (il figure, dans sa version française, en annexe 1 de ce rapport). Il comprend dix parties, qui reprennent partiellement des questions ou des modules issues d'autres enquêtes, afin d'obtenir des bases de comparaison.

Le tableau ci-dessous présente le squelette du questionnaire, indique les passages repris d'autres enquêtes et les quelques nouveautés que l'on y trouve. En ce qui concerne les modules de sociologie ou de démographie, deux enquêtes ont été particulièrement mobilisées : d'une part, l'enquête SD 2012 (INSEE) portant sur les personnes sans-domicile ; d'autre part l'enquête Elipa 2010, 2011, 2013 (enquête longitudinale du Ministère de l'intérieur sur l'intégration des primo-arrivants) portant sur les migrants venant d'obtenir un titre d'admission au séjour permanent. Nous y avons ajouté des questions permettant de reconstituer plus finement la trajectoire migratoire et résidentielle des familles et leurs pratiques de mobilité quotidienne.

Tableau 3. La trame du questionnaire principal

<i>Intitulé du module</i>	<i>Emprunts d'autres enquêtes</i>	<i>Nouveautés par rapport aux enquêtes sur les sans-domicile</i>
Caractéristiques sociodémographiques du répondant	SD, Elipa, SIRS et Samenta	
La trajectoire migratoire	Elipa, TEO	Renseignement sur la trajectoire migratoire des parents avec des informations sur les pays fréquentés et les moyens de transport utilisés pour franchir la frontière
Le parcours résidentiel	SD	Reconstitution de tous les lieux fréquentés par la famille depuis le premier épisode sans domicile (et pas seulement depuis les six derniers mois). Informations plus précises sur les relations avec la plateforme

¹⁴ L'interrogation des mères nous a paru, à choisir, plus utile que celle des papas, à différents endroits des questionnaires, concernant entre autres l'histoire de grossesse ou la violence domestique, et pour utiliser certains outils, comme le Vineland. Nous avons décidé d'interroger préférentiellement les mères. Nous n'avons interrogé les pères qu'au sein de familles monoparentales. Une alternative un temps envisagée aurait été de dédoubler et d'adapter le questionnaire, pour les deux parents. Des expériences s'étaient avérées très fructueuses, mais demandaient une habileté certaine de la part de l'enquêteur et augmentaient surtout le temps d'investigation, déjà important, comme le pilote nous l'avait enseigné le pilote. Ces expériences n'ont donc pas été poursuivies.

		d'hébergement.
Santé générale et recours aux soins, santé de la femme : dépistage du cancer	SIRS et Elfe	Non pris en compte dans les études sur les sans domicile.
La situation professionnelle et les ressources	SD, Elipa, SIRS	
Caractéristiques de la famille et des enfants vivant ou non au domicile	SD, SIRS, Elipa	Tableau complet de la composition du ménage (intégrant toutes les histoires de grossesses : IVG, FCS.)
Santé mentale, événements de vie difficile et violences	<i>Mental health survey initiative</i> ; Enveff	Sélection des modules uniquement sur les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les familles à partir de l'étude de Samenta ; Ajout d'un module sur les violences adaptée avec l'aide des auteurs de l'étude enveff et ajouts de questions sur l'excision (données inédites)
Réseau de sociabilité et loisirs	SIRS, Samenta, Enquête Contact, SD	
Le logement et le quartier de résidence	SD, Enquête Budget des familles, SIRS	Conséquences des conditions d'hébergement sur l'intimité et la vie amoureuse
La mobilité quotidienne	Enquête EGT	Interrogation sur les déplacements en dehors de la région parisienne et sur l'absence de fréquentation de certains lieux
L'alimentation du ménage	Insecurity food questionnaire (SIRS, Abena)	Prise en compte du module chez les enfants (généralement pas étudié)

2.1.1.2. Le questionnaire sur l'enfant de 0 à 5 ans

A la suite du questionnaire principal, le parent était également interrogé par l'enquêteur sur un de ces enfants, tiré au sort lors de la prévisite par une tierce personne (voir partie 3.2.3 sur le tirage au sort des enfants). Il faut noter que les enfants étaient exclus des enquêtes sur les sans-domicile en France, et constituent, même dans la recherche américaine, la plus productive au sujet des familles sans-logement, une population « négligée » (Bassuk & Rubin 2010).

Selon la classe d'âge de l'enfant interrogé, les questions n'étaient pas les mêmes. Pour un enfant de 0 à 5 ans, les questions portaient essentiellement sur sa santé et celle de sa maman ; la passation durait environ 20 minutes (le questionnaire figure, dans sa version française, en annexe 2 de ce rapport).

Le tableau ci-dessous présente le squelette du questionnaire, indique les passages repris d'autres enquêtes et les quelques nouveautés que l'on y trouve.

Tableau 4. La trame du questionnaire sur l'enfant de 0 à 5 ans

<i>Intitulé du module</i>	<i>Emprunts d'autres enquêtes</i>	<i>Nouveautés par rapport aux enquêtes sur le sans-domicile</i>
Généralités		Inédit
Histoire de la grossesse et périnatale	Enquêtes nationales périnatales et précaire	
Santé générale, sommeil, santé respiratoire	Elfe	
Recours aux soins et accidents	Elfe	
Nutrition	Elfe	
Mobilité quotidienne		

2.1.1.3. Le questionnaire sur l'enfant de 6 à 12 ans

Pour un enfant de 6 à 12 ans, les questions (toujours posées par l'enquêteur au parent) portaient surtout les relations sociales de l'enfant et dans une moindre mesure sur sa santé. La passation durait environ quinze minutes (le questionnaire figure, dans sa version française, en annexe 3 de ce rapport).

Le tableau ci-dessous présente le squelette du questionnaire, indique les passages repris d'autres enquêtes et les quelques nouveautés que l'on y trouve. En ce qui concerne les modules de sociologie, nous nous inspirons principalement de deux enquêtes : pour la scolarité de l'enfant et la gestion des devoirs, des enquêtes « Panel » de l'Education Nationale sur les élèves entrés en CP en 1997 et en 2011, suivis tout au long de leur scolarité ; pour les pratiques de loisirs et de sociabilité des enfants, de l'enquête « L'enfance des Loisirs » qui repose sur le suivi d'un panel de près de 4 000 enfants entre 2002 et 2008. Des questions supplémentaires ont cependant été rajoutées afin de tenir compte de l'expérience spécifique des enfants en hôtel, caractérisée notamment par des difficultés à réaliser les devoirs, par le manque de place et des relations de sociabilité plus ou moins prononcées avec les autres enfants hébergés.

Tableau 5 - La trame du questionnaire sur l'enfant de 6 à 12 ans

<i>Intitulé du module</i>	<i>Emprunts d'autres enquêtes</i>	<i>Nouveautés par rapport aux enquêtes sur les sans-domicile</i>
Scolarité de l'enfant et gestion des devoirs	Panel Education Nationale, Enquête Condition de vie (INSEE), A l'école des enfants heureux... ou presque (Unicef)	Inédit
Quotidien de l'enfant	Enquête Condition de vie (INSEE), Enfance des loisirs (Ministère de la Culture), Elfe	
Mobilité	EGT	
Les vacances	Enfance des loisirs	

2.1.1.4. Le questionnaire enfant de 6 à 12 ans

Si l'enfant tiré au sort avait entre 6 et 12 ans, il était également interrogé directement, cette fois par l'enquêteur-psychologue, en même temps que son parent était interviewé par l'enquêteur (cette division des tâches s'est avérée la plus économique, d'après le pilote de l'étude ; voir la partie 4.). Le questionnaire (en annexe 4 de ce rapport) porte sur le rapport à l'hébergement et à l'école de l'enfant, ainsi que sur ses relations de sociabilité et ses activités de loisirs. En voici les thèmes, par ordre de passation :

- l'école ;
- les copains, les copines ;
- les loisirs ;
- les devoirs ;
- la vie dans l'hôtel/le centre/l'appartement ;
- les vacances et le non quotidien ;
- la trajectoire résidentielle ;
- les soucis et les joies.

Il nous paraissait en effet important de mieux prendre en compte le point de vue des enfants, car des enquêtes qualitatives nous avaient montré que l'on ne pouvait résumer l'expérience des enfants à ce qu'en rapportaient leurs parents (Halpenny et al. 2002; Keogh et al. 2006; Kirkman et al. 2010; Le Méner et al. 2013). Mais l'élaboration du questionnaire n'allait pas de soi pour autant.

Les enquêtes quantitatives portant sur les enfants et interrogeant directement les premiers concernés, se développent depuis une dizaine d'années en France, à partir de l'hypothèse justement que la voix des enfants mérite d'être entendue comme telle. Elles portent notamment sur le rapport à l'école, les violences scolaires (Debarbieux 2011), les pratiques culturelles (Octobre et al. 2010). Elles mettent au jour des activités et des significations sociales difficilement discernables et surtout mesurables, si l'on interrogeait les référents des enfants, comme les phénomènes de harcèlement, enracinés dans la répétition de microviolences (Debarbieux 2004).

Les concepteurs de ces enquêtes insistent sur les différences entre les questionnaires passés aux enfants et ceux passés aux adultes. Les formulations des questions doivent être simples, comme les modalités de réponse. D'autre part, comme il est plus difficile en général de maintenir l'attention d'un enfant que celle d'un adulte, les questionnaires ne doivent pas durer trop longtemps. Si une durée d'une heure est habituelle pour un questionnaire passé à un adulte, elle est inenvisageable avec un enfant, en tout cas scolarisé au primaire. Dans les enquêtes citées, les questionnaires sont calibrés pour durer moins de quarante-cinq minutes.

Par ailleurs, ces enquêtes ont en commun de se dérouler en classe ou d'être auto-administrées : c'est à la fois économique (toute une classe – du moins les enfants qui consentent à participer – est interrogée en même temps) et pratique pour les enfants qui peinent à lire ou comprendre les questions, que l'enquêteur peut alors aider). Toutefois, dans les enquêtes citées, les enfants interrogés ont au moins huit ans.

Nous nous sommes appuyés sur ces recherches pour élaborer le questionnaire. Nous nous sommes efforcés de poser des questions simples, appelant également des réponses simples.

Pour ne pas lasser les enfants, nous avons évité un déroulement trop formaté du questionnaire et essayé de varier les thèmes des questions. Nous avons aussi glissé des questions ouvertes.

Mais l'outil a été pensé pour un contexte de passation différant des enquêtes mentionnées. L'étude avait lieu, non pas en classe ou dans une pièce commune, mais dans la chambre de l'enfant ou dans une pièce mise à disposition par le centre d'hébergement. Ce questionnaire n'était pas non plus auto-administré. Un seul enfant pouvait être interrogé à la fois. En outre, nous craignons de rencontrer une bonne partie d'enfants récemment arrivés en France, pas toujours scolarisés, et incapables alors de répondre eux-mêmes à un questionnaire. Pour ces différentes raisons, nous avons privilégié une passation faite par un enquêteur, en face-à-face avec l'enfant.

Nous avons alors élaboré le questionnaire, en nous donnant quelques consignes : avoir un outil simple et vivant ; ne pas poser aux enfants des questions portant sur des faits précis dont on peut obtenir les réponses par ailleurs auprès du parent ; concentrer nos questions sur des préoccupations réelles des enfants, telles que les enquêtes qualitatives ont pu les découvrir (Le Méner et al. 2013).

Cette dernière consigne s'est avérée primordiale. Avant d'être éprouvé lors de l'enquête pilote, le questionnaire a été testé et refaçonné avec l'aide de deux petites sœurs, âgées alors de cinq ans et demi et onze ans, scolarisées en CP et en CM 1, habitant avec leurs parents dans un hôtel social de Seine-Saint-Denis. Les deux petites filles étaient les voisines d'un des membres de l'équipe, qui a vécu un an et demi dans cet établissement, et leur famille constituait un des principaux lieux d'observation de l'enquête ethnographique. Chacune a répondu au questionnaire (dans une forme plus longue et confuse que la version finale), avant de le commenter avec l'enquêteur (c'est-à-dire l'ethnographe). Leur contribution a été précieuse à plusieurs titres :

- pour sélectionner certaines questions : des items du questionnaire initial ont été supprimés, parce qu'ils ne rencontraient aucun écho chez les enfants ou parce que nous n'arrivions pas à les formuler en des termes simples ;
- pour découvrir de nouvelles questions : par exemple sur le rôle de soutien affectif et moral que peuvent jouer certains enseignants pour les enfants ;
- pour reformuler certains items : simplifier syntaxiquement des formulations alambiquées pour les enfants ; employer un lexique non pas seulement simple mais aussi courant pour les enfants (en parlant de « copains » plutôt que d' « amis » ou en soumettant par exemple à l'enfant ce qu'il souhaiterait changer dans sa chambre s'il disposait d'une baguette magique) ;
- pour soigner les introductions et les transitions de modules : par des énoncés simples et généraux, adressés à la deuxième personne ; par l'introduction de questions inutilisables pour l'enquête mais impliquant davantage l'enfant (en demandant par exemple le prénom de l'enseignant) ou rendant le questionnement plus fluide (par exemple, en demandant à l'enfant s'il a des copains ou des copines plutôt que le nombre d'amis) ;
- pour laisser libre cours à la parole des enfants à certains moments charnières de l'entretien. Ceci s'est traduit par des questions ouvertes et non codées, dont la réponse devait être, si ce n'est intégralement retranscrite, du moins reproduite avec des citations verbatim de l'enfant, et par l'exploration dans plusieurs items des soucis et des désirs des enfants.

Ces enseignements ont été pris en compte pour mettre au point le questionnaire testé lors du pilote auprès d'une quinzaine d'enfants. A l'issue de celui-ci, des corrections ont été apportées à la marge. Mais cette expérience nous a surtout conforté dans la conviction qu'il était possible de passer correctement un questionnaire assez long, dans une tranche d'âge plus étendue que dans les enquêtes déjà menées. Le questionnaire final était calé pour durer 25 à 30 minutes et utilisé avec des enfants dès l'âge de 6 ans.

Réinscrite dans l'économie générale du projet ENFAMS, c'est-à-dire aux côtés de travaux qualitatifs, cette enquête par questionnaire auprès d'enfants nous paraît extrêmement féconde. Certes, des observations répétées et prolongées permettent de suivre de façon très détaillée des enfants et de mieux saisir leur expérience ; de même, des entretiens peuvent permettre des explorations approfondies de certains thèmes. Mais ces techniques s'enrichissent mutuellement, et réciproquement, le questionnaire présente des avantages distincts. Ainsi, matérialisé par des feuilles de papier, il rend tout d'abord plus intelligible, pour l'enfant, la situation d'étude : il observe qu'on lui pose des questions, prédéfinies, et comprend que son rôle est d'y répondre. Le questionnaire, qui impose un déroulement uniforme et homogène, paraît également une technique moins sélective socialement que l'entretien, qui favorise des enfants à l'aise en français et habitués à s'exprimer oralement.

2.1.2. Les outils de mesure du développement

Le développement de l'enfant relève de deux phénomènes : la croissance (poids, taille) et la maturation, il relève donc du domaine physique et psychomoteur. Le développement psychomoteur recouvre le développement moteur et le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social. Il témoigne de la maturation progressive du système nerveux. La psychomotricité, le langage et l'intelligence se développent de façon simultanée et sont étroitement liées au développement affectif. Les interactions sont donc étroites entre le psychisme et la motricité. Un développement moteur normal sous-entend un psychisme d'une certaine qualité. Dans le psychisme, la notion d'émotion est importante. Il existe une interaction entre le moteur et l'émotionnel (Wallon 2002). Nous avons donc cherché à la fois des instruments de mesure du développement de l'enfant, mais aussi de sa santé mentale.

Le choix des outils s'est alors fait selon plusieurs critères :

- les tranches d'âges couvertes et leur correspondance avec nos classes d'âges d'intérêt ;
- leur utilisation et leur validation en français dans d'autres enquêtes référencées pour permettre des comparaisons ;
- leur existence dans d'autres langues ;
- une passation relativement simple, ergonomique dans l'enquête ;
- la possession de bonnes qualités métrologiques.

2.1.2.1. Le Vineland

Concernant les tests d'évaluation du développement psychomoteur, appliqués aux enfants de 0 à 5 ans, le choix des outils a fait l'objet de réflexions préalables avec le conseil scientifique de l'étude. Faute de pouvoir investiguer toutes les dimensions du développement chez les

enfants, nous avons ciblé notre approche. Nous avons ainsi renoncé à nous focaliser sur l'apprentissage du langage et de la communication. Il semble en effet que les mesures existant pour cette compétence communicationnelle soient extrêmement sensibles au milieu culturel de l'enfant. Sachant, à titre d'indication, que 90% des chefs de familles hébergées par le 115 de Paris se déclarent de nationalité étrangère (Guyavarch & Le Méner 2010), il y a de fortes présomptions, renforcées par les témoignages d'intervenants sociaux, que les bébés et les jeunes enfants soient élevés dans deux langues. De plus, cette dimension sera prise en compte *a minima* dans les outils sélectionnés.

Une revue des enquêtes anglo-saxonnes, sur ces dimensions du développement chez des enfants sans logement âgés de 0 à 5 ans, et s'appuyant sur des instruments standardisés, a permis d'identifier un certain nombre d'outils et de contraintes liées à leur passation auprès d'une population pour laquelle ils n'ont pas été conçus (les publications examinées sont (Bassuk, Lenore Rubin, et al. 1986; Bassuk & Rosenberg 1988; Bassuk & Rosenberg 1990; Molnar et al. 1990; Molnar et al. 1991; Schteingart et al. 1995; Garcia Coll et al. 1998; Tischler et al. 2002; Webb et al. 2001; Harpaz-Rotem et al. 2006; Karim et al. 2006; Huntington et al. 2008; Shinn et al. 2008; Chiu & DiMarco 2010; Lee et al. 2010; Obradović 2010).

La classe d'âge étudiée et la validation en français des outils identifiés, ont permis de limiter le champ des outils disponibles. Une revue bibliographique des enquêtes épidémiologiques, utilisant des instruments standardisés et portant sur les enfants de cette classe d'âge a permis de recenser et d'examiner les outils utilisés dans des enquêtes anglosaxonnes, dans la classe d'âge souhaitée, et validés en français (Zaouche-Gaudron et al. 2007).

Les précautions d'interprétation concernant le développement d'un jeune enfant, dans notre contexte en particulier, pour ne pas conclure à tort à un retard de développement cliniquement infondé, ont justifié notre préférence pour des outils portant sur le développement général plutôt que sur une dimension spécifique. D'autre part, étant donné les appartenances culturelles des familles sans logement, nous avons sans doute intérêt à nous focaliser sur le développement psychomoteur – non pas que le milieu culturel n'influence pas le psychomoteur, mais parce que des outils permettent en partie d'en mesurer la portée. Nos résultats devaient permettre de construire des indicateurs simples de développement, et par la même de repérer des enfants à risque de troubles du développement psychomoteur. Pour ce faire, il aurait été hasardeux de ne s'appuyer que sur une mesure partielle du développement. Comme nous l'avons dit, la nécessité de disposer d'outils validés et également en français auprès des moins de six ans a aussi orienté notre choix. Le test de Vineland a finalement retenu notre attention.

Le « Vineland Social Maturity Scale » de Doll (Doll 2010), puis révisée par Sparrow (Sparrow & Cicchetti 1985; Sparrow, S., Balla, et al. 1985; Sparrow 2011) comporte quatre versions réalisées par l'équipe de Sara Sparrow, dont une version de dépistage rapide (VDS screening) et une version enquête (VABS survey questionnaire) qui est la forme abrégée utilisée surtout dans les protocoles de recherche et aussi la plus répandue (VABS *Vineland Adaptive Behavior Scale*). Les items sont regroupés par domaines et sous-domaines en respectant un ordre développemental dans chaque domaine :

- la communication orale et écrite ;

- l'autonomie dans la vie quotidienne personnelle, familiale et sociale ;
- la socialisation dans les relations interpersonnelles, les jeux et loisirs, et l'adaptation ;
- la motricité globale et fine pour les moins de 6 ans.

Le questionnaire comporte 297 items pour le VABS. Les réponses vont de 2 « l'activité est réalisée de façon satisfaisante » à 0 « l'activité n'est jamais réalisée ». Elles comportent aussi N « n'a pas l'occasion », et DK (*Don't know*) « ne sait pas ». La durée de passation est évaluée entre 20 et 60 minutes. L'utilisation est simple mais peut être plus longue qu'annoncée. Le questionnaire est ensuite analysé en une note brute puis standardisée dans chaque domaine, et il donne un score global composite. Les résultats prennent la forme d' « âge équivalent » (moyenne à 100, écart-type : 15).

Ses qualités métrologiques sont bonnes : consistance interne de l'échelle, alpha de Cronbach : $\alpha = .94$ (VABS) ; $\alpha = .94$ (VE) ; $\alpha = .98$ (VS) ; fidélité Test-Retest : .88 (VABS), à partir d'un étalonnage américain sur 3 000 sujets. Il présente l'avantage d'être un des rares instruments à avoir une haute qualité clinique. Il a été construit pour se focaliser sur les éléments clefs du développement et dresser des profils de développement ; il permet notamment de repérer les traits autistiques. Il a été validé en français (Fombonne & Achard 1993) et est utilisé dans les centres de ressources sur l'autisme.

2.1.2.2. *Le Dominic Interactive*

Comme il n'existe pas d'étalon de référence de la psychopathologie pédiatrique, interviewer les enfants à l'égard de leurs propres symptômes est une approche intéressante.

Pour les enfants âgés de six à douze ans le *Dominique Interactive* est un matériel graphique reposant sur des exemples concrets présentant les problèmes de santé mentale dans un format similaire à celui d'un jeu sur ordinateur. Les jeunes répondent simplement par oui ou par non. Son administration dure quinze minutes. Il s'appuie sur le DSM-IV-TR et permet de mettre en évidence des problèmes intériorisés. Développé au Québec et traduit en onze langues, le *Dominique Interactive* est utilisé par beaucoup d'organismes et de professionnels en santé mentale au Canada, aux États-Unis, en Europe et en Australie. Il devrait ainsi nous permettre d'avoir des bases comparatives (Shojaei et al. 2009).

Cet outil a été testé et présente des propriétés psychométriques adéquates. Il offre une méthode de dépistage sensible au stade du développement afin d'obtenir des informations inédites de la part des jeunes enfants sur leurs problèmes de santé mentale dans les milieux de recherche (Bergeron et al. 2013). Le *Dominic Interactive* a été réalisé chez les enfants de plus de 6 ans et devrait permettre le dépistage des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, les TDAH et les problèmes de comportement. Il peut être administré à des enfants de 4 à 16 ans.

Enfin, il faut souligner que la prise en compte de la transculturalité dans certaines mesures et interprétations a fait l'objet de la plus grande vigilance en ce qui concerne la construction du protocole et la formation des enquêteurs. Ce sera également le cas au moment de l'interprétation des données.

2.1.2.3. Le Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ)

Nous avons également opté pour le SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) car il a été développé à partir de questionnaires reconnus (*Rutter et Child Behavior Checklist*). Il présente aussi l'avantage d'être simple et rapide (cinq minutes) et peut être utilisé en contexte d'enquête populationnelle, de dépistage clinique ou de recherche. Ses qualités métrologiques sont bonnes : il a été évalué dans plusieurs contextes et plusieurs pays et est d'utilisation répandue (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie, France, Norvège, Pays-Bas, Suède, Finlande, Danemark, Islande, Allemagne, Bangladesh). Il peut en outre être appliqué aux deux échantillons d'enfants. Le SDQ mesure des comportements ou symptômes associés à des problèmes de santé mentale (Goodman 1997). Il étudie l'hyperactivité/inattention, les troubles relationnels avec les pairs, les troubles du comportement, les troubles émotionnels et le comportement prosocial.

2.1.2.4. Un outil complémentaire : l'entretien observationnel

L'enquêteur-psychologue a réalisé un entretien préparatoire avec l'enfant, avant de procéder à la passation des tests présentés ci-dessus. Celui-ci s'est déroulé parallèlement à l'examen. Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, l'enquêteur psychologue a également mené un entretien observationnel durant la phase de passation du questionnaire par l'enquêteur avec le parent. Il pouvait également échanger avec l'enfant avant de procéder à la passation des tests. Cet entretien permettait de recueillir de nombreuses informations qualitatives, complétant les outils quantitatifs précédemment présentés.

2.1.3. Le rendez-vous avec l'infirmière : les mesures et les prélèvements

Avant le rendez-vous infirmier, le binôme avait auparavant déjà expliqué aux personnes enquêtées les modalités de réalisation de l'entretien avec l'infirmière. Il leur avait remis la lettre d'information sur l'étude à destination des parents ; la lettre d'information sur l'étude à destination des enfants ; la note expliquant à quoi servent les prélèvements ; deux exemplaires de chaque consentement (père, mère, enfant) ; et la fiche de transmission à l'infirmière (cette fiche permettait aux familles non francophones de répondre au questionnaire, notamment en cas d'absence du carnet de santé).

