

Etude sur la santé mentale et les addictions chez les sans-domicile franciliens *Protocole*

Contexte

Les acteurs de l'urgence sociale soulignent de façon récurrente l'importance de troubles psychiatriques et du comportement chez les personnes en situation de précarité, devant lesquels ils se sentent impuissants, insuffisamment formés et pas assez soutenus. Les professionnels spécialisés en psychiatrie, de leur côté, doivent faire face à une demande toujours grandissante, dans un contexte de moyens limités et avec le sentiment d'une « psychiatisation » excessive de problématiques sociales. Les pouvoirs publics ont ainsi favorisé la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie dans le but d'aider les personnes en situation de précarité et les professionnels de première ligne¹. Cependant, à Paris la prise en charge des sans domicile ayant des troubles mentaux, mais aussi de ceux souffrant d'addictions, reste insatisfaisante.

Suite au travail d'organisation et de coordination des maraudes parisiennes, il est apparu nécessaire à la préfecture de Paris d'élaborer un plan d'action pour ces personnes, à partir d'un constat partagé avec l'ensemble des acteurs concernés. Ce travail a mis en lumière la nécessité de mieux connaître ces publics sur le plan tant quantitatif que qualitatif. C'est la raison pour laquelle, la préfecture de Paris et la Ville de Paris ont souhaité que soit conduite, en 2008, une étude sur les personnes à la rue atteintes de troubles psychiatriques ou du comportement.

En effet, les données disponibles demeurent insuffisantes. Il existe des données sur les *prises en charge* issues des établissements de soins, psychiatriques ou non, qui sont des données d'activité et non d'enquête. Ce sont en général des données hospitalières (PMSI, secteur), ou bien des données d'activité de consultations dans des associations (consultations MDM, centres d'hébergement avec lits infirmiers). Ces données souffrent souvent de la petite taille des échantillons, de diagnostics peu précis (sauf pour les données hospitalières) et du biais de recrutement lié au recours aux soins.

On dispose aussi d'un certain nombre d'enquêtes *en population*, chez des SDF ou des personnes précaires, qui renseignent sur « la prévalence » de troubles psychiques, avec cependant un manque de précision sur les pathologies recensées. La plus aboutie et qui fait référence est celle de V Kovess² qui a été réalisée en 1996 sur un échantillon représentatif de SDF à Paris à partir de la méthodologie de l'INED (enquêtes sur les usagers des services d'aide à Paris en 1995³). Depuis la réalisation de cette enquête en 1996, les caractéristiques de la population sans

¹ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, 2005, Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

² V. Kovess, C. Mangin-Lazarus, 1997, La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris. Rapport association l'Elan Retrouvé.

³ Marpsat M., Firdion J-M., 2000, La rue et le foyer – recherche sur les sans-domicile et les mal logés dans les années 1990. INED, PUF diffusion, Paris.

domicile ont évolué⁴ (doublement de la proportion de femmes, vieillissement de la population, etc.) et les troubles psychiatriques et du comportement ont été mieux identifiés et pris en charge. Ceci justifie pleinement la reconduite de cette étude selon une méthodologie similaire. Une étude plus récente (2004) sur la prévalence des troubles psychiatriques réalisée sur une autre population spécifique mais proche, les personnes incarcérées, présente aussi une approche méthodologique intéressante pour l'enquête à mener⁵.

Les résultats de cette étude devraient permettre de préciser et/ou de relativiser l'importance des troubles mentaux et des addictions chez les personnes sans-domicile, leur importance étant souvent très exagérée, source de stigmatisations pour cette population. Par ailleurs, la caractérisation de ces troubles a pour but de les prévenir autant que faire se peut, et d'améliorer leur prise en charge en adaptant l'offre de soins aux besoins, que ce soit en termes de soins psychiatriques ou d'aides au sevrage des addictions. Plus généralement, cette étude a aussi pour ambition d'apporter un argument de plus dans la mise en évidence de l'intrication entre les problèmes de santé, et ici de santé mentale, et les problèmes sociaux de façon à concevoir aussi une offre d'hébergement et/ou de logement et d'accompagnements qui tienne compte à la fois des problèmes santé et de leur et impact sur les relations et le fonctionnement social de ces personnes.

I- Les objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont d'une part descriptifs :

- estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques présentés par les personnes sans-domicile;
- estimer la prévalence des addictions : alcool, drogues et médicaments détournés de leur usage, en terme de dépendance et de consommations à risque ;

La méthodologie de l'étude, basée sur un échantillon aléatoire de personnes sans-domicile, permettra d'estimer (quantifier) *le nombre* de personnes atteintes de ces troubles dans l'agglomération parisienne (et dans Paris intra-muros) pendant la période d'étude.