Ce passage de l'infirmière, venue dans un second temps, a permis de recueillir plusieurs types d'informations au cours d'un entretien d'une heure environ : des informations mesurées (mesures anthropométriques de l'enfant et de la maman, tension artérielle de la maman, mesure d'hémoglobine de l'enfant et de la maman et recueil d'une mèche de cheveux de l'enfant de moins de six ans) et des informations recueillies à partir du carnet de santé (courbe de croissance, calendrier vaccinal). Toutes les données étaient reportées dans un questionnaire autosaisi sur Voozadoo (figurant en annexe 5).

2.1.3.1. Les mesures anthropométriques

Il s'agit de mesures précises, fiables et peu coûteuses. Mais elles nécessitent une technique de mesure standardisée et un matériel calibré. Elles étaient faites en présence de la maman. Le poids, la taille, le tour de bras et le périmètre crânien ont été mesurés avec un matériel adapté au poids et à l'âge de l'enfant.

Avant que l'enfant puisse se tenir debout seul sans bouger, le poids est pris sur un pèse-personne d'adulte, dans les bras de la mère : une première mesure est faite avec la mère seule, une deuxième est faite avec l'enfant dans les bras de sa mère. Le poids de l'enfant est obtenu en soustrayant le résultat de la première mesure à celui de la seconde. Dès que la station debout sans bouger est possible, généralement vers deux ans, la mesure du poids se fait debout. L'enfant était alors déchaussé et en vêtements légers, en position droite, immobile, et la valeur était relevée sur la balance par l'enquêteur avec une précision de 0,1 kg.

La mesure de la taille se faisait à l'aide d'une toise verticale dès que la station debout était possible. Pour des raisons pragmatiques de mobilité des infirmières, une toise démontable était fournie avec stabilisateurs, adossés à un mur pour assurer la rigidité de l'instrument. Quand l'enfant ne pouvait pas se tenir debout sans bouger, la mesure se faisait allongé, en utilisant une toise horizontale. Pour la mesure en position couchée, la toise était placée sur une surface plane. La présence de la maman était alors nécessaire, placée à l'extrémité de la toise du côté de la tête de l'enfant. Celui-ci était allongé avec la tête contre la base de la toise de façon à regarder vers le haut, perpendiculairement à la toise, être à plat au centre de la toise, les épaules touchant la base de la toise. La taille de l'enfant couché était alors notée avec une précision de 0,1 cm. Pour la mesure en position debout, l'enfant était déchaussé et sans accessoire de coiffure, les pieds légèrement écartés, les bras pendant sur les côtés. L'arrière de sa tête, ses omoplates, ses fesses, ses mollets et ses talons touchant le support de la toise. La lecture et la taille de l'enfant étaient notées avec une précision de 0,1 cm.

Le tour du bras gauche était mesuré, seulement chez les enfants de 1 à 3 ans. La mesure s'effectuait à l'aide d'un ruban mètre, à mi-hauteur entre le sommet de l'épaule et le coude et était reporté avec une précision d'un centimètre. La mesure du périmètre crânien ne concernait que les enfants de moins d'un an et s'effectuait à l'aide d'un ruban mètre en plaçant le mètre à l'avant, juste au-dessus des sourcils, et à l'endroit le plus bombé à l'arrière.

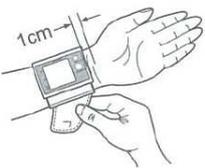
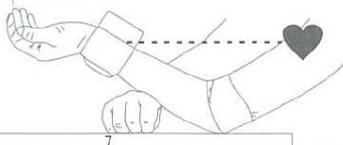
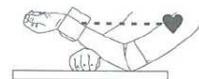
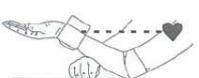
Le poids et la taille ont ensuite permis le calcul de l'indice de masse corporelle¹⁵ (IMC). Celui-ci sera reporté sur les courbes de corpulence pour interprétation.

La corpulence sera évaluée à l'aide des outils disponibles, en suivant les recommandations du groupe d'experts réuni dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), qui propose d'utiliser les courbes de référence françaises auxquelles sont ajoutées les deux courbes de l'*International Obesity Task Force* (IOTF-25 et IOTF-30) afin d'améliorer la standardisation de l'expression du surpoids et de l'obésité de l'enfant. Les seuils de surpoids et d'obésité ainsi définis permettront des comparaisons internationales des données épidémiologiques (Rolland-Cachera et al. 1991 ; Cole et al. 2000).

2.1.3.2. La mesure de la tension artérielle

Cette mesure était fait uniquement à la maman, à chaque poignet par un bracelet électronique selon les consignes mentionnées ci-dessous et étaient reportées sur le questionnaire (avec une répétition de la mesure pour la valeur la plus haute).

¹⁵ Cet indice est le rapport entre le poids (en kilogramme) sur la taille (en mètre) que multiplie la taille (ou $IMC = \text{poids en kg} / \text{taille}^2 \text{ en m} = P/T^2$).

Bien préparer sa prise de mesure	Bien préparer sa prise de mesure
<p>1 Soulevez tout vêtement du bras sur lequel vous allez attacher la sangle et posez le à même la peau.</p>  <p>2 Fixez la sangle proprement autour de votre poignet, en utilisant le scratch velcro.</p>  <p style="text-align: right;">6</p>	<p>1 Tournez votre main paume vers le haut, tendez vos doigts et gardez une position naturelle pour votre poignet.</p> <p>2 Mettez un tissu en-dessous du moniteur BP afin de soutenir votre bras, comme la figure montrée ci-dessous.</p> <p>3 Mettez votre poignet au même niveau que votre coeur.</p> <p>4 Restez droit sur votre chaise et prenez environ 10 fois un souffle profond, afin de détendre votre corps, en particulier votre coude et vos doigts. Allumez le tensiomètre et commencez la mesure.</p>  <p style="text-align: right;">7</p>
Bien préparer sa prise de mesure	Bien préparer sa prise de mesure
<p>Position des doigts</p>  <p style="text-align: right;">Pas bon</p>  <p style="text-align: right;">Bon</p>  <p style="text-align: right;">Pas bon</p> <p style="text-align: right;">8</p>	<p>Position du poignet</p>  <p style="text-align: right;">Pas bon</p>  <p style="text-align: right;">Bon</p>  <p style="text-align: right;">Pas bon</p> <p style="text-align: right;">9</p>

2.1.3.3. La mesure du taux d'hémoglobine

Cette mesure a été effectuée avec l'analyseur HemoCue® Hb 201⁺ à partir d'une goutte de sang capillaire obtenue par microponction digitale. Le système HemoCue® (analyse photométrique) se caractérise par l'utilisation d'une microcuvette spéciale, à usage unique. Le volume de sang nécessaire est automatiquement aspiré dans la cuvette par capillarité et le réactif sec est dissous. Après un lavage des mains à l'eau tiède savonneuse - permettant outre l'hygiène la stimulation de la circulation sanguine au niveau des doigts - le prélèvement sanguin capillaire s'effectuait sur le côté des doigts en évitant la pince (pouce et index) à l'aide de l'auto-piqueur Unistick® Néonatal. La première goutte de sang était écartée et la seconde permettait de remplir la microcuvette par capillarité. Le résultat s'affichait en moins d'une minute.

Les carences nutritionnelles (fer, vitamines A et D) sont mesurées de façon fiable par le dosage des biomarqueurs à partir d'une goutte de sang capillaire. L'anémie apparaît quand la teneur du sang en hémoglobine est devenue anormalement faible. L'anémie est classée en quatre niveaux par l'OMS. Chez l'adulte, elle est considérée comme sévère si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7,0 g/dl, modérée si ce taux se situe entre 7,0 g/dl et 9,9 g/dl et légère si ce taux se situe entre 10 g/dl et 11,9 g/dl. Un tableau présentant l'interprétation des résultats des taux d'hémoglobine en fonction de l'âge et du sexe était fourni aux infirmières avec des recommandations d'orientation selon le degré de gravité de l'anémie mesurée.

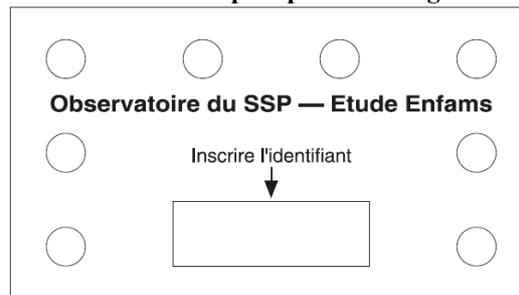
La détermination du taux par l'analyseur portatif HemoCue® Hb (analyse photométrique) répond à notre population. L'outil est fiable, petit, pratique et permettait une orientation immédiate en cas de suspicion d'anémie modérée ou sévère.

2.1.3.4. La mesure du taux de vitamines

Pour les enfants de moins de six ans, quelques gouttes de sang supplémentaires ont été recueillies sur un buvard, dans des puits calibrés. Une fois sec et le numéro d'identifiant noté, chaque buvard était placé dans un sachet de transport biologique prévu à cet effet, scellé, et envoyé au laboratoire pour dosage des vitamines A et D.

Le choix des buvards s'explique car la vitamine A peut être mesurée par la technique du sang séché, compte tenu de la faible différence de concentration entre le sang veineux et le sang capillaire. Ces analyses ont été réalisées au laboratoire de biochimie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris (Samba et al. 2010).

Figure 1. Buvard de transport pour le dosage de vitamines



2.1.3.5. Le recueil d'une mèche de cheveux

Le dosage de métaux neurotoxiques présents dans l'environnement et qui ont des répercussions certaines sur le développement de l'enfant (plomb, mercure) s'est fait à partir d'une mèche de cheveux. Le choix du cheveu s'est imposé car il présente l'avantage d'être simple, facilement stockable, stable et de permettre une détection à long terme en raison du phénomène d'accumulation. Cette matrice est bien validée pour le mercure, même si ce n'est pas le cas pour le plomb. Le prélèvement était réalisé en région occipitale, à la racine des cheveux d'une mèche de deux à trois millimètres de diamètre, en conservant les cinq premiers centimètres, pour éviter les trous inesthétiques. Les cheveux ont été envoyés à température ambiante à l'Institut national de santé publique du Québec pour dosage du plomb et du mercure (le cadmium, le sélénium et l'arsenic ont été également dosés dans le même temps). En cas de détection de plomb à des niveaux élevés, l'orientation vers une centre PMI (protection maternelle et infantile) était prévue (ce qui entraînait le plus souvent une plombémie dans un second temps, en vue d'un dépistage du saturnisme infantile).

2.1.3.5. *La lecture du carnet de santé*

Le carnet de santé a permis de recueillir les données historiques de poids et de taille (dont l'âge gestationnel, le poids et la taille de naissance et lors des dernières consultations), ainsi que le calendrier vaccinal.

2.2. La participation de familles hébergées ou anciennement hébergées à l'élaboration des questionnaires

Comme nous venons de le voir, les questionnaires empruntent de nombreux modules ou questions à des enquêtes déjà réalisées. Malgré tout, ils ne sont entièrement assemblés comme un patchwork d'autres outils. Des nouvelles questions et modalités de réponse y apparaissent, tandis que des thèmes que l'on aurait pu attendre sont absents. La composition d'ensemble - l'ordre des thèmes et des items, la formulation de certaines questions et réponses, mais aussi en amont l'exclusion de certaines interrogations, a grandement bénéficié de l'éclairage de parents et d'enfants vivant ou ayant vécu dans des structures d'hébergement. Quels enseignements peut-on tirer de cette démarche participative (Le Méner & Oppenchaim 2013)¹⁶ ?

2.2.1. Pourquoi mettre en œuvre une démarche participative ?

Les recherches participatives, quel que soit le courant dont elles se revendiquent, poursuivent en général un double objectif de connaissance et d'action (Khanlou & Peter 2005; Cargo & Mercer 2008) : d'une part, faire émerger des connaissances utiles pour la communauté, en s'appuyant sur l'expertise de chercheurs, mais surtout sur le savoir expérientiel des membres ; d'autre part, développer des compétences et une conscience critique chez les enquêtés-chercheurs afin de renforcer leur pouvoir d'action. Ces deux objectifs ne sont cependant pas toujours affichés avec la même force (Foote Whyte 1997). De même, le label « participatif » ne présume en rien du niveau et des modalités de participation aux différentes étapes de la recherche (de la construction du protocole à l'interprétation et à la diffusion des résultats), variables selon les enquêtes (Hart 1992; Daley et al. 2010) et les traditions de recherche (Small 1995).

En ce qui nous concerne, l'idée de faire participer des personnes anciennement sans logement à l'enquête est venue sur le tard, une fois le questionnement scientifique déjà largement échafaudé. Nous avons souhaité mettre en œuvre cette démarche avant tout pour les bénéfices scientifiques qu'elle apporte, car un des membres de l'équipe avait pu voir tout le parti scientifique qu'il était possible d'en tirer lors d'une précédente enquête sur les adolescents de Zones Urbaines Sensibles (Oppenchaim 2011). Nous nous sommes alors lancés, fin 2011, dans cette entreprise avec des moyens humains et financiers limités, sans pouvoir modifier le calendrier et le rythme de l'étude en fonction de la démarche participative. Nous espérons apprendre davantage du monde étudié, mieux comprendre comment l'examiner correctement, en engageant certains de ses membres dans la recherche.

¹⁶ Nous reprenons et complétons dans cette partie des morceaux de cet article, qui ne portait que sur l'expérience du pilote.

La mise en place de dispositifs participatifs paraissait d'autant plus indiquée que nous nous intéressions à une population marginalisée économiquement, socialement et culturellement, « habituée à dissimuler » ses expériences (Dodson & Schmalzbauer 2005). La méconnaissance de cette population, en France était aussi une autre invitation à convier certains de ces membres à participer à l'enquête. Par ailleurs, afin de ne pas exclure les ménages non francophones de l'échantillon, comme cela a été longtemps le cas dans les enquêtes sur les sans domicile, nous avons décidé de traduire les questionnaires et de faire appel à des enquêteurs bilingues (voir infra, partie 2.3). Cette spécificité nous a conforté dans l'idée de solliciter des « enquêteurs pairs », ou « partenaires de recherche », possédant par définition cette compétence linguistique, afin qu'ils nous aident à élaborer et à passer les questionnaires, à en contrôler les traductions mais aussi, à terme, à interpréter et à diffuser les résultats obtenus. Cette motivation à faire appel à une démarche participative essentiellement pour ses apports scientifiques ne signifie cependant pas que cette démarche n'a pas eu de conséquences positives pour les participants, notamment sur un plan capacitaire, comme nous allons le voir.

2.2.2. La démarche mise en œuvre

Nous avons tout d'abord pensé à engager des familles sans domicile dans l'élaboration du questionnaire, sous la forme d'ateliers où quatre familles réfléchiraient aux thèmes à examiner et à la formulation des questions. Cette initiative a soulevé l'opposition de certains membres du conseil scientifique, qui considéraient que nous y perdriions beaucoup de temps, et que nous ne devions pas déléguer la production des matériaux à des non-spécialistes. Cette opposition était donc motivée par une réflexion scientifique, et non par les considérations éthiques que soulèvent les recherches participatives (Khanlou & Peter 2005). Elle nous a conduits à réorienter en partie notre projet : nous avons décidé de rencontrer des personnes anciennement sans logement afin qu'elles complètent et amendent les premières versions du questionnaire élaborées par les chercheurs, puis qu'elles participent ensuite à sa passation.

A ce stade, nous avons choisi de collaborer avec des personnes anciennement sans domicile plutôt qu'avec des personnes actuellement dans cette situation, car il nous semblait que ces dernières seraient certainement prises dans des contraintes matérielles (déménagements fréquents d'hôtel en hôtel, recherche de solutions administratives...) ne leur permettant pas de s'engager pleinement dans le processus de recherche.

Nous nous sommes rapprochés d'un organisme public, la Maison de l'Emploi de Paris, dont une des missions était d'accompagner des familles régularisées vers l'insertion socio-économique et dans le logement. Nous avons demandé à la responsable de cette mission, par ailleurs membre du conseil scientifique du projet, si elle connaissait des familles ayant vécu à l'hôtel, aujourd'hui logées de façon transitoire ou définitive, parlant une des trois langues recherchées pour le pilote, et possiblement intéressées par l'enquête. Celle-ci nous a présenté trois personnes, une Malienne âgée de 30 ans, et deux Georgiennes (une femme de 47 ans et sa fille de 23 ans) parlant respectivement bambara et russe. Lors de cette première rencontre, nous avons présenté l'enquête et proposé à ces personnes de s'engager non pas seulement dans l'administration des questionnaires, mais également dans leur élaboration, leur critique, et leur reformulation avant et après le projet pilote mené pour tester notre enquête.

Ces trois personnes ont accepté immédiatement de participer certainement pour gagner de l'argent¹⁷, mais aussi pour « *changer les choses* », comme nous l'a dit l'une d'elles. Cette volonté de contribuer au changement d'une réalité fortement critiquée est apparue comme un motif récurrent de leur engagement. Il est très probable également que cet accord immédiat résulte d'une volonté de répondre favorablement à une demande de la responsable de la mission. Celle-ci a joué, selon nos collaborateurs, un rôle déterminant pour leur « *trouver un logement* », leur permettre de vivre une « *vie normale* » et leur redonner confiance alors que certains d'entre eux étaient perçus comme « *irrécupérables* » par les travailleurs sociaux.

Lors de notre rencontre, nos collaboratrices ne se trouvaient donc pas dans un moment de crise personnelle, mais à une période charnière, celle d'un début de réinsertion socio-économique dans des métiers éloignés de leur qualification. Elles avaient vécu respectivement neuf ans et deux ans en hôtel. La plus jeune avait, semble-t-il, l'habitude d'aider les autres hébergés dans leurs démarches administratives et leurs relations avec l'hôtelier. Deux d'entre elles avaient fait des études supérieures avant de venir en France (ingénieure en aménagement du territoire; biologiste), la troisième avait suivi des études en lycée professionnel en France sans obtenir son diplôme (elle dit ne pas avoir reçu les convocations pour l'examen en raison de déménagements fréquents dans le parc hôtelier). Elles n'étaient pas encore totalement stabilisées dans leur logement, une de nos partenaires n'ayant pas son nom sur le bail, les deux autres devant faire face à des impayés de loyer. L'une d'elles travaillait ponctuellement comme femme de ménage, une autre en intérim comme hôtesse d'accueil, la dernière souhaitait suivre des formations pour devenir aide-soignante, mais avait des difficultés à surmonter son « *stress* » et le sentiment de ne pas s'exprimer « *assez bien* » en français.

Elles n'étaient pas les seules enquêtrices dans notre recherche. Cette inclusion des enquêteurs pairs dans un collectif présentait plusieurs avantages. Cela permettait d'une part de les valoriser en les considérant comme des enquêteurs comme les autres. Tous les enquêteurs, à l'exception des membres de l'Observatoire, et tous les psychologues étaient rémunérés de la même manière, quel que soit leur diplôme. Tous ont assisté à des séances de formation communes et participé à l'amélioration des questionnaires, certains s'appuyant sur leur connaissance scientifique, une autre sur le fait d'avoir traduit le questionnaire et les enquêteurs pairs sur leur savoir expérientiel : cette mixité des profils et des compétences engagés dans l'enquête a certainement favorisé le croisement des savoirs, en réduisant la distance habituelle entre concepteurs et enquêteurs (Bessière et Houseaux, 1997).

2.2.3. Les apports et les limites de la démarche

Cette démarche participative, malgré certaines limites, nous a fait bénéficier d'apports scientifiques au moment de l'élaboration et de la passation du questionnaire. Le choix et l'énoncé de nombreux items ont été corrigés et affinés; les chercheurs ont été sensibilisés *in situ* à certains questionnements, et aux façons adéquates de les aborder; les réponses obtenues ont été d'une grande précision et les familles enquêtées ont accepté des durées d'enquête contraignantes. Cette démarche nous a conduits à réfléchir sur la situation d'enquête, parfois

¹⁷ Leur participation au pilote de l'enquête était rémunérée comme celle de n'importe quel autre enquêteur vacataire. Le transport était remboursé, le temps de trajet à certaines conditions indemnisé.

considérée comme une « boîte noire » en raison d'un écart croissant entre les concepteurs de la recherche et les enquêteurs sur le terrain (Bessière et Houseaux, 1997).

En ce qui concerne l'élaboration du questionnaire, les thèmes retenus répondent à des arbitrages opérés avec le conseil scientifique, en fonction des principaux objectifs de l'enquête. Ces objectifs, pas plus que les outils utilisés, soulignons-le, n'étaient le fruit d'une concertation avec des familles sans logement. Nous avons ainsi élaboré une première version du questionnaire à partir des enquêtes existantes, d'échanges avec des experts, d'un travail de terrain (entretiens et ethnographies) et de tests sur nos terrains de recherche. Cette première étape d'élaboration des questionnaires a servi de base de dialogue avec les enquêteurs pairs. Ces derniers ont travaillé sur les questionnaires dans les jours qui ont suivi notre première rencontre. Nous leur avons remis le questionnaire, et leur en avons présenté les objectifs, les thèmes et les consignes de lecture. Nous leur avons demandé de nous dire ce qui allait, mais surtout ce qui n'allait pas dans les items proposés, en les invitant à mobiliser leur propre expérience pour évaluer le questionnaire. Nous avons ensuite recueilli, discuté et intégré leurs commentaires, lors de rencontres individuelles (à leur domicile ou dans nos bureaux) et lors de séances collectives de formation. Ces séances, étalées sur sept demi-journées de cinq heures, comportaient une initiation à la sociologie, une discussion concernant la démarche et le questionnaire, un échange avec les psychologues et un test de passation du questionnaire. Cette combinaison, tout au long de l'enquête, de discussions individuelles et collectives a facilité la prise de parole des enquêtrices, certaines étant rassurées par la présence de personnes ayant partagé une expérience commune, d'autres s'exprimant plus volontiers en privé.

Le fait de travailler avec un questionnaire déjà élaboré en partie plutôt que d'en construire un de toutes pièces a également favorisé leur adhésion à la démarche participative. Nos partenaires bénéficiaient d'un cadre rassurant (nous ne leur demandions pas de devenir sociologues en quelques semaines) tout en ayant le sentiment d'être respectées et que leur avis comptait. Cette première version renforçait aussi notre crédibilité, car elle témoignait, selon elles, d'une attention à de nombreuses dimensions de leur expérience vécue – une des enquêtrices nous a dit, par exemple, qu'en s'essayant à répondre pour elle-même au questionnaire, elle se posait de nouvelles questions, qui « *arrivaient juste après* ». De plus, lorsque des items gênaient les enquêtrices, nous en tenions compte. Nous n'étions pas dans la situation où le chercheur, convaincu de l'intérêt de ses questions et de la justesse de ses formulations, s'efforce de les garder à tout prix, ni dans celle où le chercheur, quoiqu'il comprenne certaines interrogations ou critiques des enquêteurs, doit avant tout garantir l'identité de la formulation et faire avec la multiplicité des incompréhensions (Hugrée & Kern 2008). Ainsi, réciproquement, l'expression de nos doutes accréditait les leurs, et renforçait leur conviction qu'elles avaient un rôle à jouer dans la recherche qui ne se limitait pas à la simple passation de questions élaborées par d'autres. Alors que les enquêtrices ajoutaient initialement beaucoup de précautions oratoires à leurs remarques et à leurs demandes de reformulation, cela était moins le cas au fil de nos rencontres.

Nous pouvons alors distinguer plusieurs types d'apports des enquêtrices à l'élaboration du questionnaire.

Leur lecture a tout d'abord permis de justifier le choix de certaines questions qui ne faisaient pas consensus au sein de l'équipe de recherche, comme celle portant sur la crainte des familles lorsqu'elles reçoivent la visite de la structure gérant leur hébergement. En contrepartie, leurs commentaires nous ont amenés à supprimer des questions, finalement jugées inutiles, inadéquates ou déplacées. Ce faisant, nous avons dû ensemble reformuler des questions pour leur donner plus de précision et de clarté. Ces ajouts, suppressions et reformulations bénéficiaient de l'expérience de la vie à l'hôtel des enquêtrices, mais aussi de leur trajectoire migratoire. Par exemple, nous souhaitions demander si les familles connaissaient des personnes en France avant de migrer. Deux enquêtrices nous ont alors permis de comprendre que cette question n'avait pas de sens si nous ne demandions en sus si cette connaissance était ou non une ressource, car cela n'avait pas été le cas pour elles. Les enquêtrices nous ont également aidés à contrôler la qualité des traductions et surtout à prendre en compte la dimension culturelle. Notre collaboratrice malienne a par exemple attiré notre attention sur le caractère inapproprié du terme « petit ami » pour les femmes célibataires ou sur le fait que les enfants d'origine malienne, plus largement d'Afrique de l'Ouest, étaient particulièrement pudiques, ce qui pouvait influencer leurs réponses.

Les enquêtrices ont également introduit de nouveaux thèmes, que nous avons d'abord laissés de côté, comme les pratiques culturelles, en faisant apparaître un lien entre, par exemple, les visites des musées et une volonté d'intégration. Elles nous ont également indiqué jusqu'où nous pouvions aller dans l'interrogation des familles, alors que nous avions tendance à censurer certains thèmes par crainte de les heurter : *« y'a toujours quelque chose qui va toucher les gens, on ne va pas juste demander s'ils vont bien, sinon on ne demande rien »*. Néanmoins, nous avons dû faire comprendre aux enquêtrices qu'il était difficile de poser certaines questions qui leur semblaient fondamentales, par exemple le ressenti de l'enfant en cas d'absence du père, car elles ne seraient sans doute pas validées par les instances d'évaluation éthique du projet.

Enfin, ces rencontres ont eu un autre effet bénéfique pour la suite de l'enquête. Elles ont permis d'instaurer un climat de confiance, entretenu au fil des séances de travail. Nous avons mutuellement mieux compris les rôles de chacun. Des formes d'attachement personnel ont pu se nouer, qui ont favorisé, en dehors des séances d'échange institutionnalisées, l'expression de craintes et de doutes que nous ne savions pas entendre lors des premiers rendez-vous.

En outre, des enquêteurs pairs ont participé à la passation des questionnaires, dès le pilote. L'administration des questionnaires par des enquêteurs pairs n'est pas sans poser quelques difficultés. Cette démarche est tout d'abord plus chronophage qu'une enquête habituelle. Le temps de formation a été ainsi beaucoup plus long que si nous avions fait appel à des enquêteurs professionnels. Il convient néanmoins de souligner qu'il est rare de trouver de tels enquêteurs bilingues et que, dans le cadre de notre enquête, il nous aurait certainement fallu aussi former des enquêteurs inexpérimentés. De même, nous avons dû être présents au quotidien avec les enquêtrices, afin d'en rassurer certaines, de les remotiver ou d'échanger sur les difficultés qu'elles rencontraient. Ces échanges quotidiens ainsi que la séance collective de retour sur l'expérience ont été bénéfiques pour les enquêtrices paires, qui ont pu surmonter certaines craintes ou améliorer leur maîtrise technique de l'outil questionnaire, notamment celle de la gestion des filtres. Mais ces échanges ont aussi été d'une grande utilité pour les

chercheurs et les autres enquêteurs, qui ont été amenés par exemple à être plus attentifs à certaines questions administrées rapidement, et dont nous ne nous rendions pas compte que leur formulation pouvait être ambiguë pour les enquêtés. Cette formule a contribué à allonger les temps d'enquête, qui ont duré dans certains cas entre quatre et cinq heures, contre deux heures et demi en moyenne pour les chercheurs (francophones), plus familiers avec l'exercice. L'allongement du temps d'enquête n'était pas seulement dû à l'inexpérience, mais aussi au fait de passer le questionnaire dans une autre langue que la langue source.

Nous avons aussi parfois pu craindre que les enquêtrices n'adoptent pas une position de neutralité au moment d'interroger les familles, en se positionnant comme porte-parole. Cette neutralité était d'autant plus difficile à tenir que les enquêtrices étaient parfois interpellées par les conditions d'hébergement des familles, ce qui a conduit certaines d'entre elles à se plaindre directement auprès d'hôteliers. De fait, lors des séances de retour sur l'expérience, les enquêtrices ont toutes insisté sur la distance nécessaire qu'elles avaient dû trouver avec les personnes enquêtées. Cependant, ces difficultés apparaissent tout autant comme le résultat d'une forte implication dans la recherche, soit une des conditions d'un travail scientifique bien fait (Staggenborg 1988). Les enquêtrices ont par exemple recontacté des familles pour terminer un questionnaire interrompu, fini certains questionnaires sur le palier de centres qui fermaient. Les questionnaires les plus longs ont ainsi été très souvent perçus comme les plus intéressants par les enquêtrices, car l'allongement de la durée de passation permet de construire une relation de confiance et de recueillir des informations non livrées au début de l'entretien : la patience, les changements de rythme, mais aussi les intonations rappellent aux familles que les enquêtrices n'appartiennent pas aux services sociaux auxquels elles se heurtent si souvent. Les enquêtrices se sont également appuyées sur leur expérience pour reformuler certaines questions afin qu'elles soient mieux comprises par les familles. Ces reformulations, que l'on retrouve dans toute enquête, peuvent poser problème, car elles biaisent parfois les réponses obtenues. Dans notre enquête, ces reformulations ont en tout cas permis d'obtenir des réponses plus précises et un faible nombre d'items « ne sait pas » ou « ne veut pas répondre ». Enfin, les annotations, nombreuses, sur les questionnaires sont des guides précieux pour la restitution de la situation d'enquête et la correction des outils. Les enquêtrices pairs ont été très disponibles et collaboratives, en dehors du strict temps rémunéré d'enquête; autant de qualités que nous avons plus rarement trouvées chez les enquêteurs professionnels employés dans de précédentes recherches.

Ces qualités, proches de celles de chercheurs qualitatifs, qu'avait décrites J. Peneff (Peneff 1988) en suivant des enquêteurs professionnels très bien jugés par leur hiérarchie, ont enrichi notre compréhension du terrain, sur la base d'une expérience que nous ne pouvions pas partager. Nos partenaires ont été attentives à certaines informations qui seraient sans doute passées inaperçues aux yeux d'un autre enquêteur. Une personne enquêtée déclare ainsi, pour expliquer son anémie, avoir fait une fausse couche. À une question sur la prise de pilules de fer, elle répond qu'elle a pris une pilule. Cette réponse interpelle l'enquêtrice, qui comprend qu'il s'agit d'un avortement inavouable dans la culture de la personne. Elle avait été sensibilisée à ce sujet, car elle avait été mise au courant de quelques avortements clandestins dans les différents hôtels où elle avait vécu. En mobilisant leur expérience, nos partenaires ont aussi pu jouer un rôle de soutien auprès des familles. Si elles ne mentionnaient pas

spontanément leur propre expérience en hôtel, elles l'ont fait dans certaines situations, lorsqu'il était fait appel à une forme de compassion.

Si cette démarche participative s'est avérée globalement bénéfique sur le plan scientifique, elle l'a été aussi directement pour les enquêtrices paires. Elle leur a tout d'abord permis d'acquérir une réflexivité accrue sur leur expérience de privation de logement et de percevoir la dimension collective des problèmes qu'elles ont rencontrés. Elles ont certes été surprises par certains éléments ne correspondant pas à leur vécu, par exemple la forte insécurité alimentaire de familles ne pouvant travailler faute de papiers, alors qu'elles avaient elles-mêmes l'habitude de travailler au noir. Mais la recherche a aussi été l'occasion de discuter collectivement de difficultés communes rencontrées, par exemple celles de la vie amoureuse en hôtel.

Nous craignons également que cette recherche ne fasse ressurgir des expériences traumatisantes vécues par les enquêtrices. Certaines se sont ainsi confiées par moment au médecin de l'équipe. Quelques passages du questionnaire ont fait écho à des expériences douloureuses, ayant trait par exemple à la dépression ou au suicide. L'une d'elles dit ainsi avoir appris, questionnaire après questionnaire, qu'elle « *n'[était] qu'une goutte dans l'océan* » : les événements traumatisants qu'elle avait vécus étaient, disait-elle, vus lors de ses enquêtes à travers le prisme d'autres histoires semblables à la sienne. Il semble ainsi que l'enquête a pu être un lieu bénéfique de travail sur soi.

La participation à la recherche semble enfin avoir contribué à l'estime de soi de nos partenaires, qui étaient visiblement reconnaissantes d'avoir participé à une aventure collective pouvant améliorer le sort des familles sans domicile. Elles ont aussi pu réfléchir sur leur parcours et reconsidérer celui-ci à partir des compétences qu'elles ont mises en œuvre pour améliorer leur situation. Ces compétences sont alors jugées sous un nouveau jour : une partenaire estime ainsi, au terme du projet pilote, qu'elle ne peut plus se contenter de gagner sa vie en faisant le ménage, et qu'elle doit miser sur ses capacités relationnelles. Réciproquement mais sans exagérer cet effet, lors de certaines enquêtes, il semble bien que les enquêteurs pairs aient incarné pour les familles rencontrées, l'espoir de jours meilleurs.

Ces enseignements tirés de la préparation et du terrain du pilote nous ont amenés à recruter d'autres enquêteurs pairs pour l'enquête grandeur nature, en passant toujours par la Maison de l'Emploi de Paris, mais également par d'autres services sociaux (voir partie 4.1.2.).

2.3. La traduction des questionnaires

Comme indiqué, les données dont nous disposons au préalable de l'enquête indiquaient qu'une extrême majorité des parents sans-logement était née à l'étranger (Guyavarch & Le Méner 2010 ; Guyavarch & Le Méner 2014). En outre, dans l'enquête Samenta datant de 2009¹⁸, 27 % des adultes contactés n'étaient pas francophones. Nous pouvions donc supposer qu'une bonne partie des parents que nous interrogerions ne parleraient pas français ou ne seraient en tout cas pas en mesure de suivre des questionnaires en français. Nous avons donc tenu à mener l'enquête dans plusieurs langues. Plusieurs options s'offraient à nous.

¹⁸ Qui était la dernière enquête en population menée auprès de sans-domicile au moment de la conception d'ENFAMS, et qui portait sur l'Ile-de-France et un champ d'étude voisin.

2.3.1. Des questionnaires hétéro-administrés, intégralement traduits

L'enquête sans-domicile réalisée en 2012 par l'INSEE, est la toute première enquête, conduite en France, sur les sans-domicile, dans plusieurs langues. L'enquête a été menée dans quinze langues, outre le français. Mais les questionnaires passés dans d'autres langues que le français l'ont été sous une forme réduite (quatre page) et auto-administrée. Les difficultés consistant à recruter et former des enquêteurs bilingues, dans toute la France, justifient notamment le choix d'un outil auto-administré et réduit, en dépit d'autres inconvénients¹⁹ (Markou et al. 2012).

Nous avons pour notre part souhaité garder un protocole identique pour toutes les familles interrogées, peu importe la langue d'enquête. Le fait que l'enquête se déroule seulement en Ile-de-France et que nous ne soyons pas tenus de recourir à des enquêteurs INSEE facilitait la démarche. Mais c'est surtout une autre enquête qui nous a convaincus qu'il serait possible de procéder de la sorte.

L'enquête ELIPA (Enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants), pilotée par le Ministère de l'Intérieur, est une enquête en trois vagues, auprès d'un échantillon aléatoire de signataires du contrat d'accueil et d'intégration (l'échantillon de la première vague comprenait 6000 individus). Le questionnaire source, en français, calibré pour une durée d'une heure, a été traduit et administré intégralement dans une dizaine d'autres langues. L'équipe de recherche considérait que la possibilité offerte aux individus tirés au sort d'être interrogés en français ou dans leur langue maternelle a compté non seulement dans l'acceptation de l'enquête, mais aussi dans le déroulement même de l'enquête.

Nous avons donc opté pour la traduction intégrale du questionnaire et une passation faite par des enquêteurs bilingues et formés, comme dans l'enquête ELIPA.

2.3.2. Le choix des langues

L'idéal aurait été de traduire le questionnaire dans toutes les langues, mais c'était évidemment impossible en raison du coût que cela aurait impliqué et des difficultés incidentes pour recruter des enquêteurs bilingues. Le problème qui se posait était alors de traduire le questionnaire dans un nombre limité de langues, tel que nous puissions toucher le maximum de familles.

Nous ne disposons pas de données de recensement sur les familles sans logement, encore moins portant sur la langue d'usage au sein de chaque ménage. Nous ne pouvions pas non plus déduire, à partir du pays de naissance déclaré, la langue pratiquée (plusieurs langues peuvent être parlées par les natifs d'un même pays, dont des langues coloniales). Comment avons-nous donc procédé ?

Nous sommes partis de l'hypothèse que nous rencontrerions davantage de non-francophones en CADA et en hôtel que dans les autres structures, auxquelles les familles accèdent le plus souvent à condition qu'au moins un des membres du ménage ait un titre de séjour (autre qu'un récépissé de demande d'asile accordant une autorisation provisoire de

¹⁹ L'auto-administration suppose de savoir non seulement lire mais répondre à des questions dans des formats inhabituels pour la personne interrogée. Le questionnaire ne demeure pas moins un outil technique.

séjour). En effet, la possession d'un titre de séjour indique sans doute une présence en moyenne plus longue sur le territoire français, et peut impliquer de suivre des cours d'apprentissage du français, dans le cadre du contrat d'accueil et d'intégration.

S'il n'existe pas non plus, au niveau des CADA ou des hôtels, d'information sur les langues en usage au sein des ménages, il existe en revanche une comptabilité du recours à des interprètes dans des circonstances précises. D'une part, l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) publie tous les ans le nombre de recours à des interprètes, en fonction des langues sollicitées, dans le cadre de l'audition des demandeurs d'asile par un officier de protection (82% des témoignages se sont fait en 2011 avec l'aide d'un interprète). D'autre part, le 115 de Paris recourt à des interprètes professionnels (d'ISM-Interprétariat) pour dialoguer avec des appelants et nous a fourni la répartition des langues concernées. Les données de l'OFPRA et du 115 de Paris prises en comptes étaient les dernières disponibles au moment de la préparation des traductions : elles portaient sur l'année 2011 pour l'OFPRA et sur le premier semestre 2012 pour le 115 de Paris. Nous avons répertorié dans les deux tableaux suivant les dix langues les plus demandées (notons que ces valeurs ne tiennent pas compte de la composition du ménage) :

Tableau 5. Les 10 langues les plus demandées à l'OFPRA en 2011 et le recours à ces langues au 115 de Paris au premier semestre 2012

<i>Langue</i>	<i>% recours OFPRA 2011 (source : Rapport d'activités 2011 de l'OFRA)</i>	<i>% appels ISM premier semestre 2012 (Source : 115 de Paris)</i>
Bengali	13	1
Tamoul	9	2
Russe	9	47
Arabe	8	3
Albanais	6	1
Arménien	5	2
Turc	4	1
Serbo-croate	4	0
Lingala	4	0
Créole-haïtien	3	0
Couverture de la demande totale	65	57

Tableau 6. Les 10 langues les plus demandées au 115 de Paris au premier semestre 2012 et le recours à ces langues à l'OFPRA en 2011

<i>Langue</i>	<i>% appels ISM premier semestre 2012 (Source : 115 de Paris)</i>	<i>% recours OFPRA 2011 (source : Rapport d'activités 2011 de l'OFPRA)</i>
Russe	47	9
Roumain	12	nc
Mongole	6	nc
Bulgare	5	nc
Arabe	3	8
Tibétain	3	nc
Arménien	2	5
Tchéchène	2	nc
Polonais	2	nc
Tamoul	2	9
Total	82	31

Les langues les plus sollicitées à l'OFPRA et au 115 de Paris ne se superposent donc pas complètement. En effet, les 10 langues d'interprétariat les plus sollicitées par les demandeurs d'asile correspondent ainsi à 65% des recours totaux, en 2011. Ces 10 langues ne correspondent en revanche qu'à 57% des demandes d'interprétariat au 115 de Paris. Les 10 langues les plus demandées à l'ISM par le 115 de Paris couvrent pour leur part 82% de l'ensemble des recours à l'interprétariat (pour le premier semestre 2012). Ces dix langues correspondent à un peu moins du tiers des recours à l'interprétariat via l'OFPRA.

Pour déterminer les langues dans lesquelles traduire nos outils d'enquête, nous avons tout d'abord retenus les langues faisant parties à la fois des dix langues d'interprétariat les plus demandées par l'OFPRA et le 115 de Paris. Ce critère a permis de sélectionner : le russe, l'arabe, l'arménien et le tamoul. Ces quatre langues couvrent 31% des besoins d'interprétariat de l'OFPRA et 54% du 115 de Paris.

Nous avons ensuite choisi des langues de traduction selon d'autres éléments d'appréciation. Le bulgare et le roumain ont été retenus car des membres du 115 de Paris comme des équipes de terrain du pôle d'hébergement et de réservation hôtelière du Samusocial de Paris nous avaient fait part de leur impression d'une demande croissante d'hébergement de la part des familles Roms. Nous avons retenu ensuite le mongol, fréquemment sollicité par le 115 de Paris, mais surtout parce que la Mongolie fait désormais partie des « pays d'origine sûr »²⁰ - autrement dit, aucun Mongol ne peut plus demander l'asile en France. Pour le reste, nous avons retenu le bengali, parce que cette langue arrivait en tête des recours à l'interprétariat à l'OFPRA. Enfin, nous avons souhaité traduire les questionnaires en anglais, comme langue coloniale, parlée en Afrique de l'Est notamment, mais aussi au Nigéria.

²⁰ Voir l'article L.741-4 du *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*.

En définitive, nous avons choisi de traduire les questionnaires dans les langues suivantes : l'anglais, l'arabe, l'arménien, le bengali, le bulgare, le mongol, le roumain, le russe, le tamoul (les notes d'information, les consentements, les fiches de rendus de résultats distribués aux parents ont également été traduits dans toutes ces langues).

2.3.3. La traduction des questionnaires *in concreto*

Faute de moyens, de compétence et d'expérience en matière de traduction de questionnaire, nous avons dû « bricoler » des traductions²¹. Nous n'avons pas pu recourir à des traducteurs professionnels, aguerris aux sciences sociales comme l'aurait certainement fait une société de traduction ou d'enquête²². Nous n'avons pas respecté certaines des étapes considérées comme garantissant la qualité d'une traduction d'un questionnaire (Harkness & Schoua-Glusberg 1998) – notamment la traduction inversée (Brislin 1970), mais dans les faits rarement respectées (Harkness & Schoua-Glusberg 1998). Certaines des difficultés rencontrées par la suite tiennent certainement à ces conditions de traduction, qui ne nous ont pas laissé le temps de préciser certaines notions, de valider la reformulation de certains items, et de tirer toutes les conséquences, y compris sur le questionnaire source, de nos hésitations.

Néanmoins, d'autres questions soulevées lors de la traduction ne renvoient pas tant aux conditions dans lesquelles elle s'est effectuée, qu'aux populations auxquelles elle s'adresse. Le questionnaire source, certes destiné à des ménages sans logement, mais plus précisément à des familles et non à des individus « isolés », a déjà fait quelques pas de côté par rapport aux questionnaires habituellement administrés aux personnes seules. Comportant notamment des items ou modules utilisés en population sans-domicile, nous avons pu voir que ces questions étaient pensées pour des personnes seules, bien qu'elles fussent par ailleurs posées à des chefs de familles. De même, en nous appuyant sur des items ou modules posés, voire étalonnés en population générale, nous avons bien dû constater qu'ils ne s'appliqueraient qu'imparfaitement, ou alors au prix d'adaptations importantes, à notre échantillon. Par conséquent, la fabrication du questionnaire source a elle-même comporté des opérations semblables à de la traduction : en s'efforçant de rendre intelligibles un texte élaboré, pour un groupe social, dans un autre groupe social. Les versions traduites du questionnaire source s'apparentent ainsi à des traductions de second degré : traductions de traductions. L'affaire se complique enfin en considérant que les populations visées par les traductions, tout en ayant en communs certains traits – l'origine sociale modeste, l'immigration, l'hébergement institutionnel, ne partagent pas les mêmes références « culturelles ». Comment les personnes impliquées dans la traduction des questionnaires -c'est à dire les traducteurs à proprement parler, les concepteurs, les enquêteurs et enquêtés éprouvant *in situ* la traduction, ont-ils abordé ces difficultés ?

²¹ Cette partie est issue de deux communications scientifiques (Hainagiu & Le Méner 2012a; Hainagiu & Le Méner 2012b)

²² Initialement, nous pensions confier la traduction et initialement la conduite du terrain de l'enquête à une société extérieure. Les tarifs proposés par divers instituts de sondage pour le simple pilote de l'étude se sont avérés rédhibitoires. Pour donner un ordre d'idée, l'internalisation du pilote et des traductions associées a permis d'économiser environ deux tiers du prix demandé par le meilleur devis obtenu.

Sans entrer dans le détail des opérations de traductions, indiquons au moins les étapes suivies. Le questionnaire source a d'abord été mis à plat, pour identifier des problèmes manifestes de traduction. Une première traduction a alors été effectuée. Puis des lectures successives et croisées des questionnaires sources et cible ont eu lieu, par les traducteurs mais aussi par des relecteurs, de deux profils : d'un côté des chercheurs, d'un autre côté des personnes hébergées ou anciennement hébergées, faisant autant que possible partie de la population cible de l'enquête. Des rencontres avec les concepteurs de l'enquête ont entraîné ensuite de nouvelles corrections, avant une mise à l'épreuve de questionnaire en situation d'enquête (lors du pilote et après le pilote). Cette étape, de nouveaux échanges avec les concepteurs, ont permis en premier lieu de retoucher à la marge le questionnaire source, d'apporter ensuite ces corrections au questionnaire cible, avant de le finaliser.

Ce processus de traduction est caractérisé par un dialogue continu entre les concepteurs de l'enquête et les traducteurs, par la prise en compte de différents tests, de lecture ou relecture et de passation en situation d'enquête – comme le préconisent sous une forme bien plus protocolaire mais à l'efficacité pratique contestable, des guides de traduction. Lorsque les échanges entre l'équipe de recherche et les traducteurs n'ont pas été aussi fluides, les traductions ont pu être abandonnées (cela a été le cas pour le bengali et entre le pilote et l'enquête grandeur réelle, pour le bambara).

Nous terminons cette partie par deux tableaux indiquant la répartition des langues d'enquête sur le terrain. Il faut noter qu'un peu moins d'un dixième des questionnaires a été réalisé dans une autre langue que le français ou une langue de traduction écrite : à la demande des enquêtés, des traductions partielles ou totales des questionnaires ont été réalisées en bambara, espagnol, italien, lingala, portugais serbe, soninké, wolof (tableau 8).

Tableau 7. Langues de passation pour l'enquête Enfams (questionnaires traduits)

<i>Langue</i>	<i>Nombre de d'enquêtes réalisées</i>	<i>Part des enquêtés réalisées</i>
Français	448	56.0%
Russe	133	16.6%
Anglais	39	4.9%
Roumain	35	4.4%
Arabe	22	2.8%
Arménien	20	2.5%
Bulgare	12	1.5%
Tamoul	10	1.3%
Mongol	6	0.8%
Total	725	90,8%

Tableau 8. Langues de passation pour l'enquête Enfams (questionnaires non traduits)

<i>Langue</i>	<i>Nombre de d'enquêtes réalisées</i>	<i>Part des enquêtés réalisées</i>
Bambara	22	2.8%
Soninké	22	2.8%
Lingala	13	1.6%
Wolof	9	1.1%
Espagnol	7	0.9%

Italien	1	0.1%
Portugais	1	0.1%
Serbe	1	0.1%
Total	76	9,2%

3. La méthode d'échantillonnage

Les familles sans-domicile peuvent être considérées comme des populations « difficiles à joindre » et donc à échantillonner (Marpsat & Razafindratsima 2010) : d'une part, elles ne sont pas présentes dans une base de données au préalable de l'enquête (elles ne sont pas couvertes par les enquêtes régulières, comme les enquêtes ménage ou présentes dans les fichiers du recensement ou les fichiers logement) ; d'autre part, elles sont difficilement joignables (l'équipe a souvent dû passer pas plusieurs intermédiaires pour contacter les familles, notamment des intervenants sociaux susceptibles de bloquer l'accès aux ménages à l'intérieurs de leurs locaux).

Comment face à ces difficultés, éprouvées à divers degrés lors de l'enquête pilote en avril 2012, obtenir un échantillon probabiliste (ou échantillon extrapolable), c'est-à-dire permettant de produire des estimateurs sans biais et avec une variance calculable, afin de garantir la qualité des données obtenues et la robustesse de nos conclusions ? Nous nous sommes appuyés sur d'autres enquêtes auprès de populations difficiles à joindre (Ardilly & Le Blanc 2001; Laporte et al. 2010) et l'aide d'un statisticien de l'InVS, Yann Le Strat, pour améliorer nos techniques de recensement et combiner des principes de sondage indirect et direct.

Par la suite, nous décrivons en détail deux étapes nécessaires à l'atteinte cet objectif et qui ont fait l'objet de neuf mois de travail (d'avril à décembre de 2012) : d'abord, le recensement des structures du champ de l'enquête donnant lieu à une base de sondage exhaustive, propre et mise à jour ; en parallèle, la définition d'un plan de sondage à plusieurs degrés garantissant la fiabilité de l'échantillon, tout en prenant en compte les contraintes réelles de l'enquête.

3.1. Le recensement des structures d'hébergement

A défaut d'une base de sondage de la population d'étude, nous devons capter celle-ci indirectement, par le biais des services auxquelles elles ont accès. Cette technique de sondage indirect, empruntée à d'autres enquêtes sur les sans-domicile (Ardilly et Le Blanc, 2001) implique en l'occurrence de recenser toutes les structures d'hébergement de notre champ d'enquête (CADA, CHRS, CHU et hôtels). Ce recensement répond à deux objectifs : d'une part réaliser une base de sondage exhaustive en vue du tirage au sort des structures d'enquête ; d'autre part établir une cartographie des structures d'hébergement et analyser leurs répartitions sur le territoire francilien. Nous devons nous approcher autant que possible d'une liste complète des structures hébergeant des familles, et obtenir pour chaque établissement quelques informations clés pour avoir une cartographie complète. Nous devons également identifier précisément les sources de données auxquelles nous n'avons pas accès, pour circonscrire plus précisément notre champ réel d'enquête mais aussi pour fournir des indications à l'usage de futures enquêtes. L'exhaustivité est donc primordiale à chaque niveau du recueil.