D'autre part des objectifs analytiques, il s'agira d'analyser les parcours sociaux, médicaux et comportementaux de ces personnes à partir d'éléments biographiques recueillis au cours de l'entretien. Les questions auxquelles nous aimerions répondre sont comment s'inscrivent les événements de santé mentale dans le parcours vie de la personne, de même pour les addictions. Nous nous intéresserons aussi aux modalités de prises en charge de la pathologie mentale, aux types de parcours de soins, en particulier aux hospitalisations sous contrainte, en fonction des pathologies mais aussi des autres variables non médicales disponibles. On essaiera de décrire les épisodes de sevrages qu'ils aient réussi ou non.

Par ailleurs, il est important d'évaluer le retentissement des troubles et symptômes en termes de handicap, incapacités, désavantage social, dysfonctionnement social.

Les objectifs analytiques précis sont :

- InSCRIPTION des événements de santé mentale dans le parcours vie de la personne, de même pour les addictions, avec la rupture sociale comme point de référence ;
- Etude des associations entre troubles psychiatriques et addictions ;

⁴ MIPES, 2007, Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile de France au 31 décembre 2006.

⁵ CEMKA-Eval/ dir scientifique B. Falissard, 2004, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport au Ministère de la santé et au Ministère de la justice.

- Description des conséquences des troubles psychiatriques et/ou addictions sur le fonctionnement social;
- Etude du recours aux soins dans une perspective biographique (description de moments critiques – rupture de traitement, hospitalisation sous contrainte, échecs de sevrage) ;
- Description de l'usage de produits (alcool, drogues, médicaments détournés) en lien avec la situation d'exclusion sociale.

II- La population d'étude

II-1 Définition des personnes sans domicile fixe

La population de l'étude est définie par le terme de sans domicile fixe, tel que défini dans le cadre de l'enquête de l'Insee SD2001⁶. Ce terme regroupe une population plus large que celle désignée comme « sans abri » qui, au sens strict, désigne les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid) ; et s'applique donc aux personnes qui dorment à l'extérieur (dans la rue, dans un jardin public) ou qui occupent un abri de fortune comme un hall de gare, un centre commercial, une cave, une cage d'escalier, etc.

Dans son acception commune, la notion de sans-domicile fixe renvoie aux personnes privées d'une résidence fixe. Elle inclut les personnes qui vont d'un hébergement à un autre sans jamais (ou rarement) faire l'expérience de la rue. Elle repose moins sur le critère de l'habitat que sur celui de la précarité du statut d'occupation.

Une personne est donc dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Cette définition est néanmoins « restrictive », car sont notamment exclues les personnes sans logement personnel qui se font héberger chez des amis ou dorment à l'hôtel.

II-2 Les personnes sans domicile fixe non incluses dans l'enquête

Des catégories spécifiques de population ne seront pas incluses dans l'enquête, ce sont :

- les personnes demandeuses d'asile ou du statut de réfugié, qui ressortent d'une problématique différente et sont prises en charge par des dispositifs spécifiques (CADA, AUDA, CPH, etc.) ;
- les femmes battues hébergées en centres *ad hoc* qui passent une période de temps courte dans cette situation et bénéficient d'une prise en charge spécifique ;

⁶ Cécile Brousse, 2006, Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête : Insee-Méthodes n°116, 1ère partie. <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116.htm>

III- Méthodologie

III-1 recrutement des personnes

Les personnes seront contactées par l'intermédiaire des services d'aide qu'elles fréquentent selon la méthodologie Insee (SD2001). Les services retenus sont d'une part l'hébergement, puisqu'une partie des sans-domiciles est définie par le fait de fréquenter ce type de structures, et les hôtels sociaux et d'autre part les accueils de jour et les distributions de repas chauds pour joindre les personnes qui dorment dans la rue le plus fréquemment.

Concernant les personnes qui utilisent rarement ou jamais les services d'aides choisis, une enquête de couverture a été menée par l'Ined l'hiver 2001-2002 auprès d'une centaine de personnes rencontrées par les services itinérants (maraudes d'associations ou d'institutions) pour évaluer l'importance de la population non couverte par l'enquête SD2001 (ne pas avoir fréquenté ces services dans la semaine précédant l'enquête)⁷. Les auteurs concluent que les non utilisateurs complets sont rares (10 à 20% des non utilisateurs) et que l'on peut renoncer à essayer de les enquêter au vu de la complexité de l'opération. Parmi ces non utilisateurs des services d'aides, plus des deux-tiers avaient utilisé de tels services dans le mois précédant l'enquête SD2001 et près de la moitié avaient fréquenté un accueil de jour. De même, dans l'enquête de V. Kovess une enquête avait été menée auprès d'une quarantaine de personnes ne fréquentant pas les services d'aide⁸. En conclusion, ces personnes étaient tout à fait comparables aux utilisateurs rares des services ayant participé à l'enquête principale.