Tout ceci implique d'identifier des acteurs sources, qui centralisent au maximum les données afin de croiser et compléter l'information. Cette confrontation des sources nécessite en revanche d'identifier et d'éliminer les double-comptes (un même établissement pouvant être utilisés par différents opérateurs et figurer dans plusieurs bases d'information). Cet idéal de centralisation et d'exhaustivité a rapidement été confronté à la réalité de l'hébergement en Ile-de-France. Face à la complexité du système d'hébergement d'une part, à la multiplicité des acteurs d'autre part, la construction de cette base a exigé la mobilisation de plusieurs sources. Notre souci a donc été d'enregistrer très minutieusement tant les informations inaccessibles que les informations obtenues, en fonction des sources interrogées.

Mais comment nous y sommes nous pris concrètement ? Comment avons-nous identifié et contacté les sources ? Quelles informations leur avons-nous demandé ? Nous traitons ces questions dans un premier temps, avant de nous intéresser plus en détail au recensement de chaque type de structure.

3.1.1. Les informations demandées lors du recensement

Plusieurs données attributaires ont été demandées lors du recensement des structures d'hébergement. Chacune de ces informations est nécessaire pour le tirage ultérieur des structures (3.2). Elles portent en premier lieu sur l'hébergement proposée et la population accueillie, en second lieu sur la structure d'hébergement.

3.1.1.1. Les informations sur l'hébergement et la population accueillie

Les renseignements ici recherchés concernent :

a) La population accueillie. Les centres d'hébergement et les CADA accueillent, selon leur agrément ou leurs habitudes, des personnes isolées ou des familles. Certains hôtels peuvent n'accueillir que très ponctuellement ou de façon saisonnière des familles. Cette information était donc centrale pour éviter l'intégration de structures hors champ d'étude.

b) Le nombre de familles et de mineurs hébergés à la date la plus proche du tirage au sort. Cette information était fondamentale pour évaluer la population cible hébergée et procéder au tirage au sort. Pourtant, c'est elle qui a fait défaut dans de nombreuses bases. La mouvance mobilité des populations au sein des structures d'hébergement, et donc la difficulté à évaluer les effectifs à un instant précis, expliquent conjoncturellement cette lacune. Celle-ci est également liée, de manière plus structurelle à l'absence d'un système d'information en temps réel couvrant l'ensemble des opérateurs de l'hébergement sur un territoire donné.

c) Le type d'hébergement proposé. Les CHU, les CHRS et les CADA peuvent héberger leur population dans un établissement collectif (hébergement dit « collectif ») et/ou en appartements, où vivent un ou plusieurs ménages (hébergement « éclaté » ou « partagé »). De plus cet hébergement peut être réparti dans plusieurs communes. Cette donnée a un intérêt pratique, pour le terrain d'enquête, mais aussi scientifique pour la cartographie : une adresse de structure d'hébergement peut ne pas correspondre à la localisation réelle des familles.

d) Les villes satellites en cas d'hébergement éclaté ou partagé. Cette information permet de connaître les communes concernées par l'hébergement éclaté ou partagé et de localiser à l'échelle communale les lieux d'hébergement réels des familles.

3.1.1.2. Les informations sur l'établissement

Les renseignements recherchés sur chaque établissement sont :

a) L'adresse exacte de la structure ou des hébergements éclatés ou partagés. Cette information est utile à la géolocalisation des structures d'hébergement (attribution d'une latitude et d'une longitude) et à leur cartographie.

b) L'association gestionnaire (pour les centres) et les partenaires sociaux ou plateformes de réservation (pour les hôtels). D'un point de vue pratique, cette information permet de savoir à quelle association s'adresser une fois la structure tirée au sort. D'un point de vue scientifique elle rend visible les associations qui hébergent les familles, dont, au moins pour ce qui concerne l'hébergement hôtelier, le mode de prise en charge peut être bien différent (voir 1.3.3.).

c) La mission de la structure. Nous voulons ici distinguer l'urgence de la stabilisation et de l'insertion. Cette distinction est essentielle dans la mesure où le fonctionnement des structures, les populations accueillies et les prises en charge en dépendent largement.

Tableau 9. Le mode de recueil des informations attributaires en fonction des types d'établissement

<i>Renseignement recherché</i>	<i>Hôtel</i>	<i>CHRS / CHU</i>	<i>CADA</i>
Population hébergée	Intégré à la base /appels aux structures	Intégrée à la base /appels aux structures	Intégré à la base
Nombre de familles	Intégré à la base /appels aux structures	Appels aux structures	Intégré à la base
Nombre de mineurs	Intégré à la base /appels aux structures	Appels aux structures	Intégré à la base
Type d'hébergement		Intégrée à la base	Intégré à la base
Villes satellites		Appels aux structures	Appels aux structures
Adresse	Intégré à la base	Intégré à la base	Intégré à la base
Association/ partenaire social ou plate forme	Intégré à la base	Intégré à la base	Intégré à la base
Mission		Intégré à la base	Intégré à la base

Comme on le voit, si certaines données ont été intégrées aux bases envoyées par les fournisseurs, d'autres ont été recueillies en appelant chaque structure d'hébergement.

3.1.1.3. La gestion des appels

Les appels ont été organisés de façon à obtenir les informations au plus près du tirage au sort. Etant donné la mobilité de la population hébergée, particulièrement dans l'hébergement d'urgence, l'objectif était d'établir un contact le plus prêt possible de l'enquête, pour garantir

l'exactitude des informations recueillies, mais pas trop tard, de sorte à pouvoir contacter l'ensemble de l'échantillon concerné.

Concernant les centres d'hébergement : les CHR, aux effectifs à priori plus stables, ont été contactés en premier soit à partir d'octobre 2012. Le nombre d'entrées et de sorties étant peu prévisible dans les CHU, et afin d'avoir des effectifs au plus près du tirage au sort, le recueil a débuté en novembre 2012. Au total, 217 centres ont été appelés. Les appels ont permis de caractériser plus spécifiquement la population accueillie dans certains centres. En effet, certaines modalités du fichier FINISS ne permettaient pas d'identifier clairement le public accueilli, par exemple « tous public en difficulté », « Autre adulte en difficulté d'insertion », « famille /femmes seules ». Dans ce cadre, les centres ont été rappelés pour préciser le public ciblé par l'hébergement.

Au sujet des hôtels, nous avons demandé aux services sociaux les effectifs hébergés lors des trois semaines précédant le tirage au sort. Le pilote ayant démontré la fluctuation des populations en fonction des semaines, le but était de réaliser une moyenne des effectifs sur trois semaines. Ces calculs ont pu être effectués à partir des bases du PHRH (Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière du Samusocial de Paris), du 115 du Val d'Oise et du Val-de-Marne (voir 3.1.2. sur les sources d'information), qui nous ont donnés des informations demandées sur les trois semaines considérées. Nous avons tenté d'appeler les hôtels pour lesquels aucune donnée sur les effectifs n'était enregistrée. Nous verrons par la suite que les informations recueillies de cette manière sont assez fragiles.

Ayant obtenu, pour les CADA, un fichier complet début septembre, nous avons appelé dès ce moment là l'ensemble des établissements figurant dans la base pour obtenir le nom des villes satellites.

3.1.2. Les sources d'information : multiplicité contre lisibilité

La complexité du système d'hébergement français, la multiplicité de ses acteurs et de ses structures altèrent la visibilité des sources disponibles et fiables. Ainsi, selon le type de structure d'hébergement, nous n'avons pas été confrontés aux mêmes difficultés, ni aux mêmes acteurs. Partant, nous présenterons le recensement par type de structures, par commodité de lecture.

3.1.2.1. Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Le recensement des CADA a bénéficié d'une source de données unique : le Ministère de l'intérieur, chargé de la politique de l'asile, par là du Dispositif national d'accueil (DNA), qui recense dans tout l'hexagone l'hébergement spécialisé destiné aux demandeurs d'asile, en CADA. Créé en 2008 et remis à jour quotidiennement ce dispositif recueille de façon exhaustive plusieurs informations sur les CADA : la population accueillie, le nombre de places, le nombre d'occupants ou encore le nombre de demandes d'asile. Le principal avantage a été la rapidité avec laquelle la base a été obtenue étant donné qu'un seul acteur était impliqué.

3.1.2.2. *Les centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale*

Le recensement des centres d'hébergement s'est fait à partir d'une multiplicité de sources et d'acteurs, aux échelles départementale et nationale.

Dans un premier temps, la DHRIL (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement) et l'Insee (Institut nationale de statistiques et d'étude économique) ont été contactées, car ces deux institutions ont réalisé un recensement des structures consacrées à l'hébergement (centres d'hébergement, foyer, CADA, maisons relais etc.). Chargée des questions d'habitat et de logement à l'échelle régionale, la DHRIL semblait être un acteur incontournable à impliquer dans la construction de la base. Elle a fourni à l'observatoire une extraction du fichier FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) à l'échelle de la région francilienne. Ce fichier recense l'ensemble des structures médico-sociales à l'échelle nationale. Les établissements de santé (hôpital, clinique, laboratoire etc.), les établissements d'hébergement (maisons de retraite, établissements pour handicapés, de protections de l'enfance, centres d'hébergement etc.) et les établissements de formation médico-sociale figurent dans ce fichier. Pour chaque établissement recensé, des données relatives à son statut juridique, à ses équipements, sa mission et enfin à sa catégorie d'exercice (public, privé, CHRS, résidence sociale etc.) sont fournies. L'actualisation des données passe par les modifications des Agences régionales de santé et des DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale), mais aussi par l'Insee ou les établissements médico-sociaux.

L'Insee, préparant alors l'enquête sans-domicile 2012, a réalisé en 2011 un recensement des structures d'hébergement dans toutes les agglomérations métropolitaines de plus de 20000 habitants. Ce recensement a été constitué entre juin et octobre 2011 pour un recueil des données prévu entre janvier et février 2012.

Dans un deuxième temps, nous avons fait appel aux SIAO (Système intégré d'accueil et d'orientation). Ces plateformes d'hébergement départementales, ont été créées pour améliorer l'efficacité de l'orientation et de l'accueil des personnes sans logement²³. Etant donné leur mission, les SIAO sont censés avoir une lisibilité actualisée des places disponibles et connaître les structures d'hébergement existantes sur le territoire départemental. Le recours à ces plates formes a complexifié la liste des acteurs impliqués dans la construction de la base car il arrive que deux SIAO coexistent dans un même département, l'un consacré à l'urgence et l'autre à l'insertion.

3.1.2.3. *Les hôtels sociaux*

Le recensement des hôtels sociaux a également été établi à partir de plusieurs sources, qui renvoient à la complexité du système d'acteurs (Le Méner et Oppenheim, 2012 ; Le Méner, 2013b).

Les familles peuvent être hébergées à l'hôtel au titre de la protection de l'enfance, par les conseils généraux. Dans tous les départements, nous avons donc cherché à contacter le conseil général ou, à Paris, les deux organisations chargées de la protection de l'enfance : le centre

²³ « Les SIAO doivent assurer une gestion transparente et équitable des places et un suivi coordonné du parcours des usagers afin d'éviter toute rupture de prise en charge » (Imbaut et Jantet 2012).

d'action social de la ville de Paris (CASVP) et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES).

L'Etat est l'autre financeur de l'hébergement hôtelier des familles, au titre de deux de ses missions traduites dans les programmes budgétaires 177 (« Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables ») et 303 (« Immigration et asile »). Les organisations gestionnaires de ces missions diffèrent d'un département à l'autre et selon les programmes. Il a donc fallu identifier, pour chacune de ces politiques publiques, département par département, les opérateurs de l'hébergement.

Pour ce qui concerne l'urgence sociale (programme 177), les 115 ont été consultés (l'information recueillie a été ensuite croisée avec celle obtenue auprès des SIAO, qui peuvent couvrir d'autres opérateurs, de plus petite taille que les 115, non identifiés par nous au préalable). A Paris, le 115 n'est pas le seul gestionnaire concerné par ces nuitées. La ligne 177 finance également les nuitées hôtelières des familles suivies par l'Ordre de Malte, par l'Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leurs familles (APTM), et par la plateforme réfugiés et déboutés du Centre d'action sociale protestant (CASP)²⁴. Il se trouve que l'hébergement, entre autres de ces différentes plateformes, est géré par un opérateur unique : le pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH), basé au Samusocial de Paris. Nous nous sommes donc tournés vers le PHRH pour connaître le parc hôtelier mobilisé par ces plateformes.

Le PHRH s'occupe également de l'hébergement des familles demandeuses d'asile, suivies par la CAFDA (Coordination pour l'accueil des familles demandeuses d'asile), plateforme administrée par le CASP et basée à Paris. Ces familles sont hébergées à l'hôtel, faute d'un logement personnel et de places en CADA. Le PHRH est la seule source de données prise en compte concernant l'hébergement en hôtel des familles demandeuses d'asile. Nous avons toutefois pêché par omission d'autres hébergeurs.

En effet, dans d'autres départements de la région, des associations d'accompagnement des demandeurs d'asile recourent également au parc hôtelier, par manque de places dans le dispositif spécialisé, comme France terre d'asile (FTDA) dans le Val-de-Marne. A défaut de les avoir identifiés au moment du recensement, nous ne les avons pas pris en compte. Il est probable qu'une bonne partie des établissements utilisés par ces opérateurs le soient aussi par le PHRH, qui héberge quotidiennement 26 000 personnes à l'hôtel, dans toute la région et bien au-delà de Paris. En outre, le peu de visibilité de ces opérateurs peut laisser penser qu'ils ne représentent qu'une faible partie du parc hôtelier réel total mobilisé en Ile-de-France. Il n'en demeure pas moins que notre recensement est ici lacunaire.

²⁴ Ces associations accompagnaient différentes catégories de familles migrantes, qui étaient au moment du recensement : des familles déboutées de leur demande d'asile (Ordre de Malte), des familles réfugiées (plateforme réfugiés et déboutés), des familles en voie de régularisation (APTM).

Tableau 10. Synthèse des sources et des acteurs contactés, selon le type d'établissement

<i>Type d'établissement</i>	<i>Sources</i>	<i>Nombre d'acteurs</i>	<i>Echelle</i>
CHU et CHRS	La DHRIL	1	Régionale
	Les SIAO	10*	Départementale
	L'Insee	1	Régionale
CADA		1	Régionale
Hôtels sociaux	Les 115 / SIAO URGENCE	8**	Départementale
	PHRH (115 75, 115 93, APTM, CAFDA, Ordre de Malte)	1	Régionale
	Les conseils généraux	9	Départementale

*Pour certains départements, deux SIAO ont du être contactés pour comptabiliser les centres d'hébergement d'urgence et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

** Lors du contact avec certains 115, nous avons eu le même interlocuteur qu'au SIAO Urgence : dans le Val d'Oise, l'Essonne et les Yvelines.

3.1.3. Les bases obtenues

Sur 21 acteurs contactés, 13* ont répondu à notre demande (les mêmes acteurs ayant pu être contactés pour deux types d'établissements). L'ensemble des bases de données nous ont été transmises entre mars et novembre 2012. Le contact avec les acteurs s'est fait en deux temps. Certains ont été contactés une première fois dans le cadre de l'enquête pilote afin d'estimer les données existantes et la fluctuation des populations au sein des structures. Un deuxième contact a été établi pour l'enquête réelle, en octobre 2012, afin d'avoir les bases de données au plus près du tirage au sort, fixé le 4 décembre. Toutefois, tous les acteurs n'ont pas pu réactualiser leurs données.

3.1.3.1. Les CADA

Une base de données actualisée complétée par l'ensemble des données attributaires demandées, a été transmise par le Ministère de l'intérieur. Cette base de données vaut pour la période allant de janvier à septembre 2012. Les variations d'effectifs en CADA n'étant pas aussi sensibles qu'en Centre d'hébergement d'urgence ou en hôtel, on peut donc considérer que cette base est assez exacte en termes d'effectifs comptabilisés.

3.1.3.2. Les CHU et CHRS

Douze acteurs ont été contactés dans le cadre du recensement des CHU et des CHRS ; sept d'entre eux ont accepté de participer à la construction de l'échantillon.

Tableau 11. Les sources finalement utilisées pour le recensement des CHU et CHRS

<i>Acteurs-sources</i>	<i>Recueil réalisé</i>	<i>Actualisation des données</i>
SIAO 75 Insertion	X	
SIAO 75 Urgence	X	
SIAO 77 Insertion	O	Octobre 2012
SIAO 77 Urgence	X	
SIAO 78	O	Avril 2012
SIAO 91 URGENCE	O	Octobre 2012
SIAO 92	X	
SIAO 93	O	Avril 2012
SIAO 94	X	
SIAO 95	O	Avril 2012
DHRIL	O	Avril 2012 (Paris et petite couronne)
INSEE	O	Octobre 2011

Nota : Dans certains cas, il n'a pas été nécessaire de contacter les deux SIAO territoriaux grâce à la circulation de l'information entre les services: les structures d'insertion et d'urgence ont alors été fournies ensemble. Ce fut le cas pour le SIAO de Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et des Yvelines.

3.1.3.3. Les hôtels sociaux

Quinze acteurs ont été contactés pour recenser les hôtels sociaux et neuf bases ont été obtenues. Certains n'ont pas pu répondre à l'appel du fait de l'absence de liste d'hôtels partenaires. Ces services étaient exclusivement des conseils généraux. Ils ont indiqué se référer à la liste établie par la Préfecture et orienter selon les affinités des travailleurs sociaux, laisser les familles démarcher les hôtels, ou encore passer par le 115.

Tableau 12. Les sources finalement utilisées pour le recensement des hôtels sociaux

<i>Acteurs</i>	<i>Recueil réalisé</i>	<i>Date de production des données</i>
PHRH	O	Novembre 2012
CASVP	O	2011-2012
115 SIAO 77	X	
CG 77	X	Base non existante*
115 SIAO 78	O	Mars avril 2012
CG 78	X	Base non existante*
115 SIAO 91	O	Mars avril 2012
CG 91	O	Novembre 2012
115 SIAO 92	O	Avril 2012
CG 92	X	Base non existante*
CG 93	O	2011
115 SIAO 94	O	Mars-avril 2012
CG 94	X	
115 SIAO 95 / CG 95**	O	Novembre 2012

* Cibler la personne capable de répondre à la requête n'a pas été facile. Il est possible qu'une base ait réellement été constituée mais que l'interlocuteur contacté n'en connaisse pas l'existence.

** Le 115/SIAO et les services départementaux de l'ASE organisent une prise en charge partagée des familles à l'hôtel, c'est pourquoi la base de données fournie par le SIAO/115 a permis de ne pas contacter les services du conseil général.

3.1.4. Les difficultés rencontrées dans le recensement

3.1.4.1. La multiplicité des acteurs

Pour constituer la base de sondage, 22 acteurs ont été contactés car il n'existe pas à proprement parler de base centralisée complète et fiable concernant le système d'hébergement.

Le fichier FINESS répertorie les établissements sanitaires et sociaux soumis au CROSMS (Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale) pour avis. Autrement dit, les structures qui ne seraient pas passées devant ces comités ne sont pas intégrées à la base. Avec son étude sur les sans domicile, l'Insee pallie ce déficit car elle n'utilise pas uniquement le fichier FINESS comme base de départ, ce qui explique l'intégration de ses données aux côtés de celles de la DHRIL comme base de recensement. En effet, la base de sondage Insee a largement fait appel à d'autres sources nationales comme les données compilées par la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale), la source SIRENE (Système informatisé du répertoire national des entreprises et des établissements), mais aussi à des sources plus locales telles que les Directions régionales, les CCAS (centres communaux d'action sociale).

Par ailleurs, l'exactitude du fichier FINESS n'est pas égale en fonction des territoires. Si on peut se fier au recensement effectué à Paris et en petite couronne, celui réalisé à l'échelle des grands départements franciliens est moins solide. L'actualisation plus difficile de la base et l'étendue des départements rendent difficile la connaissance des associations territoriales et locales, ce qui explique en partie la fragilité des informations recueillies sur ces territoires.

Ces lacunes ont conduit à l'intégration des SIAO dans la construction de la base de sondage. Leur visibilité actualisée des places disponibles, leur échelle de recensement plus grande semblait garantir l'exhaustivité de leur base, notamment concernant les associations plus locales. Seulement, ces plateformes n'ont été mises en place que récemment, et leurs données n'ont pas encore atteint l'exhaustivité attendue. Elles nécessitent, par ailleurs la coopération de l'ensemble des associations territoriales, laquelle n'est pas systématique, du fait des bouleversements engendrés par ces nouveaux acteurs dans le fonctionnement local du système d'hébergement.

On peut se demander pourquoi un système identique au DNA n'a pas été créé concernant l'hébergement. Avec le DNA, nous avons pu obtenir rapidement une base de données *a priori* fidèle avec des informations très précises à partir d'une source unique. Ce système permettrait de bénéficier d'une lisibilité en termes d'implantation territoriale, de nombre de places, de nombre d'hébergés. S'appuyer sur un acteur unique et une base unique, ou du moins réduire le nombre de sources, aurait été possible. Les enquêtes nationales Etablissements Sociaux (ES) menées tous les quatre ans par la DREES (Direction de la recherche et des études de

l'évaluation et de la statistique) répertorient l'ensemble des structures d'hébergement et fournissent des données très complètes sur ces structures: les capacités, le type de public, les associations gestionnaires, le nombre de travailleurs sociaux etc. Seulement, la dernière enquête date de 2008, elle est donc beaucoup trop obsolète étant donné l'instabilité du système d'hébergement.

Concernant les hôtels, le compartimentage des prises en charge en fonction des situations administratives et sociales ne laissait aucun autre choix que celui de la multiplication des contacts. Par ailleurs, un service social peut solliciter des hôtels situés en dehors de son territoire départemental. Si les conseils généraux doivent restreindre l'attribution des hébergements au département, certains 115 ou associations pour demandeurs d'asile ont largement recours à cette pratique (comme dans le Val d'Oise par exemple). Autrement dit, la base d'un acteur départemental peut introduire des hôtels extra départementaux et la base d'un acteur départemental ne garantit pas l'exhaustivité du recensement à l'échelle du territoire, puisque des hôtels implantés dans un département peuvent être partenaires avec des services sociaux non départementaux. Il était donc impératif d'avoir les bases de l'ensemble des 115 et des conseils généraux franciliens.

3.1.4.2. La manipulation des bases des données

Avec le tableau ci-dessous, nous illustrons avec le cas des hôtels, le chemin réalisé pour produire la base de sondage des établissements :

Tableau 13. Les différents partenaires pour les hôtels recensés (n=584)

<i>Partenaire/s</i>	<i>Nombre d'hôtels</i>
<i>115 78</i>	10 (1,7 %)
<i>115 92</i>	35 (6 %)
<i>115 94</i>	8 (1,4 %)
<i>115 95</i>	8 (1,4 %)
<i>CCAS</i>	134 (4,4 %)
<i>PHRH</i>	224 (3,8 %)
<i>115 (78, 92, 95, 91) et PHRH</i>	69 (12 %)
<i>CCAS et PHRH</i>	49 (8,4 %)
<i>115 (92, 91, 95, 94) et/ou CCAS et/ou CG91 et/ou PHRH</i>	47 (8 %)
<i>Total structure</i>	584

Lecture: la zone grise du tableau montre l'ensemble des hôtels pour lesquels ont été reçues les informations de plusieurs bases (au moins deux). Ils représentent un total de 165 hôtels (28%) qu'il faut bien pouvoir repérer dans chacune des bases sources.

Pour avoir une seule base exhaustive des hôtels, il a fallu fusionner chacune des bases fournies (pour les hôtels, dans 28% des cas avec plus de deux entrées pour un même hôtel). Mais comment identifier les trois entrées d'un même hôtel, quand les bases sont construites avec différentes logiques et lorsqu'il n'y a pas d'identifiant commun permettant de lier les différentes bases ? La fusion devient très difficile. Nous avons dû trouver l'ensemble des

variables communes. Il s'agit du triplet : nom de la structure, adresse de la structure et commune où elle se trouve. Cette solution est loin d'être optimale : il y a toujours des erreurs d'écriture des noms qui fait que le logiciel qui fusionne les bases considère les structures comme différentes alors que ce sont les mêmes, ainsi que des problèmes d'adresses (adresses pas mises à jour et pour certains CHU et CHRS, l'adresse indiquée dans quelques bases est celle du siège et non celle où les familles sont hébergées).

Toutes ces complications pratiques ont demandé un travail minutieux et étalé dans le temps pour obtenir une base de sondage sans doublon, mais qui intègre le maximum d'informations possibles. Nous avons dû aussi parfois privilégier la fiabilité des données à l'enrichissement de la base de données. Par exemple, les données du CG du 93 ont été reçues la veille du tirage au sort des structures et elles n'ont pas été ajoutées à la base de sondage car, avec cette nouvelle fusion, nous risquons d'augmenter considérablement le nombre de structures, en introduisant des doublons. Après plusieurs mois de travail, nous sommes passés d'une base de sondage avec toutes les fusions de 900 structures à la base de sondage finale, sans doublon, de 796 structures. Celle-ci a été terminée le 4 décembre 2012, la veille du tirage au sort des structures.

3.1.4.3. Instabilité du parc d'hébergement, mobilité des personnes hébergées

Une des principales difficultés demeure pourtant l'exactitude des données recueillies. En effet, l'objectif d'une base de sondage est d'être exhaustive et exacte au niveau des informations recueillies. Or, le parc d'hébergement est très mouvant. Les fermetures (temporaires ou non), l'arrêt de certaines missions, ne sont pas rares, provoquées par une réduction des financements, la vétusté des locaux, la pénurie de personnels, etc. Les regroupements d'associations pour mutualiser les ressources existent aussi, ce qui implique dans la plupart des cas, un abandon d'une partie des locaux. De plus, la période hivernale, provoque l'ouverture temporaire d'un certain nombre de centres. Le Samusocial de Paris a ainsi ouvert pas moins de quatre centres d'urgence dont un dédié spécifiquement aux familles, pour la période hivernale de novembre 2012 à mars 2013. Cette situation ne vaut pas uniquement pour les centres d'hébergement.

Les limites du parc hôtelier fluctuent également. Certains établissements sont menacés par des fermetures préfectorales, par des procédures de rachat à des fins touristiques ; d'autres changent d'activités, du social au tourisme, en cours d'année ou de saison. Les fins de contrat entre les plateformes d'hébergement et hôtels, à l'issue des négociations tarifaires annuelles participent également à cette instabilité. Ainsi, entre l'enquête pilote et l'enquête réelle, le PHRH a connu un bouleversement du nombre de ses hôtels du fait de la rupture de partenariats avec des prestataires. La base conçue pendant le pilote n'était ainsi plus valable seulement six mois après. Enfin, un hôtel peut, l'espace d'un weekend ou d'une semaine disparaître des bases de données, notamment en période touristiques où les expulsions des familles sont possibles. Cette instabilité du parc d'hébergement rend difficile l'exhaustivité d'une base, ce qui explique la nécessité d'un recueil au plus près du terrain.

Par ailleurs, la population hébergée est, elle aussi très mouvante, plus particulièrement dans les hôtels et dans les centres d'hébergement d'urgence. D'une semaine à l'autre, les

effectifs peuvent changer sensiblement au grès des départs, des compositions familiales différentes, ce qui rend difficile une estimation exacte du nombre de familles et de mineurs. En réalité, au sein des structures, il est possible de trouver des populations stables et des populations très mobiles qui affectent sensiblement le total des effectifs.

3.1.4.3. *Des contacts parfois difficiles avec les producteurs et fournisseurs de données*

Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence de participation de certains acteurs. La première raison est la protection de l'information. En effet, en se présentant comme membre de l'« Observatoire du Samusocial de Paris », notre affiliation au Samusocial est manifeste et peut être sujette à la méfiance. Les services sociaux paraissent ainsi avoir tendance à préserver leurs informations. Le cas des hôtels est révélateur.

Actuellement, les places d'hébergement d'urgence, notamment en hôtels se font de plus en plus rares. Le parc d'hébergement s'étend année après année, pour faire face à une demande croissante d'hébergement, largement portée par les organisations basées à Paris. Entre ces organisations (dont l'hébergement est mutualisé par le PHRH) et des hébergeurs des départements voisins, peuvent donc exister des situations de concurrence, pour la prospection d'établissements et surtout la contractualisation avec eux. Pour certains opérateurs rencontrés et réticents à nous confier leurs bases de données, le PHRH serait en mesure d'exercer une « concurrence déloyale », en achetant plus cher qu'ils ne le peuvent des nuits d'hôtels convoitées. Aucun intérêt donc, pour ces hébergeurs, à révéler les établissements avec lesquels ils travaillent. Ainsi, le conseil général du 94, connu pour héberger un nombre non négligeable de familles, a demandé la production d'une charte précisant que les données seraient détruites après leur utilisation et qu'elles ne seraient pas cartographiées (probablement dans un souci de protection des hôtels qui seraient des partenaires du conseil général). Les données ne nous ont par ailleurs pas été confiées à temps.

Rappelons également la fragilité et la jeunesse de certaines sources comme le SIAO. L'un d'entre eux a connu une vague de démissions assez importante au moment même où nous demandions la transmission des informations, ce qui explique qu'il n'ait pas pu participer à la construction de l'échantillon. Par ailleurs, dans le monde de l'hébergement, le mois d'octobre est marqué par la préparation de la période hivernale qui débute la veille du mois de novembre. Plusieurs plateformes ont indiqué ne pas être en mesure de répondre à notre demande à cause de cette période, qui bouleverse le parc et les places d'hébergement ainsi que les modes de prises en charge. Enfin, la sollicitation dont certains acteurs ont été l'objet pendant l'enquête pilote a probablement créé la lassitude en réaction à nos demandes répétées de transmission des données.

Malgré les difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'échantillon, la multiplicité des acteurs et la complexité du système d'hébergement, une base a pu être produite, grâce à laquelle le tirage au sort des structures d'enquête a été effectué. La partie suivante se propose de détailler le plan de sondage, les choix qui ont présidé à sa réalisation et le résultat du tirage.

3.2 Le plan de sondage

Le plan de sondage employé pour l'enquête ENFAMS consiste en un sondage aléatoire complexe à trois degrés :

- 1^{er} degré : tirage des structures recensées selon leur taille, dans chaque strate définie ;
- 2^{ème} degré : tirage des familles dans la liste des familles éligibles construite sur place ;
- 3^{ème} degré : tirage des enfants de moins de 13 ans parmi les enfants de cet âge que comprend la famille (ayant accepté de participer à l'enquête).

Pour chaque degré les probabilités d'inclusion sont calculées. Le produit de ces trois probabilités donne la probabilité finale de tirage d'une prestation individuelle.

3.2.1 Premier degré : le tirage au sort des structures

3.2.1.1 La construction des strates : type de structure, zone d'implantation et distance

Un tirage stratifié des centres à probabilités inégales a été réalisé. Nous avons fait le choix de cette méthode en nous basant sur les hypothèses et les objectifs de départ suivants.

La première hypothèse est que les structures de même type se ressemblent, tout comme la population qu'elles hébergent. Il s'agit d'une hypothèse forte mais nécessaire et, du moins la moins mauvaise possible *a priori*. Nous formulons cette hypothèse en nous appuyant sur les différences d'équipement et de prise en charge qui distinguent officiellement les différents établissements. Pour prendre en considération cette première hypothèse, nous avons intégré dans l'élaboration des strates le type de structures. La seconde hypothèse est géographique et part du principe que l'accessibilité aux soins, aux structures de suivi social et à l'emploi des familles dépend de la localisation de leur lieu d'hébergement. En effet, les conditions d'hébergement des familles sont difficiles, particulièrement au sein du parc hôtelier. Certaines d'entre elles sont hébergées en proche et lointaine banlieue, bien qu'elles soient suivies à Paris, et les hébergements attribués sont parfois isolés géographiquement et difficiles d'accès en transport en commun. Ainsi, les familles hébergées par le PHRH en 2011 étaient, pour 14% d'entre elles hébergées à Paris, 55% en petite couronne, 30% en grande couronne et 1% en dehors de l'Ile-de-France (Observatoire, 2012). Afin d'appréhender ces difficultés, il a semblé nécessaire d'échantillonner en tenant compte de deux variables spatiales : la distance à Paris et la distance à la gare la plus proche.

Par conséquent, nous avons décidé de réaliser un tirage stratifié, où les variables de stratification sont de trois ordres.

1) Le type de structure. Nous prenons en compte la mission de la structure et considérons les CHU, CHRS, CADA et hôtels sociaux accueillant des familles (voir point 1.1.3.).

2) La zone d'implantation de la structure. Elle permet de mesurer l'éloignement à Paris et d'estimer la diversité des modes de transports en commun et leur rapidité. Nous nous sommes servis de la classification du Syndicat transport Ile-de-France (STIF). En effet, ce zonage à l'avantage d'être plus fin qu'une différenciation Paris-petit couronne-grande

couronne, il permet en outre d'appréhender les densités urbaines et les densités d'offre en transport en commun (Anon s. d.) Il existe cinq zones établies par le STIF :

- La zone 1 correspond à Paris *intramuros*. Cette zone se caractérise par la densité et la diversité de ses transports en commun: bus, métro, RER, train, tramway.
- La zone 2 correspond à la proche couronne parisienne. La densité des transports et leur diversité est également importante : bus, métro, RER, train, tramway.
- La zone 3 correspond à une couronne qui reste proche de la capitale mais qui ne bénéficie pas d'une diversité et d'une densité d'offre aussi importante. Cette zone correspond aux terminus des lignes de métro ; quelques lignes de bus permettent de se rendre à Paris. Des tramways relient les villes de banlieues entre elles. Bus, RER, train, tramway (ville de banlieue), métro (dans une moindre mesure) sont pris en compte.
- La zone 4 correspond à la première couronne éloignée de Paris. La densité du réseau de transport en commun est plus faible que dans la zone 3. Aucune ligne de métro ne dessert cet espace et les lignes de bus ne desservent pas Paris. Le nombre de gare par ville est aussi moins important. RER, train, bus (desserte locale) sont concernés.
- La zone 5 est la couronne la plus éloignée de la capitale. La desserte en RER ne couvre pas l'ensemble du territoire (relais pris par le réseau transilien). Plusieurs villes n'ont pas de gare sur leur territoire. Les réseaux de bus sont locaux et permettent de relier les communes non pourvues en gare, aux réseaux de transport en commun ferroviaire. Il peut donc s'agir de gares de RER, de train ou bus (desserte locale)

Trois strates ont été définies à partir des cinq zones STIF, en regroupant les zones dont l'offre en transport en commun apparaissait similaire. Les zones 1 et 2 et les zones 3 et 4 ont été regroupées dans deux strates, tandis que la zone 5 constituait à elle seule une strate (Anon s. d.).

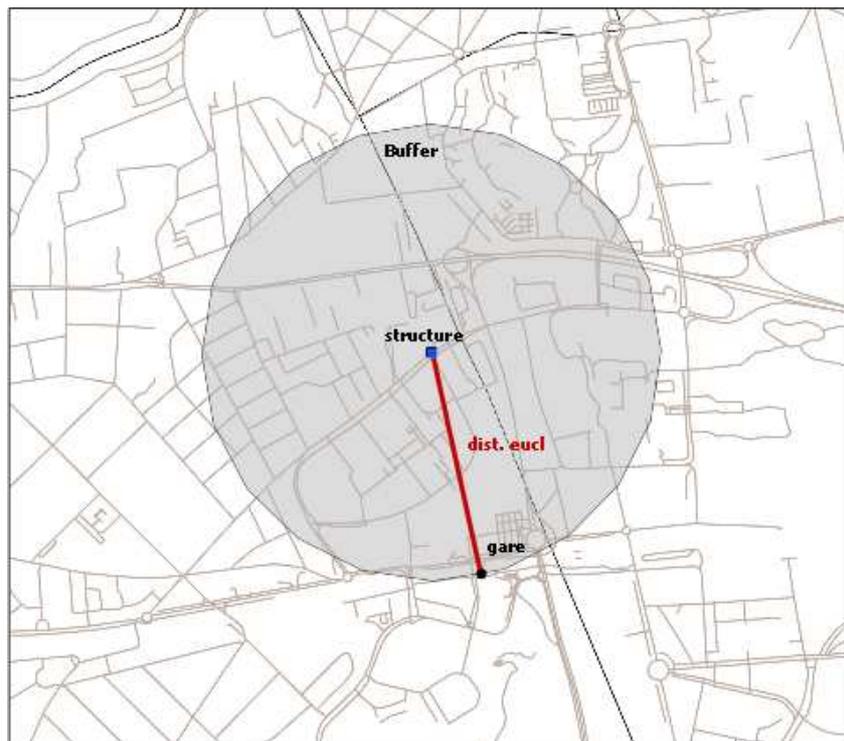
Carte 1. Les zones de transport définies par le syndicat transport Ile-de-France (STIF).



Source : stif.org

3) La distance à la gare la plus proche. Pour calculer la distance à la gare la plus proche, il est nécessaire de partir de chaque structure d'hébergement et de définir la distance qui la sépare de la gare la plus proche. A partir du logiciel Quantum GIS, la distance à la gare la plus proche a été calculée à vol d'oiseau, c'est-à-dire sans tenir compte du réseau routier à partir d'un buffer (cercle) et selon des seuils préétablis.

Figure 2. Calcul de la distance euclidienne selon un rayon buffer



Le choix de ces seuils s'est effectué à partir de l'étude de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France (IAURIF) *Habiter ou travailler près d'une gare de banlieue. Quels effets sur les comportements de mobilité ?* (Anon s. d.). Cette enquête a retenu notre attention dans la mesure où la proximité à la gare est au centre de l'analyse. La méthodologie utilisée a pour but de s'approcher au maximum d'un buffer de 600m autour des gares pour définir le seuil de proximité. C'est pourquoi les seuils de distances ont été évalués de la manière suivante :

- proche : établissement situé entre 0 et 600 mètres de la gare la plus proche ;
- intermédiaire : établissement situé entre 600 et 1000 mètres de la gare la plus proche ;
- éloigné : établissement situé à plus de 1000 mètres de la gare la plus proche ;

Ces seuils de distance ont été établis en tenant compte de la marche à pieds, les familles étant généralement peu motorisées. Si l'étude de l'IAURIF a permis de définir le seuil de proximité, elle n'a pas permis de définir les autres seuils. Généralement, on estime qu'au-delà

d'un kilomètre, les déplacements à pieds se font plus rares, la voiture étant privilégiée²⁵, ce qui explique le dernier seuil de distance, supérieur à 1 km, et par construction le seuil intermédiaire.

Cette strate a été établie pour avoir une idée de la motilité des familles (Kaufmann, 2007), c'est-à-dire leur capacité à se déplacer, essentielle pour des familles amenées à changer régulièrement de lieu d'hébergement. Si les familles sont hébergées à proximité d'une gare, elles pourront utiliser les transports en commun et se déplacer plus facilement. En même temps, cet indicateur permet d'affiner la strate « zone », car il peut également évaluer la facilité d'accès à Paris. Enfin, les gares concentrent autour d'elles plusieurs services (centres commerciaux, mairies, services sanitaires etc.) et leur présence peut donner une idée des centres névralgiques locaux, départementaux et régionaux. Outre un indicateur de motilité, cette strate peut constituer un indicateur de centralité, qui n'est pas sans importance dans notre problématique.

Par ailleurs ne disposant pas au préalable du terrain de l'enquête de l'adresse exacte des appartements pour les structures éclatées (n=68) ou mixtes (en collectif et en éclaté ou partagé, n=35) nous avons considéré la structure comme proche si la majorité des communes où les appartements sont placés ont une gare, et comme éloignée si la majorité des communes où les appartements sont placés n'ont pas de gare.

Si nos hypothèses sont vraies, la méthode de stratification permettra de capter des profils variés car elle garantit la sélection d'une structure d'hébergement au moins une fois dans chaque strate. De plus, en fixant la composition de l'échantillon, nous réduisons sensiblement la marge de manœuvre de l'aléa et par là, la variance de nos estimateurs (Ardilly 2006).

3.2.1.2. Les variables auxiliaires quantitatives : les familles et les mineurs hébergés

Pour ce premier degré du tirage, nous avons fait en sorte qu'à l'intérieur de chaque strate, la probabilité de sélection d'une structure soit proportionnelle à sa taille. Ce principe nous a permis de réduire les cas où une structure qui n'héberge pas un nombre « suffisant » de familles soit tirée au sort (voir point 3.2.4). Ainsi, lors du terrain, les binômes enquêteur-psychologue se déplacent jusqu'à la structure pour s'entretenir avec plus d'une famille. De plus, en fixant des probabilités proportionnelles à la taille de la structure, on diminue aussi le risque de devoir remplacer une structure tirée par une autre : il suffit que la famille ou les quelques familles censées être hébergées dans un petit établissement refusent de participer à l'enquête ou soient absentes au moment de la prévisite pour qu'aucune famille ne soit finalement interrogée dans l'établissement pourtant sélectionné.

Pour mettre en pratique cette approche, il nous a fallu trouver une variable numérique qui permette de quantifier au plus près la taille de la structure. Nous avons considérée deux informations liées à cette variable « taille » : le nombre de familles éligibles et le nombre de mineurs hébergés. Elles ont été recueillies à l'occasion du recensement des structures déjà

²⁵ Voir l'enquête ménages déplacements 'standard CERTU (2008)

décrite antérieurement (voir partie 3.1.). Le recueil de ces données n'a pas été, néanmoins, sans faiblesses ni difficultés.

Tout d'abord, la transmission orale des informations peut être source de biais. Si dans certains cas des chiffres exacts nous étaient indiqués, certaines personnes contactées nous donnaient des chiffres approximatifs (entre 20 et 50 familles résident dans tel établissement, dira son responsable), voire contradictoires entre le nombre de mineurs et le nombre de familles. Par ailleurs, les interlocuteurs que nous avons étaient très différents. De cet interlocuteur dépend la qualité et l'exactitude de l'information car tous n'étaient pas en mesure de fournir des informations précises.

Un autre problème est que notre définition de la « famille » n'était pas toujours conforme à celle en vigueur dans certains établissements. Cela pouvait être l'origine de malentendus, que nous parvenions à démêler, pourvu que nous les détections. Ce n'était pas difficile de saisir que nous ne nous comprenions pas avec un établissement qui n'hébergeait que des « familles monoparentales sans enfants », ou avec un autre centre qui « [comptait] les isolés comme des familles ». Mais il est fort possible que des malentendus nous aient échappé. Par ailleurs, même si nous précisions à chaque appel que la population d'intérêt concernait les familles avec enfants de moins de treize ans, il est fort probable que les informations recueillies concernent davantage les familles avec enfants de moins de 18 ans, les interlocuteurs n'étant pas en mesure de distinguer finement les tranches d'âge.

Une dernière difficulté tient à la méfiance de certains interlocuteurs, qui refusaient par exemple de transmettre des informations par téléphone. Dans certains cas, un mail officiel devait être envoyé au directeur, ralentissant la procédure de recueil des données. Certains établissements n'ont pas pu être contactés, probablement pour cause de refus déguisé : il fallait contacter la directrice ou le chef de service qui ne pouvait jamais recevoir notre appel. Pour finir, une lassitude vis-à-vis des études pour lesquelles les structures étaient sollicitées était régulièrement exprimée (« vous en faites tous les deux ans », « comme par hasard on est toujours tiré au sort »), si bien que des interlocuteurs n'ont pas hésité à pointer du doigt l'inutilité de notre étude (« ça va servir à rien »). Ces réticences ont parfois empêché d'obtenir les renseignements demandés.

Les mêmes obstacles ont jalonné nos échanges avec les hôteliers. Mais une difficulté supplémentaire a parfois été rencontrée. Il semble que certains hôteliers n'aient pas de registre, comme peuvent en avoir les structures d'hébergement, sur le nombre de mineurs et de familles hébergés. Par ailleurs, d'aucuns nous parlaient de « chambre »²⁶ ou de chambre pour « deux ou trois », sans donner la composition des ménages occupants. D'autres établissements reçoivent des bons, c'est à dire des *listing* de réservation, pour une famille de la part des services sociaux ou des prestataires, où chaque ligne renvoie à un individu, à partir desquels la composition familiale ne peut être que fastidieusement recomposée.

Malgré les difficultés rencontrées, le nombre de familles et de mineurs hébergés ont été recueillies pour 90% des structures. Une fois ces deux variables recueillies, nous avons calculé la corrélation entre elles. En raison d'une corrélation fortement élevée (0,913) - ce qui veut dire que avec une des deux variables nous avons presque la même information qu'avec toutes les deux, nous avons fait le choix de ne prendre qu'une seule variable pour mesurer la

²⁶ Unité classique de comptage dans l'hôtellerie, notamment bon marché (Faure et Lévy-Vroelant, 2007).

taille de la structure. La variable qui mesure le nombre de mineurs a été choisie, car nous avons considéré que celle-ci était de meilleure qualité. Au fil des appels aux structures, il nous était apparu que nos interlocuteurs avaient beaucoup plus du mal à nous donner le nombre de familles hébergées que de mineurs. Enfin, pour la base du PHRH, nous avons trouvé que pour 12% des cas une situation telle que le nombre de familles donné dépassait le nombre d'enfants. Ceci était dû au fait à que le PHRH compte aussi une femmes enceinte comme une famille alors que, dans le cadre de notre enquête, une femme seule enceinte sans autre enfant à sa charge, était tenue hors du champ de l'étude. Ainsi, prendre ces effectifs comportait le risque de surestimer le nombre de familles hébergées dans l'hôtel.

Une fois décidé que nous prendrions comme mesure de taille de la structure le nombre de mineurs hébergés, nous avons essayé d'approximer cette variable dans le cas de structures où ne nous disposions que d'informations lacunaires. Pour les grosses structures, dont la capacité théorique d'accueil et le type de public accueilli est connu, nous avons réalisé une approximation du nombre de familles et de mineurs, en considérant qu'une famille avait en moyenne deux enfants (cette valeur correspond au nombre moyen d'enfant, dans chaque famille interrogée durant le pilote de l'enquête en avril 2012). Enfin, les structures pour lesquelles nous ne disposions d'aucune mesure de taille ont été regroupées dans une strate à part où nous avons appliqué une fraction de sondage faible.

3.2.1.3. La construction de l'échantillon

Exposons maintenant la manière dont nous avons construit chacune des strates. Le tableau 14 représente la population des structures hébergeant des familles en Ile-de-France. Ensuite, les tableaux 15 et 16 représentent l'échantillon des structures tirées au sort et finalement visités. Le tableau 17 représente enfin l'échantillon des familles enquêtées.

Tableau 14. Les structures hébergeant des familles en Ile-de-France (autonome 2012)

<i>Population des structures</i>										
	<i>ZONE 1</i>			<i>ZONE 2</i>			<i>ZONE 3</i>			
	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	
<i>CADA</i>										36 (5%)
<i>Chrs</i>		X								127 (16%)
<i>Chu</i>										49 (6%)
<i>Hôtels</i>										584 (73%)
	309 (39%)			312 (39%)			175 (22%)			796

Tableau 15. L'échantillon des structures tirées au sort

<i>Echantillon théorique</i>										
	<i>ZONE 1</i>			<i>ZONE 2</i>			<i>ZONE 3</i>			
	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	
<i>CADA</i>										36 (15%)
<i>Chrs</i>		Y								37 (15%)
<i>Chu</i>										26 (10%)
<i>Hôtels</i>										152 (60%)
	69 (27%)			94 (37%)			88 (35%)			251

Tableau 16. L'échantillon des structures visitées

<i>Echantillon réel</i>										
	<i>ZONE 1</i>			<i>ZONE 2</i>			<i>ZONE 3</i>			
	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	
<i>CADA</i>										29 (15%)
<i>Chrs</i>		Z								20 (10,4%)
<i>Chu</i>										17 (9%)
<i>Hôtels</i>										127 (66%)
	51 (27%)			69 (37%)			71 (37%)			193

Tableau 17. L'échantillon des familles enquêtées

<i>Echantillon réel</i>										
	<i>ZONE 1</i>			<i>ZONE 2</i>			<i>ZONE 3</i>			
	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	
<i>CADA</i>										139 (17%)
<i>Chrs</i>		L								112 (14%)
<i>Chu</i>										83 (11%)
<i>Hôtels</i>										467 (58%)
	223 (28%)			301 (38%)			277 (34%)			801

Lecture : Ces tableaux représentent successivement la population des structures (N=769), l'échantillon tiré de structures (n=251) et l'échantillon de structures visitées (n=193). Dans chaque tableau, une cellule grisonnée représente une strate, qui est le croisement de trois variables qualitatives : le type de structure, la zone et la distance (D1= proche, D2 = intermédiaire et D3 = éloigné). Par exemple : dans le tableau 14, X représente le nombre de structures qui sont des CHRS recensés dans Paris intramuros et en petit couronne (zone 1) et qui se situent à une distance « intermédiaire » de la gare la plus proche (D2). Dans le tableau 15, Y représente le nombre de structures tirées parmi X. Enfin Z, dans le tableau 16, représente le nombre de structures visitées parmi Y. C'est dans cet ensemble de structures que nous avons tiré des familles. Finalement, dans le tableau 17, L représente le nombre de familles enquêtées dans chaque établissement de Y.

Parmi les 796 établissements (CHU, CHRS, CADA et hôtels sociaux) recensés hébergeant des familles, 251 ont donc été tirés au sort, et 193 ont été visités. La justification du nombre de structures tirées au sort est détaillée dans le point 3.2.4.2. Le décalage du nombre de

structures entre l'échantillon tiré (tableau 15) est l'échantillon réel (tableau 16) renvoie aux difficultés du terrain : les structures qui refusent de participer, les structures qui ferment, etc. Ces difficultés sont inhérentes au terrain. En conséquence, l'équipe a contrôlé l'évolution de l'échantillon de structures contactées et qui acceptaient de participer (donc, faisant partie de ce qu'on a appelé l'échantillon réel) afin qu'à la fin de la prise de contact avec toutes les structures tirées au sort, les deux échantillons de structures ne soient pas très différents. La comparaison des tableaux 16 et 17 confirme que l'échantillon réel n'est pas très éloigné de l'échantillon initial des structures.