Les structures enquêtées⁹ seront donc :

- les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
- les centres d'hébergement de stabilisation (CHS)
- les centres d'hébergement d'urgence simples (CHU) ou avec lits infirmiers (LHSS)
- les hôtels pour les personnes orientées par les 115
- les accueils de jour (ou espaces solidarité insertion -ESI)
- les points de distribution de repas chauds

La période de collecte la plus pertinente est le moment de l'année où les personnes sans-domicile ont tendance à fréquenter davantage les structures d'aide, c'est-à-dire en hiver (période pendant laquelle l'offre de services est la plus importante).

Une personne sera dite sans-domicile un jour donné, si au cours des 7 jours précédents elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune)¹⁰.

⁷ Marpsat M., Quaglia M., Razafindratsima N.; 2003-2004, Les sans domicile et les services itinérants. Les travaux de l'Observatoire National Pauvreté et Exclusion Sociale, La Documentation française, p.255-289.

⁸ Kovess V., 1997, op cité, p.41-42.

⁹ Le dispositif d'accueil et d'hébergement de Paris pour population en difficulté dispose au 1^{er} janvier 2007 de : 2 593 places d'insertion en CHRS, 178 places d'urgence en CHRS, de 3 597 places en centre d'hébergement d'urgence, 787 places d'urgence en hôtel, de 2 377 places en allocation de logement temporaire. *Source* MIPES, op cité, p.69. (<http://www.iledefrance.fr/mipes>)

¹⁰ Cette définition diffère de celle de SD2001 qui utilisait comme période de référence la veille en précisant : « La période de référence pourrait être plus longue, (avoir dormi au moins une fois dans la rue ou dans un centre au cours du mois (ou la semaine) précédent(e), etc. Toutefois, la comparaison des estimations calculées selon une définition journalière ou hebdomadaire met en évidence une différence très faible (de l'ordre de 5 %) sur le nombre de sans-domicile (usagers de services d'aide) » C Brousse, 2006, op cité.

Les critères d'inclusion sont :
Personne ayant été tirée au hasard, volontaire, âgée de 18 ans ou plus, parlant français, en état de comprendre et de répondre aux questions.

III-- 2 La méthode d'échantillonnage

Il s'agit d'un sondage à deux degrés :

- 1^{er} degré : les centres d'hébergement, hôtels, points de distribution de repas et les lieux d'accueil de jour sont tirés dans une liste exhaustive constituée au préalable;
- 2nd degré : les personnes, ou plus exactement les prestations, sont sélectionnées le jour de l'enquête dans chacun des services tirés.

L'échantillon est pondéré afin de tenir compte des différences d'intensité dans l'utilisation des services. Ces pondérations permettent de passer d'un échantillon représentatif des prestations à un échantillon représentatif des personnes.

Ainsi, un usager est interrogé avec une probabilité d'autant plus grande qu'il recourt souvent aux services d'aide. La méthode dite du partage des poids corrige ce biais par un système de pondérations différenciées qui appelle la collecte d'une information complémentaire : le nombre de fois où ces personnes ont recouru, au cours d'une période de référence, à un service d'hébergement, à un lieu d'accueil de jour ou à une distribution de repas gratuit. Cette « intensité de fréquentation » est mesurée sur une période de 5 jours, précédant le jour d'enquête, au moyen d'un « semainier » intégré au questionnaire d'enquête¹¹.

Une autre pondération tient compte des écarts entre la taille théorique des services (donnée au moment de l'inventaire) et la taille effective observée le jour de l'enquête.

III-3 la base de sondage

La base de sondage sera réalisée à partir de plusieurs sources de données. La source principale pour les hébergements en CHU, CHS, LHSS, CHRS, centres maternels et accueils de jour sera celle de l'ORS Ile de France, qui prend en compte les mises à jour de la base régionale de la DRASS et de plus fait une enquête chaque année auprès de ces structures pour mettre à jour son guide annuel des lieux d'accueil pour personnes en difficulté¹². Cette base de données comprend les accueils de jour mais pas de façon exhaustive. Aussi les autres sources utilisées sont les 115 d'Ile de France qui disposent d'une part d'une mise à jour des centres d'accueil de jour et des points de distribution de repas chauds de leur département, et d'autre part, de la liste des hôtels dans lesquels ils orientent les personnes en famille. Enfin, la dernière source est constituée des grandes associations¹³ qui gèrent aussi des centres d'hébergement, des accueils de jour et en particulier les points de distribution de repas chauds.