Comme l'indiquent ces tableaux, les proportions différentes attribués aux différentes strates, déterminées par le poids que l'équipe a voulu attribuer à chacune des strates compte-tenu des objectifs de l'enquête (tableau 15), ne sont pas identiques à celles de la population source (tableau 14). L'écart s'explique par la prise en compte des objectifs épidémiologiques et géographiques. Les objectifs épidémiologiques étaient d'avoir une puissance statistique suffisante et donc un effectif suffisant de familles dans chaque strate pour pouvoir mettre en évidence un éventuel effet de structure. L'hypothèse sous-jacente est que l'existence d'un travail social important en CHRS et en CADA permettrait d'agir sur la santé (notamment sur la sécurité alimentaire), entraînant une différence de prévalence de l'anémie par exemple entre les structures avec travail social (CHRS, CADA) et celles où celui-ci est limité ou inexistant (CHU et hôtels). Mettre en évidence cette éventuelle différence entre les structures nécessite de sur ou sous représenter certaines d'entre elles pour obtenir des effectifs suffisant pour comparer les strates entre elles.

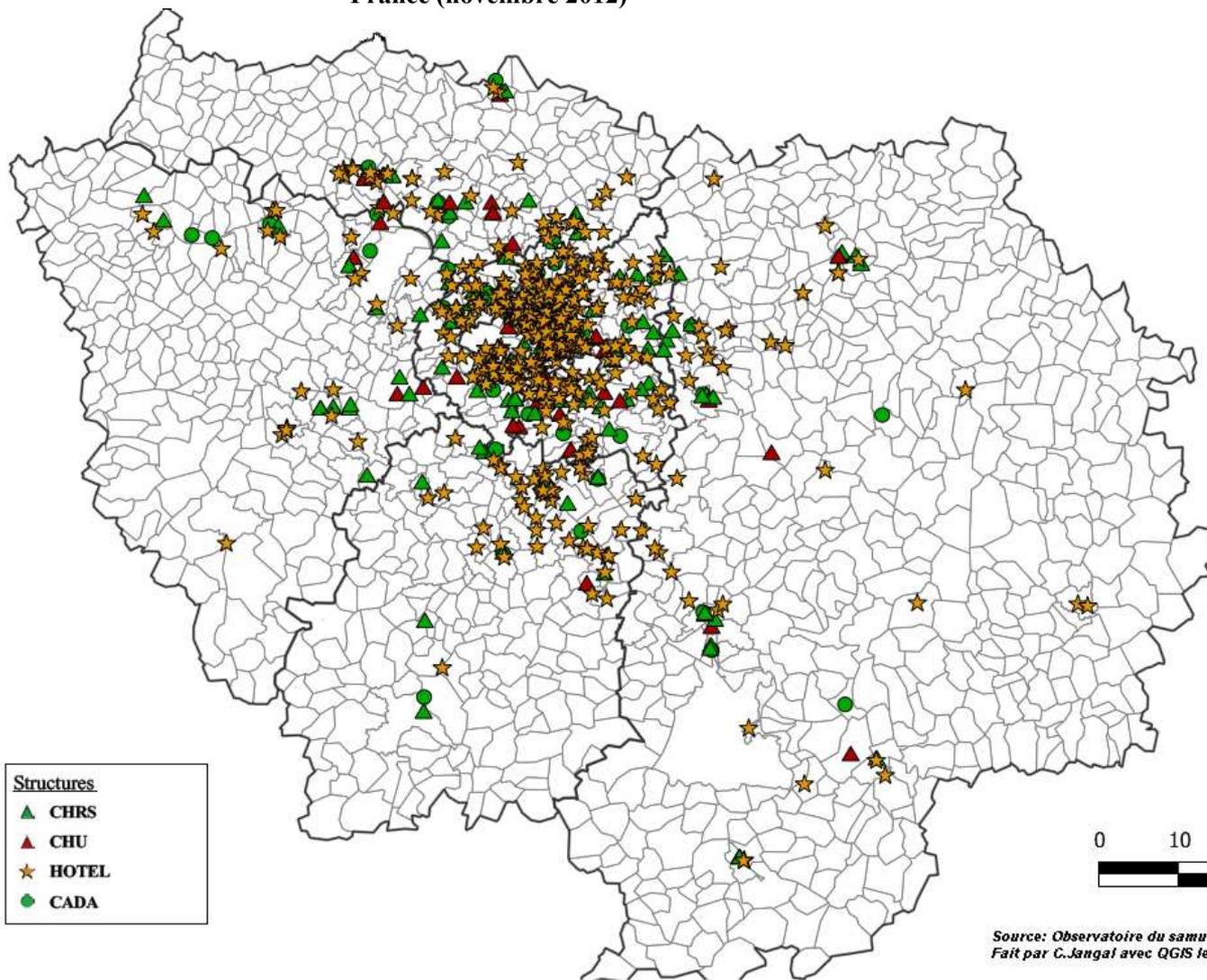
Par conséquent, l'équipe a décidé de:

- sous-représenter les hôtels (qui formaient presque les trois quarts de la population source) ;
- surreprésenter les CHU ;
- prendre en compte la totalité des CADA (vu la faible taille du parc concerné et le besoin d'en avoir assez entre CHRS et CADA pour les comparer aux CHU et aux hôtels).

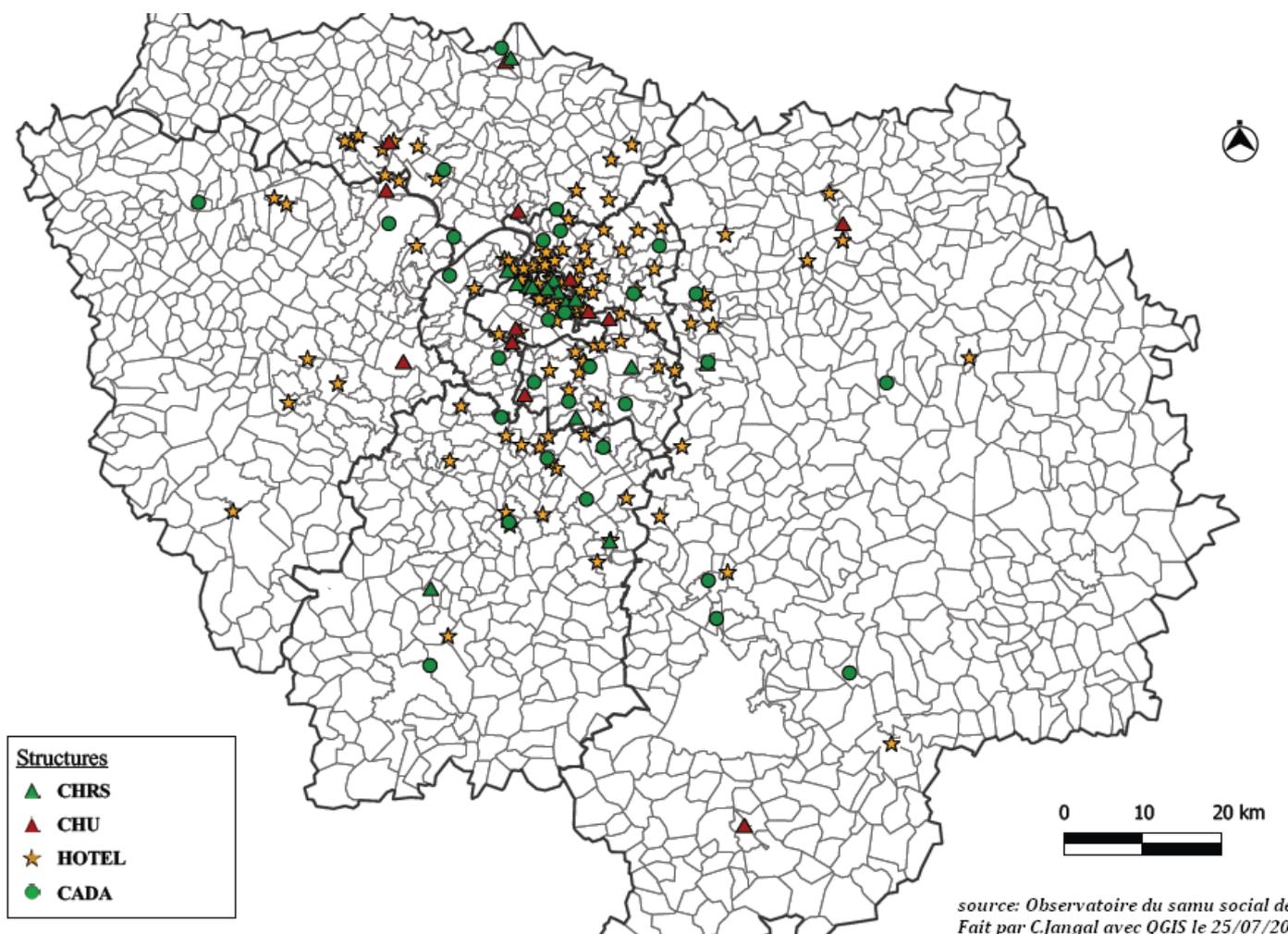
D'un point de vue géographique, il était nécessaire d'insister sur les structures d'hébergement les plus éloignées de la capitale et les moins accessibles en transport en commun afin d'évaluer les difficultés d'accessibilité aux soins des familles hébergées dans ces conditions géographiques. C'est pourquoi il a été décidé de :

- surreprésenter la zone 3 (correspondant à la zone 5 du STIF)
- surreprésenter la distance D3

Carte 2. Répartition des structures d'hébergement accueillant les familles en Ile-de-France (novembre 2012)



Carte 3. Structures d'hébergement tirées au sort et enquêtées de janvier à mai 2013



3.2.2. Deuxième degré : le tirage au sort des familles

Une fois les structures d'hébergement sélectionnées, le tirage au sort des familles s'effectuait sur place, au moment de la prévisite. Afin de ne pas biaiser l'échantillonnage, les prévisites se sont déroulées, autant que possible, en fin de journée (après le retour de l'école) ou lors des congés scolaires (le mercredi notamment). Cela permettait de maximiser le nombre de familles présentes dans l'établissement. Toute famille comprenant au moins un enfant (né) de moins de 13 ans, était susceptible d'être tirée au sort, à l'aide d'un tableau de tirage. Ce tableau se fonde sur l'algorithme de tirage systématique, c'est-à-dire qu'il sélectionne à saut régulier sur la liste non triée des familles éligibles. Lorsqu'une famille est tirée, elle est contactée sur place par le prévisiteur ou par téléphone (si la structure héberge en appartement partagé ou éclaté). Il est arrivé que des familles ne soient pas joignables pendant la prévisite. Dans ce cas, elles étaient contactées à plusieurs reprises au cours de la prévisite, puis remplacées par la famille suivante si les tentatives s'avéraient infructueuses.

En cas d'absence des parents, une lettre d'information était donnée à la personne présente au moment du passage du prévisiteur et le numéro de téléphone de la famille était enregistré. Cette méthode a évité au maximum de biaiser l'échantillon. En ne sélectionnant que les familles présentes au moment de la prévisite, nous risquions de surreprésenter certains profils au détriment d'autres. Par exemple les parents sans activités professionnelles, les familles sans enfant scolarisé ou encore les familles nucléaires auraient eu plus de chance d'être choisies (les autres aspects de la prévisite sont présentés dans la partie 4.1.1.).

3.2.3. Au troisième degré : le tirage des enfants

Une dernière étape parachevait la construction de l'échantillon des enquêtés. Dans chaque famille sélectionnée, un enfant de moins de 13 ans a été tiré au sort. Afin de procéder au tirage, le prévisiteur établissait avec l'aide des parents la liste des enfants concernés par cette tranche d'âge et habitant au sein du foyer.

Comme décrit dans la partie 2.1.2, différents outils sont administrés selon la tranche d'âge de l'enfant (de 0 à 5 ans ou de 6 à 12 ans). Globalement, on dispose de plus de tests d'intérêt dans la première classe d'âge ; nous avons fixé une proportion d'enfants de zéro à cinq ans attendue d'environ deux tiers. L'enquête pilote avait laissé penser que la distribution d'âge des enfants tendait à se conformer à principe, tout comme des données récentes du 115 de Paris. Par conséquent et afin de ne pas complexifier le tirage, nous avons finalement décidé de ne pas stratifier par tranches d'âge et d'effectuer un tirage aléatoire simple tout en contrôlant au fur et à mesure, la distribution des enfants enquêtés. Cela nous a permis de nous assurer que nous parvenions bien à des proportions voisines de deux tiers d'enfants de moins de six ans, et un tiers d'enfant de six à douze ans.

3.2.4. Le nombre d'unités tirées au sort à chaque degré

Déterminer les modalités d'échantillonnage ne permet pas en tant que tel de répondre à une question fondamentale de tout tirage au sort : combien faut-il tirer d'unités dans chaque degré ? Plusieurs facteurs tels que le budget fixé (et le calcul du coût de l'enquête), la précision souhaitée et la taille de l'effet à tester, permettent d'apporter une réponse.

3.2.4.1. Le calcul du nombre de familles à échantillonner

Nous sommes partis des objectifs épidémiologiques pour déterminer les effectifs à enquêter. Un des principaux intérêts de l'enquête est de mesurer l'impact de l'absence de logement sur la santé des enfants, à partir de deux indicateurs centraux : la prévalence du retard du développement et la prévalence d'anémie. Selon la littérature anglo-saxonne consultée la prévalence du retard de développement varie de 0,8 % (Hagberg & Kyllerman 1983) à 2,5 % (Glass 1991) selon les études épidémiologiques, du fait de l'hétérogénéité des tests utilisés et de l'âge de la population étudiée. Nous nous attendions à une prévalence de retard du développement de 0,1 (il est toutefois possible que ce chiffre soit sous-estimé du fait de biais psychométrique car la mesure du niveau intellectuel général d'une population augmente à

chaque génération alors que les barèmes des tests psychométriques usuels ne sont pas régulièrement étalonnés). La prévalence d'anémie chez les mères a été estimée voisine de 0,4 dans notre étude, en nous basant sur les études américaines et européennes récentes qui ont déterminé une prévalence de l'anémie ferriprive d'environ 3 % parmi les femmes (Centers for Disease Control and Prevention 1998). Par ailleurs, nous avons jugé important de comparer les familles hébergées en CADA et CHRS²⁷ à celles hébergées en hôtel et CHU. Comme mentionné plus haut, notre hypothèse était que les familles hébergées en CADA ou en CHRS présenteraient des indicateurs de santé bien meilleurs que celles hébergées en hôtel ou en CHU, en raison de la présence régulière de soignants dans ces établissements. Nous estimons l'effet, c'est-à-dire le rapport entre prévalences, à près de 1,5.

Avec le logiciel statistique R, nous avons effectué 1000 simulations du scénario établi par nos hypothèses de départ. D'après ces simulations, le nombre de familles nécessaires à la comparaison des prévalences s'élève à 553 pour le retard de développement, risque alpha à 5% et une précision à 2,5%; pour comparer la prévalence de l'anémie, le nombre de familles est estimé de la même manière à 753. Nous avons donc retenu cette dernière valeur.

Le budget initial permettait d'enquêter environ 1000 familles pendant 3 heures. Par conséquent, ces calculs nous assuraient d'avoir assez de puissance pour mettre en évidence des différences significatives de prévalence (si elles existent). Le nombre d'enfant à enquêter par tranche a été fixé à 650 pour les 0-5 ans et 350 pour les 6-12 ans. Nous tenions à préciser que nous fixons une taille qui, a priori, nous paraît jouable mais qui est bien supérieur à la taille minimum car en pratique il y aura des entretiens inexploitable (questionnaires interrompus et jamais repris, refus en cours, questionnaires aberrants et non notifiés, identifiables qu'au moment de l'exploitation). De plus, avec cette marge, nous tenons compte que nos hypothèses de départ, leurs sens, leurs tailles et leurs effets, pourraient être plus ou moins proches de la réalité.

3.2.4.2. Le calcul du nombre d'établissements à échantillonner

En ce qui concerne les structures d'hébergement, plusieurs contraintes pratiques ont déterminé l'effectif définitif à atteindre. Les disponibilités et le nombre des infirmières (5 infirmières pouvant au maximum réaliser 3 à 5 rendez vous dans la journée) fixait le nombre de structures d'hébergement à 240 pour garantir le passage d'une infirmière dans l'ensemble des structures. Cependant, il était possible qu'une structure refuse de participer à l'enquête, ou qu'elle soit hors champ. Nous avons décidé de tirer au sort 251 structures sur l'ensemble des 796 recensées, soit un taux de sondage de 32%. Par ailleurs, le choix du nombre de centres par strate dépendait de l'intérêt scientifique de chacune de ces strates, comme nous l'avons décrit aux tableaux 14 et 15. Néanmoins, le nombre de centres par strate devait être supérieur à deux afin de garantir le calcul de la variance de nos estimations (cette mesure de dispersion ne pouvant être calculée qu'avec au moins deux unités). De plus, il nous fallait un nombre suffisant de structures et de familles hébergées à l'intérieur de chaque strate afin d'éviter de créer des individus statistiques (familles) avec un poids très élevé mais aberrants, au sens où ils porteraient à quelques uns toute la représentation de leur groupe. Le nombre

²⁷ Ces centres offraient des équipements et prestations voisins, à des publics différents. Du reste, avant loi 2006-911 relative à l'immigration et l'intégration, les CADA et les CHRS étaient administrativement confondus.

d'établissements par strate devait permettre d'obtenir un échantillon riche et varié de structures et, par là, de familles.

3.2.4.3. Le nombre de familles à échantillonner à l'intérieur de chaque établissement

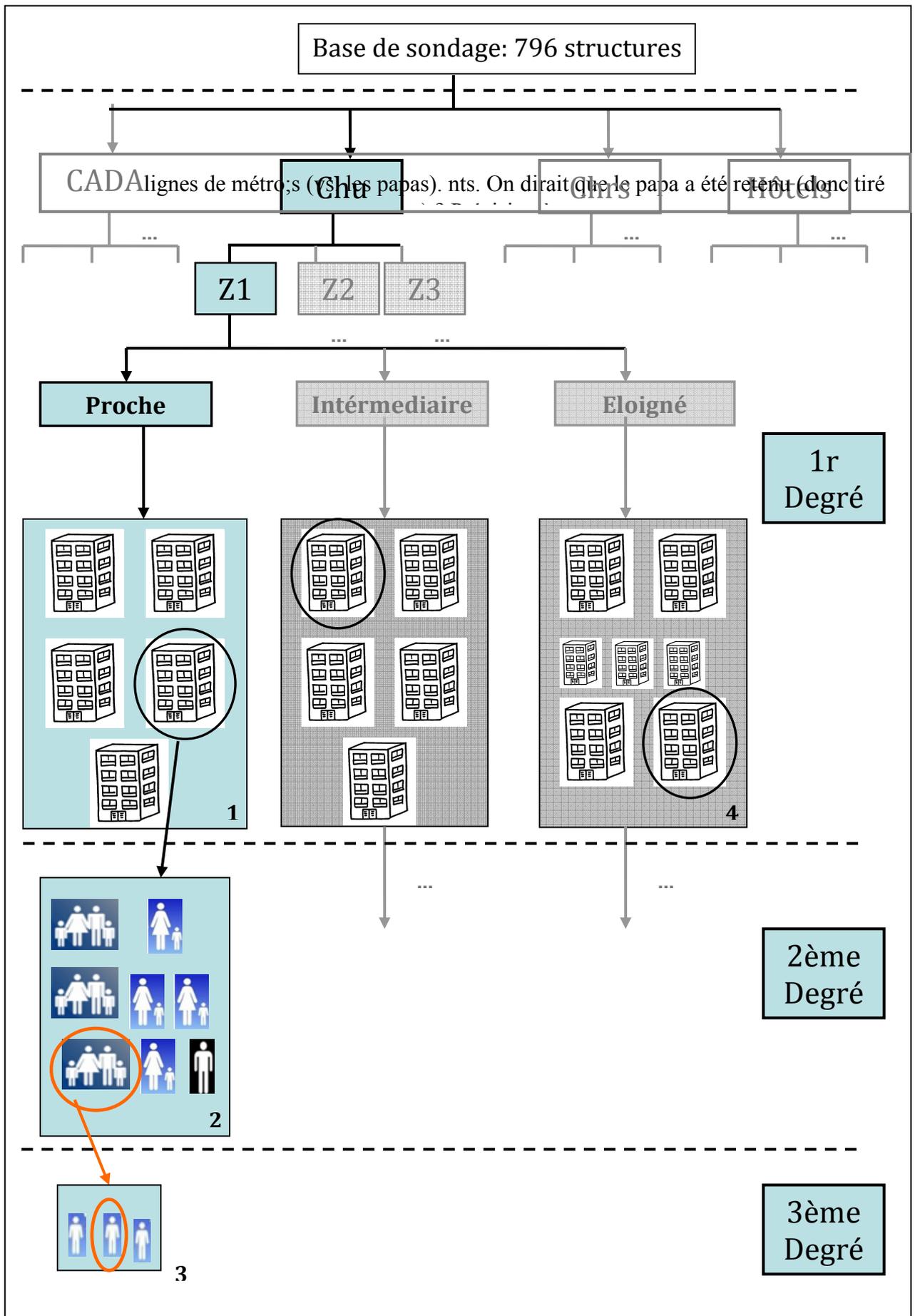
Pour finir, le nombre de familles (ou enfants) tirées par structure a été fixé à priori à quatre²⁸, quels que soient la taille et le type de la structure d'hébergement. Ce chiffre a été établi selon le nombre total d'établissements tirés au sort (251 centres), l'intérêt méthodologique étant d'aller rencontrer des familles dans tout l'échantillon, en faisant en sorte qu'une infirmière puisse s'occuper de tout un centre en une journée d'enquête. Ceci nous donne un total de quatre rendez-vous, nombre *a priori* raisonnable de visites quotidiennes pour une IDE.

3.2.5. Récapitulatif du plan de sondage

Nous présentons ci-dessous un schéma du plan de sondage adopté :

Figure 3. Description du tirage au sort

²⁸ Ce chiffre a été sensible aux aléas du terrain. Nous avons dû le moduler pour respecter les caractéristiques de l'échantillon théorique. En réalité, six familles en moyenne ont été enquêtées dans chaque structure d'hébergement.



Lecture : La figure 3 représente le plan de sondage. Chaque degré est séparé par une ligne pointillée. Un exemple peut-être suivi par le lecteur à l'aide des flèches et en suivant toujours la « branche » de l'arbre –la strate en réalité- avec un fond vert. Ainsi, au premier degré, dans l'ensemble de CHU, en zone 1 avec une distance proche, recensés au nombre de 5, nous avons tiré un centre (1). Au deuxième degré, dans le centre tiré, nous avons l'ensemble du public hébergé (2). Nous ciblons les familles éligibles dans le cadre de l'enquête (dans le carré, tout le public est confondu – femmes seules avec enfant, familles avec des enfants de moins de 13 ans, familles sans enfants de moins de 13 ans et personnes seules). Une famille éligible a été tirée au sort, elle accepte de participer à l'enquête. Pour le troisième degré, nous demandons combien d'enfants de moins de 13 ans vivent avec la personne qui nous reçoit (3). Finalement, un enfant est tiré au sort. La même démarche s'applique dans toutes les autres strates, qui ont été grisées et qui ne sont pas toutes détaillées pour ne pas trop surcharger un schéma qui se reproduit. Il reste à signaler qu'au premier degré, nous avons représenté des centres de différentes tailles (4), définies selon le nombre de mineurs hébergés (3.2.1.2).

4. Du terrain aux données

Au sein de chaque établissement tiré au sort, les familles sélectionnées ont été elles-mêmes tirées au sort parmi les familles éligibles. Un prévisiteur a proposé à chacune d'elle de participer à l'enquête. Par la suite, chaque famille consentant à participer à l'enquête a été interrogée par trois enquêteurs, lors de deux rendez-vous distincts. Lors de la première rencontre, il s'agissait d'un binôme composé d'un premier enquêteur chargé des questionnaires, et d'un autre enquêteur, psychologue de métier, chargé de la passation des tests psychométriques et du questionnaire direct pour l'enfant (si celui-ci était âgé de 6 à 12 ans). Dans un second temps, une infirmière diplômée d'état (IDE) venait administrer un autre questionnaire et réaliser quelques mesures et prélèvements. Comment ces enquêteurs ont-ils été recrutés ? Comment ont-ils été formés ?

4.1. La prise de contact avec les structures

4.1.1. La prévisite

4.1.1.1. Qu'est-ce qu'une prévisite ?

Des prévisites ont eu lieu dans chacun des établissements tirés au sort et consentant à ce l'enquête y ait lieu (tout établissement tiré au sort a été contacté par courrier, puis par téléphone). L'objet des prévisites est tout d'abord de recenser les familles éligibles résidant dans chaque structure au plus près possible de l'enquête : des différences étaient attendues avec les données retenues pour le tirage au sort. Il s'agit ensuite de tirer au sort les familles parmi celles éligibles, de leur présenter l'enquête et de leur proposer d'y participer.

Autant que possible, les prévisites ont eu lieu au sein même des structures, afin de nouer un premier contact direct entre l'équipe et les familles. Dans cette configuration là, les prévisiteurs se rendaient dans l'établissement, si possible en fin de journée (c'est-à-dire après le retour de l'école) ou des jours sans classe, pour qu'il y ait autant de familles que possibles présentes. Avec un membre du personnel (prévenu à l'avance), il s'agissait de prendre toute une série d'informations, notamment des renseignements essentiels pour le tirage au sort et

ultérieurement le calcul des poids (voir partie 4.3.2.). Ces informations étaient recueillies dans une fiche de prévisite, annexée à ce rapport (annexe 6.4.1).

Une fois le tirage au sort réalisé, les prévisiteurs allaient à la rencontre des familles échantillonnées, selon l'ordre de la liste de familles tirées. Si la première famille était absente, la deuxième famille de la liste était alors contactée. Nous repassions ensuite voir la famille d'abord absente après avoir présenté l'enquête à une famille présente. Si la famille était bien là, elle se voyait présenter l'enquête, à l'oral ou à l'écrit, via une lettre d'information (annexes 6.1.1. et 6.1.2.). Lorsque nous rencontrions des problèmes pour communiquer en français et que nos interlocuteurs ne savaient pas lire dans une des langues traduites, nous faisons parfois appel à des collègues bilingues de l'équipe qui se chargeaient alors de présenter l'enquête, quand nos hôtes n'allaient pas eux-mêmes chercher des voisins qui servaient alors d'interprètes. A l'issue de la rencontre, les prévisiteurs enregistraient un consentement oral à participer à l'enquête, nous autorisant à le recontacter pour prendre rendez-vous, ou une réponse réservée, nous invitant à les contacter ultérieurement, ou un refus de participer à l'étude. Dans le premier cas, nous passions à la famille suivante de la liste. Dans les deux derniers cas, nous passions à la famille de deuxième rang tirée au sort. Dans tous les cas, nous arrêtons de rencontrer des familles après avoir obtenu le nombre prévu de consentements oraux ou à défaut après avoir fait le tour de toutes les familles présentes. Des questions de base, portant notamment sur le nombre d'enfants dans la maisonnée et permettant leur tirage au sort ou sur la langue parlée pour l'entretien, étaient renseignées auprès de toute famille rencontrée, dans le document qui constitue l'annexe 6.4.2. de ce rapport.

4.1.1.2. Les prévisiteurs

Pratiquement toute l'équipe de l'observatoire a participé aux prévisites. Pour tenir moins difficilement la cadence, nous avons fait appel à une demi-douzaine de bénévoles, contactés dans parmi nos connaissances. Tous ont été formés pendant trois à quatre heures au remplissage de la fiche de prévisite et au tirage au sort des familles ; tous ont été accompagnés par un membre de l'équipe sur le terrain lors de leur première prévisite.

4.1.2. Le rendez-vous avec le binôme d'enquêteurs

4.1.2.1. Les enquêteurs (non-psychologues)

Au total, 35 enquêteurs ont participé au terrain (c'est-à-dire réalisé au moins une enquête), sous la supervision d'Emmanuelle Guyavarch, démographe. Ces enquêteurs ont été contactés par le biais : d'une annonce postée sur différentes listes de diffusion d'écoles ou de laboratoires, en sciences sociales ; via la Maison de l'Emploi de Paris et Optim'Emploi ; par bouche à oreille. Deux réunions d'informations ont eu lieu, à l'issue desquelles nous avons enregistré et sélectionner les candidatures.

Les profils recherchés étaient de deux types : des chercheurs en sciences sociales, familiarisés à la passation de questionnaires, de préférence bilingues ; des personnes ayant elles-mêmes vécu en centre d'hébergement ou en hôtel (voir la partie 2.2. sur cette démarche participative), de préférence bilingues.

Chaque enquêteur a réalisé en moyenne 23 enquêtes ; la médiane est de 20, le minimum de 1, le maximum de 77. La moitié des enquêteurs a fait entre 13 et 33 enquêtes.

4.1.2.2. Les enquêteurs-psychologues

Trente-deux enquêteurs, psychologues de métier, ont participé au terrain, sous la supervision de Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste. Le recrutement s'est fait par le biais d'annonces dans des universités, auprès de professionnels et par bouche à oreille. Les candidats ont été sélectionnés là aussi après deux réunions d'information. Le profil recherché était celui de psychologues ayant travaillé dans le domaine de la petite enfance si possible, si possible familiers des outils d'évaluation de la santé mentale utilisés dans les enquêtes épidémiologiques notamment, et de préférence bilingues.

Chaque enquêteur-psychologue a reçu une formation de 20 heures, comprenant deux journées de formation commune avec les enquêteurs, deux journées spécifiquement sur les outils psychométriques et une journée de test préalable sur le terrain en conditions réelles. Cette formation permettait dans un premier temps de comprendre les enjeux de l'étude, ses difficultés, notamment en terme organisationnel (adaptation au terrain, aux horaires) et de sensibiliser les enquêteurs aux difficultés à venir. Elle permettait dans un second temps de comprendre les outils et leurs finalités respectives. Cette phase a fait l'objet de nombreux débats et la pluralité des approches (entretien observationnel couplé à des tests psychométriques, notamment au Vinelant), qui découle des enseignements de la passation de ces outils lors du pilote, a été particulièrement appréciée et. Les psychologues ayant participé à l'étude pilote ont été particulièrement moteurs dans cette formation pour partager leur expérience et tirer les enseignements de l'étude pilote. Ainsi, cette formation était modulée par les enseignements du pilote et a permis une formation plus complète, incluant notamment un troisième temps de mise en pratique organisé avec les familles. Des mises en situations fictives étaient prévues pour permettre aux enquêteurs de savoir comment réagir et anticiper les interrogations ou les attentes des familles. Enfin, des séances de debriefing étaient organisées au bout d'une ou deux passations réelles pour ajuster et partager ce retour d'expérience.

Au total, chaque enquêteur-psychologue a réalisé en moyenne 24 enquêtes ; la médiane est de 20, le minimum de 1, le maximum de 64. La moitié des enquêteurs-psychologues ont fait entre 14 et 29 enquêtes.

4.1.3. Le rendez-vous infirmier

Dix enquêteurs-IDE ont participé à l'étude, sous la supervision du docteur Stéphanie Vandentorren et d'Amandine Arnaud, épidémiologiste. Nous avons peiné à trouver un nombre suffisant d'enquêteurs, nous avons dû également nous appuyer sur des ressources internes (une des conceptrices de l'enquête, médecin épidémiologiste, a tenu ce rôle d'enquêteur à quelques reprises, tout comme une anthropologue recrutée pour une autre enquête, par ailleurs sage-femme et IDE).

Tous les IDE ont reçu une formation de sept heures, dont les modules étaient la présentation de l'enjeu et des objectifs de l'enquête ; les étapes du déroulement de l'entretien;

la passation du questionnaire ; l'utilisation et la familiarisation avec le matériel (les toises et les balances ont été prêtés par l'USEN); la formation aux prélèvements capillaires avec la participation du concepteur d'Hemocue ; la conduite à tenir en cas de problèmes sanitaires détectés (en lien avec le Dr Vandentorren) ; des réponses aux questions pratiques; la remise du matériel ; la formation à la saisie sur le logiciel Voozano.

Chaque enquêteur-IDE a réalisé en moyenne 63 enquêtes ; la médiane est de 38, le minimum de 15, le maximum de 195.

4.1.4. La participation de structures et des familles

Parmi les 251 structures tirées au sort, 14 étaient hors champ (8 n'hébergeaient que des personnes isolées, 5 ont fermé au début de l'année 2013 et 1 était un doublon). Pour décrire le taux de participation à l'enquête, nous nous servons de la définition anglo-saxonne du taux de participation (fondée sur l'ensemble de structures qui, au moment de l'enquête, appartiennent au champ défini). Le taux de participation dans l'enquête porte sur deux niveaux : celui des structures (le premier degré du sondage) et celui des familles et enfants (le deuxième et troisième degré du sondage). Le taux de participation global de structures s'élève à 81 %.

Tableau 18. Taux de participation des différents types de structures

<i>Type de structure</i>	<i>Taux de participation des structures</i>
Centre pour les demandeurs d'asile (CADA)	87%
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	70%
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	64%
Hôtels sociaux	89%
Total contacts	81%

Au total 44 structures ont refusé de participer à l'enquête. Parmi ces refus, 30 ont été directs et 14 ont été tardifs ou « déguisés », c'est-à-dire qu'ils ont été exprimés à une étape avancée du terrain. Les CHU et les CHRS sont les établissements qui atteignent les niveaux de refus plus élevés (30 % et 36 % respectivement).

Concernant les familles, un total de 4559 familles a été dénombré dans l'ensemble des 193 structures participantes. En tirant en moyenne six familles par structure, un total de 1 238 familles ont été contactés pour participer à l'enquête, dont 980 ont accepté et 258 ont refusé.

Tableau 19. Taux de participation des familles, selon les structures

<i>Type de structure</i>	<i>Taux de participation des familles</i>
Centre pour les demandeurs d'asile (CADA)	94%
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	78%
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	72%
Hôtels	82%
Total contacts	76%

Encore une fois, les refus sont plus fréquents dans les CHU et les CHRS (22 % et 28 %, respectivement). Parmi les familles qui ont refusé de participer à l'enquête, 56 % ont exprimé un refus direct, et 26 % d'entre elles ont changé d'avis entre le premier contact et le deuxième contact, téléphonique, où devait être fixé le rendez-vous. Enfin, 24% se montraient hésitantes et ont finalement refusé. Notons que 20 % des familles ayant refusé ont communiqué leur réponse par l'intermédiaire des travailleurs sociaux de la structure (dans ce cas, nous n'avons jamais eu de contact en face-à-face avec la famille). Le tableau ci-dessous présente les principales raisons de refus exprimées par les familles – notons que 15 % des familles ont donné plusieurs réponses :

Tableau 20. Les raisons évoquées par les familles du refus de participer à l'enquête

<i>Raison déclarée de participer à l'enquête</i>	<i>Répartition</i>
Ne voit pas l'intérêt	18%
Inconnue	29%
Pas le temps	17%
Tout va bien : ils sont en bonne santé	5%
Conditions de l'enquête (durée longue, trop de rendez-vous, etc)	4%
A trop des rendez-vous médicaux	3%
Refuse tout contact	7%
Pas l'accord de l'autre parent	11%
Pas l'accord de l'enfant	1%
Ne veut pas faire des prélèvements	3%
Pas prête à parler	4%
Impossible de se comprendre	2%
Suit les conseils de l'assistante sociale	2%

Sur les 980 familles qui ont accepté de participer à l'enquête, 179 (14 %) ont été perdues. Les principales causes de perte sont de plusieurs ordres. Elles peuvent être le fait de la famille qui devient injoignable par téléphone, ou qui devient inéligible en sortant de la région francilienne ou en intégrant un logement personnel. Elles sont également le fruit des échéances de l'enquête qui ne permettaient plus de prendre contact avec les familles sélectionnées, surtout lorsque celles-ci étaient non francophones : en fin d'enquête, nous avons perdu une partie des enquêteurs bilingues²⁹ et nous avons donc dû renoncer à contacter certaines familles. Enfin, la perte des familles résultait également des conditions de mises en contact avec les familles, certaines structures refusant catégoriquement de nous mettre en lien direct avec leurs hébergés.

Finalement, 801 familles ont pu être enquêtées. Le taux de participation des familles, toujours d'après la définition anglo-saxonne, s'élève à 76%.

Nous avons donc vu que la constitution de l'échantillon d'enquête a été confrontée à plusieurs obstacles dans le recueil des données et la construction de la base de sondage, dans la définition des strates et de leurs effectifs respectifs. Puis, nous avons dû faire face aux aléas du terrain et à des refus de participation des structures et des familles.

²⁹ Le terrain a duré deux mois de plus que prévu.

Néanmoins, ce qui fait l'originalité et la force de l'échantillon reste l'intégration des CADA et de l'ensemble des hôtels sociaux franciliens à la base de sondage. La prise en compte de critères géographiques pour appréhender les inégalités des situations d'hébergement et l'adaptation des modalités de tirage au sort en fonction du terrain sont aussi d'autres aspects notables de la démarche.

Compte-tenu de la population enquêtée, largement non francophone, des conditions d'enquête et de tirage, la participation des familles et des structures paraît importante. Pour illustrer ceci, nous présentons le tableau compartif suivant, portant sur différentes enquêtes en populations sur les sans-domicile :

Tableau 21. Le taux d'échec (hors champ et refus confondus), pour les structures et le taux de refus, pour les individus, dans les enquêtes de référence pour ENFAMS

<i>Taux d'échec et taux de refus</i>	<i>Enquête sans-domicile INED / INSEE (1995 ; Marsapt et Firdion, 2000)</i>	<i>Enquête (1996 ; Kovess et Mangin Lazarus 1997)</i>	<i>Enquête sans-domicile INSEE (2001 ; Brousse ; 2006)</i>	<i>Enquête Samenta, Observatoire du Samusocial de Paris – INSERM (2009 ; Laporte et al., 2010)</i>	<i>Enquête sans-domicile INSEE (2012)</i>	<i>Enquête ENFAMS Observatoire du Samusocial de Paris – InVS (2013)</i>
<i>Structures</i>	<i>Non-renseigné*</i>	<i>Non-renseigné*</i>	8%	22%	16%	19%
<i>Individus</i>	41%	36%	19%	29%	<i>Non-renseigné*</i>	24%

** Dans les premières publications consultées, nous n'avons pas réussi à trouver cette information.*

Le taux de refus de l'enquête est proche de ceux relevés dans la méta-analyse de Fazel (Fazel et al. 2008). De plus, il est toujours inférieur dans tous les degrés du tirage à celui de l'enquête Samenta, la dernière menée aussi par l'Observatoire.

4.2. L'orientation des familles dans le système de soins

Si certains problèmes de santé avaient été repérés durant l'enquête, une orientation pouvait avoir lieu dans le système de soins. Cette mesure répondait directement à des constatations alarmantes de l'étude pilote.

En effet, avec neuf enfants sur trente anémiés et seulement 39% des enfants à jour de toutes leurs vaccinations (BCG, RRO1, DTCP3, HepB2) l'enquête pilote a pointé du doigt la fragilité de la santé infantile des enfants enquêtés. Dans un souci éthique, le médecin épidémiologiste, secondé par l'équipe a donc orienté les enfants qui le nécessitaient vers une structure de prise en charge adéquate. Une première réflexion était élaborée avec les partenaires des PMI. Ainsi, d'octobre à novembre 2012, les médecins chefs de PMI de chaque département francilien ont été rencontrés. Le but de ces rencontres était double :

- Tout d'abord, exposer les principaux résultats de l'enquête pilote et ainsi, de justifier la nécessité d'une prise en charge directe des enfants ;
- Ensuite, recueillir les impressions de terrain des professionnels confrontés quotidiennement à cette population et à ses problématiques sanitaires et sociales.

Ces réunions ont également été l'occasion d'établir un protocole sur le circuit et la nature des orientations à mener pour les enfants qui le nécessitaient, d'abord pour les problèmes sanitaires qui relevaient des missions de protection maternelle et infantile. L'action portait donc sur les cas de retard vaccinal ou d'anémie dans un premier temps (et/ou d'une teneur élevée en plomb dans un second temps, de disponibilité des dosages), et sur les enfants sans suivi déclaré. Un protocole d'orientation pour tout enfant de moins de six ans qui souffrirait d'anémie ou de retard vaccinal, ou sans suivi, a donc été élaboré avec les PMI. Il a été convenu – conformément aux souhaits des familles et des acteurs de santé en PMI – que les enfants seraient orientés vers leur PMI de rattachement s'ils en avaient une, et vers la PMI la plus proche le cas échéant. Toutefois, il était possible, si les parents le souhaitaient, d'organiser un rapprochement de leur PMI vers leur structure d'hébergement. Les autres cas (parents, enfant de six à douze ans anémié ou autre) seraient orientés selon la gravité du problème vers le médecin traitant s'il existe, ou les urgences.

Une lettre envoyée au médecin chef de PMI, précédait l'orientation et indiquaient :

- l'identifiant d'enquête de l'enfant concerné;
- le lieu d'hébergement de l'enfant ;
- le problème de santé détecté ;
- toute information utile à la prise en charge (état de la couverture sociale, langue pratiquée, situation particulière de la famille)

Si la famille acceptait l'orientation proposée, un deuxième mail était envoyé au médecin chef pour permettre une prise de contact avec les parents.

Sur 531 enfants de 0 à 5 ans enquêtés, 160 méritaient une orientation à partir des critères établis dans le protocole. Soixante-dix d'entre eux ont pu être orientés vers une PMI, soit 43% de l'échantillon. La mise en place concertée du protocole a favorisé la réactivité des centres de PMI et la rapidité de la prise en charge.

D'autre part, une orientation vers un centre de CMPP ou CMP était proposée pour tout enfant souffrant d'un trouble envahissant du comportement, d'autisme, ou de grave retard psychomoteur ou tout autre problème de santé mentale, ou pour toute maman souffrant d'un problème de dépression, de syndrome post traumatique ou autre trouble.

Des solutions ont été cherchées au cas par cas pour les problèmes rencontrés, que ce soit auprès des pouvoirs publics ou des associations. Ce travail a été extrêmement chronophage pour le médecin épidémiologiste et l'équipe, confrontés à de nombreuses difficultés lors des prises en charge des familles. Citons, sans être exhaustif, les problèmes de langues ou de traducteurs, les services saturés proposant des rendez vous au bout de plusieurs mois, des services sectorisés alors que les familles sont mobiles, des services d'aide qui ne sont pas ou plus inconditionnels, notamment pour l'aide alimentaire (nécessité d'un « suivi social » par exemple, ou d'une domiciliation de plus de trois mois), des engorgements des services, qui ont parfois des horaires inadéquats avec les familles ou qui ne prennent pas les enfants etc. Ces difficultés rencontrées auprès de l'orientation vers le système de soins seront analysées et

feront prochainement l'objet d'un travail en lien étroit avec l'enquête sociologique menée sur les politiques publiques, qui met en évidence une organisation en tuyau d'orgue entre les administrations en charge des familles sur le plan de l'hébergement, de la santé ou encore de l'éducation.

4.3. La constitution de la base de données

4.3.1. La base de données

Après sept mois de saisie, huit bases de données ont été créées, chacune issue des questionnaires ou des tests : pour le questionnaire aux parents (avec 1629 colonnes), pour le questionnaire aux parents concernant l'enfant de moins de 6 ans (avec 252 colonnes), pour le questionnaire aux parents concernant l'enfant de 6 ans ou plus (avec 507 colonnes), pour le questionnaire direct passé à l'enfant de 6 ans ou plus (avec 256 colonnes), pour le rendez-vous avec l'infirmière (avec 273 colonnes) et pour les tests du *Vineland*, de *Dominic Interactive* et le SDQ.

Nous avons suivi plusieurs étapes pour l'apurement indispensable de toutes ces bases. D'abord, il y a eu une phase de rattrapage de l'information saisie, qui a consisté à vérifier les questionnaires qui présentaient des valeurs manquantes sans aucun commentaire annoté justifiant cette absence. Cette tâche a demandé plusieurs jours de vérification des questionnaires.

Ensuite, des tests de cohérence ont été construits pour repérer des réponses aberrantes dans un ensemble des questions essentielles qui étaient toutes liées (par exemple, sur la question du parcours résidentiel de la famille ou des caractéristiques de la famille, notamment sur la scolarisation des enfants).

Finalement, chaque variable a dû être traitée individuellement. Selon la nature de la variable – qualitative ou quantitative – un traitement différent a été appliqué : pour les qualitatives, nous avons effectué des reclassements et des regroupements dans le dictionnaire des variables, dans la modalité « Autre » et, pour les quantitatives, nous nous sommes servi d'un tableau descriptif ou du calcul d'une variable « plus parlante », par exemple, utilisation des dates pour le calcul de durées, afin de mieux cibler les erreurs.

4.3.2. La pondération de l'échantillon

Cette enquête se différencie d'autres enquêtes menées auprès des sans-domicile, bien qu'elle mette également en œuvre sur une méthode de sondage indirect (Ardilly et Le Blanc, 2001), grâce à laquelle, rappelons-le, nous avons accès à la population d'intérêt à travers les services auxquels elle fait appel. Nous échantillons ainsi une population intermédiaire dite de « prestations » et nous corrigeons ultérieurement les poids par la méthode de partage des poids (Lavallée 1995; Ardilly et Le Blanc 2001; Anon 2006). L'enquête ENFAMS utilise la même approche de base mais avec quelques différences.

Comme les autres enquêtes, nous avons construit une base de structures où des familles sont hébergées (3.1.3). Mais au sein de chaque établissement, nous avons tiré au sort des familles et non des prestations, qui seraient dans notre cas des chambres, une famille pouvant

occuper en effet plusieurs chambres. Nous avons pu réaliser un sondage direct classique à l'intérieur des établissements. Celui-ci impliquait de constituer (à l'occasion de la prévisite) une liste complète des familles éligibles hébergées (et des chambres occupées par celles-ci): l'unité d'échantillonnage est donc la famille et non pas une chambre (ou prestation), car on construit une liste exhaustive des familles hébergées ainsi que des chambres qu'elles occupent. La présente enquête se sert donc de la méthode de sondage indirect uniquement pour le premier degré du plan.

Avec cette combinaison entre sondage aléatoire direct et indirect, se pose la question de savoir s'il est vraiment nécessaire de corriger l'échantillon avec la méthode de partage de poids, sachant qu'une telle application demanderait de reporter la « fréquentation » des lieux d'hébergement par les familles pendant la période de collecte, étendue sur cinq mois. L'objectif d'une telle démarche est d'équilibrer l'échantillon obtenu, en donnant moins de poids aux individus très mobiles dans les réseaux d'hébergements recensés (et qui auraient donc plus de chances d'être tirées que les autres).

L'enquête SD 2001 est l'enquête sur les sans-domicile qui a mis en place cette correction (Brousse 2006 ; Ardilly & Le Blanc 2001). Plusieurs enjeux apparaissent dès lors que l'on souhaite recueillir la « fréquentation » par unité enquêtée. Nous sommes alors obligés de demander la « fréquentation » des lieux d'hébergement durant l'entretien (ce qui entraîne du temps et de la fatigue pour l'enquêté), de réduire la « fenêtre » de fréquentation à la semaine précédente afin de s'assurer que l'information est d'une qualité minimum (et donc faire des hypothèses sur la fréquentation en dehors de cette courte période), d'arriver à identifier les services déclarés comme faisant partie de la base de sondage et réaliser des imputations quand l'individu ne se souvient pas d'où il est allé.

Dans ENFAMS, nous avons décidé au contraire de ne pas corriger les poids des familles interrogées avec la méthode de partage des poids. L'équipe a estimé que la notion de « fréquentation », telle qu'elle est appliquée dans les enquêtes de l'Insee sur les personnes isolées sans-logement, n'avait pas le même intérêt dans le cadre de la population que nous investiguons. En effet, la population d'intérêt et le champ de l'enquête, c'est-à-dire, le réseau des services d'aide pris en compte, diffèrent entre ENFAMS et les enquêtes SD.

Concernant la population d'intérêt, dans l'enquête SD, les personnes isolées, sont certainement beaucoup plus mobiles que les familles, où la présence d'au moins un enfant conditionne et limite fortement la mobilité entre services, dans un parc d'hébergement dont sont absentes les accueils à très bas seuil et aux durées de séjour les plus réduites. Par ailleurs, le champ d'enquête est également très différent. Dans SD 2012, plus de 20 % des structures recensées sont des services de restauration très fréquentés par les personnes isolées. A l'inverse, dans notre enquête, la totalité des structures recensées s'occupent d'hébergement. Or, on peut penser *a priori* que la « mobilité » des personnes pour avoir un repas chaud est bien plus élevée que la « mobilité » dans le système d'hébergement. De plus, sachant que la période de collecte de l'enquête coïncide avec la période hivernale, les familles ont moins de

risque de devoir déménager que le restant de l'année³⁰. Ainsi, des premiers résultats de l'enquête indiquent que plus de 60 %³¹ des familles déclarent être hébergées dans le lieux de l'enquête depuis au moins 3 mois. Ceci nous donne des bonnes raisons de penser que le risque qu'une famille soit hébergée dans plusieurs structures de notre base pendant la période de l'enquête est limité.

D'autre part, si nous avons choisi de reconstruire la fréquentation des services par les familles tout au long de la durée d'enquête, nous aurions certainement été confrontés à des biais déclaratifs plus importants que dans d'autres enquêtes, attendant à la population d'étude, très majoritairement étrangère et ne pour près de la moitié non-francophone. Dans l'enquête ENFAMS, seulement 7 % des familles ont la nationalité française et 43 % des parents enquêtés sont non francophones³², alors qu'à titre de comparaison, dans l'enquête SD 2012, 47 % des personnes enquêtées sont de nationalité française et seulement 18% sont non francophones (Yaouancq 2013). Nous y avons donc également renoncé dans l'anticipation aux difficultés de remémoration précise³³ de la fréquentation des services, renforcées par la méconnaissance du pays d'arrivée et des termes techniques désignant précisément les services fréquentés. Ces éléments auraient pu rendre très difficile l'identification exacte d'un lieu d'hébergement déclaré comme appartenant à la base de sondage établie, et donc limiter la qualité de la correction par la méthode du partage des poids.