A partir de cette base de structures, nous constituerons une base des services car certaines structures (en particulier les CHRS) disposent à la fois des places d'urgence (CHU, CHS) et de places de réinsertion.

¹¹ C Brousse, 2006, op cité.

¹² Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté, Ile de France 2007-2008. Observatoire régional de santé d'Ile de France. (www.ors-idf.org)

¹³ Les restos du coeur; Emmaüs; la Croix-Rouge ; le Secours catholique ; le Secours Populaire

III-4 Le tirage des structures et des personnes

Pour harmoniser les plans de sondage entre l'enquête en Ile de France et celle réalisée par l'OFDT dans le reste de la France, 5 strates seront définies dans la base :

La strate 1 : les centres d'urgence : CHU, CHS, LHSS

La strate 2 : les accueils de jour et points de distribution de repas chauds

La strate 3 : les hôtels

La strate 4 : les CHRS

La strate 5 : les centres maternels

Les services seront répartis selon ces 5 strates pour Paris d'une part et pour le reste de l'Ile de France d'autre part. De façon à augmenter la proportion de femmes dans l'échantillon, les strates 1 et 4 seront séparées en 2 selon que les structures sont dédiées à des femmes ou à des hommes ou mixtes. Par ailleurs, pour Paris nous scinderons la strate 2 en deux de façon à bien représenter les accueils de jour et les points de distribution de repas. Il y aura donc 15 strates dans lesquelles seront tirés les services. Nous procéderons à un tirage proportionnel à la taille des services et sans remise.

Le nombre de sujets nécessaires pour estimer des prévalences entre 6% et 30% (retrouvées dans les enquêtes en milieu carcéral¹⁴ ou chez les SDF¹⁵) par sexe et par grand type de structures (urgence (strates 1 et 2), hôtels (strate 3), réinsertion (strate 4 et 5)) est estimé à 800. Pour cela le nombre de personnes enquêtées tirées devra être supérieur. Dans l'enquête SD2001, le taux d'échec global était de 12%, 8% pour les structures et 5% pour les personnes. Ce faible taux d'échec s'explique par le fait que lorsqu'une structure tirée refusait la suivante était choisie, de même pour les personnes.

Nous allons considérer pour notre enquête un taux d'échec pour les structures de 10% prenant en compte les structures hors champ et les refus (qui ont pu augmenter par rapport à 2001). Par ailleurs, pour les personnes nous estimons un taux de refus variable selon les structures de 50% pour les accueils de jour et points soupes, de 40% pour les centres d'hébergement d'urgence (CHU, CHS, LHSS) et hôtels et de 30% pour les structures de réinsertion (CHRS, centres maternels). Il faudra donc augmenter d'autant le nombre de personnes tirées.

L'effectif des 800 personnes sera réparti de la façon suivante : 70% à Paris et 30% dans la petite et grande couronne. La part des différentes strates sera la suivante : 50% pour les strates urgence (1 et 2), 25% pour les hôtels et 25% pour les services de réinsertion (CHRS, centres maternels). Ce choix est guidé par l'hypothèse que nous faisons selon laquelle les personnes fréquentant le dispositif d'urgence présentent plus de problèmes psychiatriques et d'addictions que celles des autres strates.

Nous procéderons par ailleurs à un tirage des jours d'enquête par structure, puis dans chaque structure à un tirage des personnes. Si une personne tirée n'est pas éligible nous prendrons la personne suivante dans la file, si une personne éligible refuse nous prendrons la personne suivante tirée.

¹⁴ Falissard B., Loze J-Y., Gasquet I et al, 2006, Prevalence of mental disorders in French prisons for men, BMC Psychiatry, 6 :33 (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/33/prepub>)

¹⁵ V. Kovess, C. Mangin-Lazarus, 1999, The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 34:580-587.

III- 5 Le recueil d'information

III-5-1 Données de santé mentale

Pour les modalités de recueil des données de santé mentale, nous disposons de 2 modèles, celui de l'enquête sur la santé mentale en milieu carcéral¹⁶ qui privilégie le recueil réalisé par des professionnels de la psychiatrie/psychologie et prône un entretien clinique ouvert fait par un psychiatre.

L'autre modèle est celui de l'enquête sur la santé mentale en population SDF¹⁷, réalisée par des enquêteurs non spécialisés, mais dont les entretiens sont relus par un psychiatre pour les seuls diagnostics psychotiques.