Pour ces diverses raisons, la pondération des familles interrogées est donc obtenue par le produit de l'inverse des trois probabilités d'inclusion, comme dans le sondage probabiliste direct classique, et non en mettant en œuvre la méthode de partage des poids.

4.3.3. L'analyse statistique

Tous les résultats prendront en compte le plan de sondage et la pondération. Les données sont présentées avec les effectifs observés dans l'échantillon (n) et les effectifs estimés dans la population de référence (N). Les prévalences sont calculées avec leur intervalle de confiance à 95%. Les comparaisons statistiques des distributions sont réalisées avec un test du chi² de Pearson ajusté au plan de sondage et les comparaisons de moyennes avec le test de Wald ajusté au plan de sondage.

Les variables d'intérêt ont été systématiquement croisées avec les variables de sexe, d'âge, de lieu de naissance et de type d'hébergement. Lorsqu'une association statistiquement significative est observée, elle est mentionnée dans le texte. Dans les tableaux, des étoiles (*) indiquent le niveau de significativité des comparaisons (* p<0,05 ; ** p<0,001 ; ***p<0,001).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata/SE 10.1® et du logiciel R 2.15.1.

³⁰ Certains opérateurs limitent ainsi la durée de séjour dans le parc hôtelier à de courtes périodes, de quelques jours ou quelques semaines, à l'issue desquelles les familles sont contraintes de déménager. En période hivernale, cette mobilité est visiblement limitée.

³¹ Il s'agit des résultats préliminaires portant sur l'échantillon pondéré de 801 familles, mais qui nécessitent encore d'être mises en cohérence avec d'autres informations relatives à la mobilité des familles.

³² Sachant qu'il faudrait harmoniser la définition de francophone de l'Insee avec celle de l'Observatoire. Nous avons considéré qu'une personne est non francophone lors qu'elle déclare avoir des difficultés pour comprendre le français.

³³ Pour identifier précisément une structure il nous faudrait l'adresse exacte

5. Ethique et confidentialité

Les arguments avancés, au milieu des années 1990, pour motiver l'étude statistique des sans-domicile, président également à la mise en place de cette enquête (Firdion et al., 1995). Pour autant, l'étude elle-même de cette population comporte différentes précautions, que nous signalons ici.

En premier lieu, toutes les familles ont été interrogées avec leur consentement éclairé. Plus précisément, les parents enquêtés ont pris connaissance de l'enquête tout d'abord lors de la prévisite : par la présentation du prévisiteur et les questions qui s'en étaient ensuivies, et par la lecture d'une lettre d'information (annexe 6.1.).

Il a ainsi été bien précisé, par oral et par écrit, que le refus de participer à l'enquête n'avait aucune conséquence sur la prise en charge des familles et que l'Observatoire du Samusocial n'est pas un service social mais de recherche.

Durant cette rencontre, l'enquête était également présentée à l'enfant tiré au sort, de façon plus détaillée pour un enfant de 6 à 12 ans, qui recevait aussi une lettre d'information, écrit dans des termes simples. A cette occasion, les prévisiteurs recueillaient un consentement oral à participer à l'enquête, autorisant ensuite la prise d'un rendez-vous ultérieur avec la famille. Ils remettaient en deux exemplaires une lettre de consentement écrite, dans l'une des neuf langues traduites de l'enquête (annexe 6.2.). Le binôme d'enquêteur recueillait ensuite un exemplaire de cette lettre signée lors de leur venue. Ce qui veut dire qu'entre temps, la famille avait la possibilité de se désister (comme indiqué d'ailleurs dans le texte de consentement). Mais la famille pouvait aussi se retirer de l'enquête entre ce rendez-vous et l'entretien avec l'infirmier, en contactant l'équipe et en demandant que les données qui la concernent soient retirées de la base.

Les données recueillies étaient confidentielles dans la mesure où une table de correspondance existait et était exclusivement réservée à l'usage du médecin le temps d'obtenir les résultats des dosages et conserver jusqu'à la fin de la prise en charge sanitaire.

Enfin, soulignons qu'une information était donnée en direct par l'IDE aux familles sur la conduite à tenir en cas d'anémie, de retard vaccinal (annexe 6.3). En cas de détection de problèmes de santé le nécessitant, une orientation pouvait être réalisée, sous la supervision du médecin de l'équipe de recherche (voir partie 1.7.).

Soulignons enfin que chaque famille participant à l'enquête a reçu 25 euros, sous la forme de tickets service de 15 et 10 euros, remis respectivement lors des rendez-vous avec le binôme d'enquêteurs et l'IDE.

Le protocole, présentant notamment cette démarche visant à s'assurer du consentement des personnes enquêtées et de l'anonymisation et de la protection des données, a reçu l'avis favorable du comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (septembre 2012), du comité d'éthique et le Commission nationale de l'informatique et des libertés (mars 2013) et du comité de protection des personnes d'île de France (aout 2012).

Bibliographie

- Ardilly, P., 2006. *Les techniques de sondage*, Paris: Éditions Technip.
- Ardilly, P. & Le Blanc, D., 2001. Echantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans-domicile : un exemple français. *Techniques d'enquête*, 27(1), p.117-127.
- Arnaud, A. et al., 2012. *Ectoparasitoses et affections cutanées chez les personnes sans logement en Ile- de-France*, Communication au Ve Congrès International d'Epidémiologie ADELFF/EPITER, Bruxelles.
- Bassuk, E. & Rubin, L., 2010. HOMELESS CHILDREN: A Neglected Population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), p.279-286.
- Bassuk, E.L. & Rosenberg, L., 1990. Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics*, 85(3), p.257-261.
- Bassuk, E.L. & Rosenberg, L., 1988. Why Does Family Homelessness Occur? A Case-Control Study. *American Journal of Public Health*, 78(7), p.783-788.
- Bassuk, E.L., Rubin, L. & Lauriant, A.S., 1986. Characteristics of sheltered homeless families. *American Journal of Public Health*, 76, p.1097-1101.
- Bassuk, E.L., Rubin, L. & Lauriat, A.S., 1986. Characteristics of Sheltered Homeless Families. *American Journal of Public Health*, 76(9), p.1097-1101.
- Bergeron. et al., 2013. Reliability, validity, and clinical use of the Dominic Interactive: a DSM-based, self-report screen for school-aged children. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(8), p.466-475.
- Boucher, M. & Ridder, G. (de), 2002. L'accueil des demandeurs d'asile, un système en péril. L'exemple de la Haute-Normandie. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, (131), p.203-221.
- Brislin, R.W., 1970. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), p.185-216.
- Brousse, C., 2006. Première partie: définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. *Insee-Méthodes*, (116), p.15-27.
- Brousse, C., Guiot de la Rochère, B. & Massé, E., 2006. *L'enquête sans-domicile 2001*, Insee.
- Bruneteaux, P. & Terrolle, D. éd., 2010. *L'arrière-cour de la mondialisation. Ethnographie des paupérisés.*, Paris: Edition du Croquant.
- Bruniaux, C. & Galtier, B., 2005. Quel avenir pour les enfants de familles défavorisées? L'apport des travaux américains. *Recherches et Prévisions*, (79), p.5-20.
- Buckner, J.C., 2008. Understanding the Impact of Homelessness on Children. Challenges and Future Research Directions. *American Behavioral Scientist*, 51(6), p.721-736.

Cardi, C., 2010. La construction sexuée des risques familiaux. *Politiques sociales et familiales*, (101), p.35-45.

Cargo, M. & Mercer, S.L., 2008. The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annual Review of Public Health*, 29(1), p.325-350.

Centers for Disease Control and Prevention, 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control*, 47(RR-3), p.1-29.

Chiu, S.-H. & DiMarco, M.A., 2010. A Pilot Study Comparing Two Developmental Screening Tools for Use With Homeless Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(2), p.73-80.

Choppin, K. & Gardella, E. éd., 2013. *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1978-2012*, Saint-Etienne: Publications de l'université de Saint-Etienne. Available at: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00837783> [Consulté le janvier 13, 2014].

Cole, T.J. et al., 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320(7244), p.1240.

Cousin, G., 2013. L'évacuation de bidonvilles roms - Métropolitiques. Available at: <http://www.metropolitiques.eu/L-evacuation-de-bidonvilles-roms.html> [Consulté le janvier 14, 2014].

Daley, C.M. et al., 2010. Using Focus Groups in Community-Based Participatory Research: Challenges and Resolutions. *Qualitative Health Research*, 20(5), p.697-706.

Debarbieux, É., 2011. *A l'école des enfants heureux...enfin presque*, Paris: UNICEF / Observatoire international de la violence à l'école.

Debarbieux, É., 2004. Les enquêtes de victimation en milieu scolaire: leçons critiques et innovations méthodologiques. *Déviance et Société*, Vol. 28(3), p.317-333.

Deville J.-C. & Lavallée C., 2006. Sondage indirect : les fondements de la méthode généralisée du partage des poids.

Dodson, L. & Schmalzbauer, L., 2005. Poor Mothers and Habits of Hiding: Participatory Methods in Poverty Research. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), p.949-959.

Doll, E.A., 2010. A GENETIC SCALE OF SOCIAL MATURITY*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(2), p.180-190.

Dourlens, C., 2006. L'accueil des demandeurs d'asile dans les structures d'urgence. In *Les Travaux de l'Observatoire 2005-2006*. Paris: La Documentation Française, p. 687-715.

Drake, M.A., 1992. The nutritional status and dietary adequacy of single homeless women and their children in shelters. *Public Health Reports*, 107(3), p.312-319.

- Faure, A. & Lévy-Vroelant, C., 2007. *Une chambre en ville: hôtels meublés et garnis de Paris, 1860-1990*, creaphis editions.
- Fazel, S. et al., 2008. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med*, 5(12), p.e225.
- Firdion, J.-M., 2006. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Economie et statistique*, 391(1), p.85-114.
- Firdion, J.-M., Le cas des jeunes sans logement : l'exclusion sociale en marche ou une étape transitoire de leur vie ?, Communication au colloque sur "La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel", Paris.
- Firdion, J.-M., 2000. Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile. *Recherches et Prévisions*, (60), p.79-109.
- Firdion, J.-M. et al., 2001. *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998*, Paris: CREDES.
- Firdion, J.-M. & Marpsat, M., 1998. Sans domicile mais pas sans famille. *Fondations*, (7), p.121-135.
- Fombonne, E. & Achard, S., 1993. The Vineland Adaptive Behavior Scale in a Sample of Normal French Children: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), p.1051-1058.
- Frigoli, G., 2008. Extension du domaine de la justice locale. L'asile, entre politique d'immigration et politique sociale. *Asylon(s)*, (5). Available at: <http://www.reseau-terra.eu/article811.html>.
- Frigoli, G., 2004. Le demandeur d'asile: un « exclu » parmi d'autres? La demande d'asile à l'épreuve des logiques de l'assistance. *Revue européenne des migrations internationales*, 20(2), p.153-169.
- Garcia Coll, C. et al., 1998. The Developmental Status and Adaptive Behavior of Homeless and Low-Income Housed Infants and Toddlers. *American Journal of Public Health*, 88(9), p.1371-1374.
- Glass, 1991. X linked mental retardation. *Journal of medical genetics, Journal of Medical Genetics*, 28, 28(6, 6), p.361, 361-371.
- Goodman, R., 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), p.581-586.
- Guyavarch, E. & Bouin, A., 2009. Les SDF ont aussi une famille ! In Journée scientifique de l'observatoire du Samusocial. Paris.
- Guyavarch, E. & Le Méner, E., 2010. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Sans-abri en Europe*, (Automne), p.19-21.

- Guyavarch, E. & Le Méner, E., 2014. Les familles sans domicile à Paris et en Ile-de-France : une population à découvrir. *Politiques sociales et familiales*, (116).
- Haber, M.G. & Toro, P.A., 2004. Homelessness Among Families, Children and Adolescents : An Ecological-Developmental Perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(3), p.123-164.
- Hagberg, B. & Kyllerman, M., 1983. Epidemiology of mental retardation—A Swedish survey. *Brain and Development*, 5(5), p.441-449.
- Hainagiu, M. & Le Méner, E., 2012. *La traduction en train de se faire : entre bricolage savant et intelligence profane. Le cas d'une enquête par questionnaire sur des familles sans-logement*, Communication au Colloque international « Traduction et innovation », Université Paris Diderot / UIUC, Paris.
- Hainagiu, M. & Le Méner, E., *La traduction entre bricolage savant et intelligence profane. Le cas d'une enquête par questionnaire avec des familles sans-logement*, Communication au Colloque international « La traduction spécialisée : aspects pragmatiques et interculturels », Galati, Roumanie, 2012.
- Halpenny, A.M., Keogh, A.F. & Gilligan, R., 2002. A place for children? Children in families living in emergency accommodation: the perspectives of children, parents and professionals. Available at: <http://www.drugsandalcohol.ie/5507/> [Consulté le novembre 4, 2010].
- Harkness, J.A. & Schoua-Glusberg, A., 1998. Questionnaires in Translation. *ZUMA-Nachrichten Spezial*, 3, p.87-127.
- Harpaz-Rotem, I., Rosenheck, R.A. & Desai, R., 2006. The Mental Health of Children Exposed to Maternal Mental Illness and Homelessness. *Community Mental Health Journal*, 42(5), p.437-448.
- Hart, R.A., 1992. *Children's Participation: From tokenism to citizenship*, UNICEF Innocenti Research Centre. Available at: <http://ideas.repec.org/p/ucf/inness/inness92-6.html> [Consulté le janvier 13, 2014].
- Hugrée, C. & Kern, A.-L., 2008. Observer des télénquêteurs. *Genèses*, n° 72(3), p.102-118.
- Huntington, N., Buckner, J.C. & Bassuk, E.L., 2008. Adaptation in Homeless Children. An Empirical Examination Using Cluster Analysis. *American Behavioral Scientist*, 51(6), p.737-755.
- IAURIF, Décembre 2007. Available at: <http://www.iau-idf.fr/nos-publications/la-newsletter/2008/2007/decembre-2007.html> [Consulté le 13 janvier 2014].
- Imbert et Jantet, 2012. Bilan de la mise en oeuvre des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO). Disponible à cette adresse: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000165-bilan-de-la-mise-en-ooeuvre-des-services-integres-d-accueil-et-d-orientation-siao> [Consulté le 13 janvier 2014].

- Lardanchet, 2014. Protéger les enfants des bidonvilles comme les autres - Métropolitiques. Available at: <http://www.metropolitiques.eu/Proteger-les-enfants-des.html#nh1> [Consulté le janvier 14, 2014c].
- Levy-Vroelant et Béguin, 2011. *Logement chez autrui et transition biographique*: pratiques et représentations parmi les jeunes et leurs hébergeants à Londres et Paris, Paris: PUCA.
- Join-Lambert, M.-T. et al., 2011. *Le mal-logement*, Conseil national de l'information statistique.
- Karim, K. et al., 2006. Homeless Children and Parents: Short-Term Mental Health Outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(5), p.447 -458.
- Keogh, A.F., Halpenny, A.M. & Gilligan, R., 2006. Educational Issues for Children and Young People in Families Living in Emergency Accommodation. An Irish Perspective. *Children & Society*, 20(5), p.360-375.
- Khanlou, N. & Peter, E., 2005. Participatory action research: considerations for ethical review. *Social Science & Medicine*, 60(10), p.2333-2340.
- Kirkman, M. et al., 2010. « Are we moving again this week? » Children's experiences of homelessness in Victoria, Australia. *Social Science & Medicine*, 70(7), p.994-1001.
- Kovess, V. & Mangin-Lazarus, C., 1997. *La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris*, Paris: L'élan retrouvé.
- Laporte, A. et al., 2010. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris / INSERM.
- Lee, S.S. et al., 2010. Identifying Unmet Mental Health Needs in Children of Formerly Homeless Mothers Living in a Supportive Housing Community Sector of Care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, p.421-432.
- Mainaud, T., 2011. L'hébergement d'urgence en CHRS. Résultats de l'enquête ES 2008. *Etudes et Résultats*, (777).
- Markou, E. et al., 2012. Le questionnaire auto-administré de l'enquête « Sans Domicile » 2012. Bilan d'une opération en 15 langues, Communication au 7ème colloque francophone sur les sondages, Rennes.
- Marpsat, M. & Firdion, J.-M. éd., 2000. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*, Paris: PUF / INED.
- Marpsat, M. & Firdion, J.-M., 2001. Les ressources des jeunes sans domicile et en situation précaire. *Recherches et Prévisions*, (65), p.91-112.
- Marpsat, M. & Razafindratsima, N., 2010. Les méthodes d'enquêtes auprès des populations difficiles à joindre : introduction au numéro spécial. *Methodological Innovations Online*, 5(2), p.3-16.

- Le Méner, E. et al., 2013. *Enfances à l'hôtel. Une enquête exploratoire sur la vie quotidienne d'enfants sans logement*, Paris: Observatoire nationale de l'enfance en danger.
- Le Méner, E., 2013a. L'hôtellerie sociale : un nouveau marché de la misère? Le cas de l'Île-de-France. *Politiques sociales et familiales*, (114), p.7-18.
- Le Méner, E., 2013b. Quel toit pour les familles à la rue ? - *Métropolitiques*. Available at: <http://www.metropolitiques.eu/Quel-toit-pour-les-familles-a-la.html> [Consulté le janvier 13, 2014].
- Le Méner, E. & Oppenchaim, N., 2013. L'intérêt scientifique d'une démarche participative: Le cas d'une enquête par questionnaire avec des personnes anciennement sans logement. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), p.89.
- Le Méner, E. & Oppenchaim, N., 2012. The Temporary Accommodation of Homeless Families in Ile-de-France: Between Social Emergency and Immigration Management. *European Journal of Homelessness*, 6(1), p.83-103.
- Molnar, J.M., Rath, W.R. & Klein, T.P., 1990. Constantly Compromised: The Impact of Homelessness on Children. *Journal of Social Issues*, 46(4), p.109-124.
- Molnar, J.M., Rath, W.R. & Klein, T.P., 1991. Constantly Compromised: The Impact of Homelessness on Children. *Journal of Social Issues*, 46, p.109-124.
- Noblet, P., 2000. L'Etat, les associations d'accueil et d'hébergement et les étrangers demandeurs d'asile ou sans-papiers. *Fondations*.
- Obradović, J., 2010. Effortful control and adaptative functioning of homeless children: Variable-focused and person-focused analyses. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, p.109-117.
- Octobre, S. et al., 2010. *L'enfance des loisirs. Trajectoires communes et parcours individuels de la fin de l'enfance à la grande adolescence*, Paris: La Documentation Française.
- Olivier Legros, Les « Villages d'insertion : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? *Revue Asylon(s)*, (8). Available at: [article947.html](http://www.asylon.org/article947.html) [Consulté le janvier 6, 2014].
- Oppenchaim, N., 2011. Pourquoi et comment favoriser la participation d'adolescents de ZUS à une recherche sur leurs mobilités urbaines. *Les carnets de géographes*, (3). Available at: http://www.carnetsdegeographes.org/PDF/terrain_03_03_Oppenchaim.pdf.
- Oppenchaim, N. & Vandentorren, S., 2011. Les femmes sans domicile vivant avec leurs enfants: des caractéristiques spécifiques ?, Communication au colloque sur "La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel", Paris.
- Peneff, J., 1988. The Observers Observed: French Survey Researchers at Work. *Social Problems*, 35(5), p.520-535.
- De Peretti, G., 2006. Sans-domicile: une cible mouvante. Une typologie de l'histoire résidentielle des individus. *Recherches et Prévisions*, (85), p.39-50.

- Philippot, P. et al., 2007. Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63(3), p.483-503.
- Rog, D.J. & Buckner, J.C., 2007. *Homeless Children and Children*, National Symposium on Homelessness Research.
- Rolland-Cachera, M.F. et al., 1991. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45(1), p.13-21.
- Samba, C. et al., 2010. Assessment of Vitamin A Status of Preschool Children in a Sub-Saharan African Setting: Comparative Advantage of Modified Relative-dose Response Test. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(5), p.484-493.
- Samuels, J., Shinn, M. & Buckner, J.C., 2010. *Homeless Children: Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities*, U.S. Department of Health and Human Services.
- Schteingart, J.S. et al., 1995. Homelessness and Child Functioning in the Context of Risk and Protective Factors Moderating Child Outcomes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(3), p.320-331.
- Shinn, M. et al., 2008. Long-Term Associations of Homelessness With Childrens Well Being. *American Behavioral Scientist*, 51(6), p.789-809.
- Shinn, M., Rog, D.J. & Culhane, D.P., 2005. *Family Homelessness: Background Research Findings and Policy Options*, The U.S. Interagency Council on Homelessness.
- Shojaei, T. et al., 2009. Self-reported peer victimization and child mental health: results of a cross-sectional survey among French primary school children. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 30(4), p.300-309.
- Small, S.A., 1995. Action-Oriented Research: Models and Methods. *Journal of Marriage and Family*, 57(4), p.941-955.
- Soulié, C., 1997. Le classement des sans-abri. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (118), p.69-80.
- Soulié, C., 2000. Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans-abri à Paris. In *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Travaux et documents de l'INED. Paris: PUF / INED, p. 211-255.
- Sparrow, S.S., 2011. Vineland Adaptive Behavior Scales. In J. S. K., ABPP FACRM, J. D. ABPP, & B. C. ABPP, éd. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer New York, p. 2618-2621.
- Sparrow, S.S. & Cicchetti, D.V., 1985. Diagnostic Uses of the Vineland Adaptive Behavior Scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(2), p.215 -225.
- Staggenborg, S., 1988. « Hired hand research » revisited. *The American Sociologist*, 19(3), p.260-269.

- Thiery, N., 2008. L'hébergement de femmes accompagnées d'enfants en CHRS : quelle incidence sur l'identité parentale ? *Sociétés et jeunesse en difficulté*, (5).
- Tischler, V. et al., 2002. Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Archives of Disease in Childhood*, 86(3), p.158-163.
- Wallon, H., 1956. Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'Enfant. *Enfance*, 9(2), p.1-4.
- Webb, E. et al., 2001. The health of children in refuges for women victims of domestic violence: cross sectional descriptive survey. *British Medical Journal*, 323, p.210-213.
- Whyte, W.F., 1997. *Creative Problem Solving in the Field: Reflections on a Career*, Rowman Altamira.
- Wodon, Q., 1992. *Logement : le droit des exclus*, Editions de l'Atelier.
- Woitrain, E., 2008. L'hébergement d'urgence dans les CHRS. Résultats de l'enquête ES 2004. *Etudes et Résultats*, (620).
- Yaouancq, F., 2013. Quelques résultats, diffusion, Communication au séminaire de méthodologie statistique. Séance consacrée à la "Méthodologie d'enquête auprès des sans domicile : les innovations de l'enquête de 2012", Paris.
- Wallon, H., 2002. *L'évolution psychologique de l'enfant*, Armand Colin.
- Zaouche-Gaudron, C., Euillet, S. & Pinel-Jacquemin, S., *Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement. Bilan sur 10 ans (1995 à 2005)*, Paris: ONED.

Liste des annexes

Les annexes sont fournis à part pour plus de clarté. Les annexes 1 à 6 sont rédigés en français. A l'exception du questionnaire et de la lettre d'information destinée aux enfants entre six et douze ans, tous ont été traduits en anglais, arabe, arménien, bulgare, mongol, roumain, russe et tamoul. Ces documents sont disponibles sur demande à l'Observatoire du Samusocial de Paris.

- Annexe 1. Le questionnaire principal
- Annexe 2. Le questionnaire sur l'enfant de 0 à 5 ans
- Annexe 3. Le questionnaire sur l'enfant de 6 à 12 ans
- Annexe 4. Le questionnaire enfants 6 à 12 ans
- Annexe 5. Le questionnaire infirmier
- Annexe 6. Les autres documents d'enquête
- Annexe 6.1. Les lettres d'information
- Annexe 6.1.1. La lettre d'information au parent
- Annexe 6.1.2. La lettre d'information à l'enfant entre 6 et 12 ans
- Annexe 6.2. Les consentements

- Annexe 6.2.1. Le consentement pour une famille avec un enfant de 0 à 5 ans
- Annexe 6.2.2. Le consentement pour une famille avec un enfant de 6 à 12 ans
- Annexe 6.3. La conduite à tenir en cas d'anémie ou de retard vaccinal
- Annexe 6.4. Les fiches de prévisite
 - Annexe 6.4.1. La fiche structure
 - Annexe 6.4.2. La fiche famille
- Annexe 7. Les enseignements et résultats de l'étude pilote
 - Annexe 7.1. « Résultats du pilote », présentation remise au comité de pilotage, 22 mai 2012
 - Annexe 7.2. Les résultats détaillés du pilote
- Annexe 8. Evaluations éthiques de l'enquête
 - Annexe 8.1. Avis du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (CCTIRS)
 - Annexe 8.2. Avis du Comité de protection des personnes (CTP)
 - Annexe 8.3. Avis la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).