Dans le second cas le questionnaire est simplifié pour des non spécialistes et aboutit à des diagnostics moins détaillés. Dans le cas de l'enquête en milieu carcéral, le MINI plus version 5.0 est utilisé et ne semble pas être facilement passé par des non professionnels.

Nous avons choisi un recueil d'information réalisé par des couples d'enquêteurs formés, dont l'un serait un psychologue clinicien, le second un enquêteur professionnel Ined/Insee. Ce dispositif serait complété pour les suspicions de trouble mental par le débriefing du psychologue avec un psychiatre qui assurerait le codage du cas (« diagnostic » psychiatrique).

La justification de l'enquêteur psychologue tient, d'une part à la difficulté d'interprétation de l'entretien structuré psychiatrique (MINI) et d'autre part au souhait de réaliser un entretien clinique ouvert qui garantirait la possibilité d'un diagnostic à l'issue de l'entretien (ou du débriefing). En effet, la situation d'exclusion sociale, favorisant le stress, le sentiment de persécution, des comportements violents ou inadaptés, les addictions, rend difficile l'interprétation des troubles observés.

Le second enquêteur permettrait au psychologue d'observer l'interviewé pendant le passage du questionnaire.

Concernant les outils de recueil de données psychiatriques, notre préférence va vers le MINI complété par des questions sur le recours aux soins et le retentissement sur le fonctionnement social.

Concernant l'échelle de sévérité des troubles, B. Falissard déconseille le test de la WAIS mais recommande l'échelle de sévérité (CGI), le comité de pilotage choisit d'utiliser le degré d'urgence des soins utilisé dans l'enquête SIRS.

Concernant les échelles de mesure des troubles de la personnalité elles sont multiples, l'évaluation est difficile en un seul entretien dans la mesure où il s'agit de repérer un patron de comportements persistant, rigide, et généralisé¹⁸. Dans les 2 enquêtes précitées, les auteurs sont réservés sur les résultats de l'utilisation de ces outils. V Kovess n'a pu le valider et B Falissard travaille encore sur les données (troubles de la personnalité antisociale du MINI).

Les troubles du MINI retenus pour l'étude sont : Episode dépressif majeur, Risque suicidaire, Episode (hypo-)maniaque, Trouble panique, Etat de stress post-traumatique, Troubles psychotiques, Anxiété généralisée, Trouble de la personnalité antisociale.

¹⁶ Falissard B. et al, op. cité.

¹⁷ V. Kovess, et al, Op. cité.

¹⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1992). *CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.* Paris/Genève : Masson/auteur.

De façon à pouvoir détecter des problèmes de démence ou atteintes neurologiques notamment celles fréquentes liées à une alcoolisation chronique nous avons intégré l'échelle MMSE (Mini Mental Status Examination). Ce test explore les repères dans le temps et dans l'espace, les capacités d'apprentissage, d'attention et de calcul, la mémoire immédiate, le langage et l'activité motrice.

L'utilisation du MINI en population SDF dans le cadre de notre dispositif d'enquête devra être testée sur une cinquantaine de personnes avant l'enquête principale.

III-5-2 Autres données du questionnaire

Les items des différents modules du questionnaire ont été repris des questionnaires existant pour des raisons de comparabilité (SD2001, SIRS, Baromètre santé, HID).

Les grands thèmes du questionnaire (cf. annexe) sont les suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques (10 Q)
- Antécédents personnels et familiaux (10 Q)
- Santé (ressentie, ectoparasites, maladie chronique, traitement, recours aux soins, ..) (34 Q)
- MMSE (12 Q) – MINI (30 Q minimum)
- Recours aux soins psychiatriques (20 Q)
- Évaluation des addictions et des modalités de l'usage dans la rue (de 4 à 30 Q)
- Période d'itinérance – Hébergement (13 Q)
- Situation et expérience professionnelle (14 Q)- Ressources financières (3 Q)
- Réseau social (3 Q) - Violence subie (4 Q)
- Entretien clinique ouvert (10 à 20 mn – résumé de 15 lignes)

IV- Ethique et confidentialité

Le protocole sera soumis à un comité de protection des personnes (CCPRB) (si nécessaire) ou un comité d'éthique et ensuite à la CNIL. Les données recueillies sont indirectement anonymes au sens de la CNIL (il sera très difficile de retrouver une personne avec les informations recueillies du fait de leur mobilité). Le numéro d'identification des personnes dans l'enquête sera constitué par le département du site enquêté, le type de site, le numéro attribué à l'enquêteur Ined-Insee de chaque binôme, le numéro d'ordre de l'interview pour cet enquêteur, soit un identifiant à 7 cases.

Les personnes seront libres de participer à l'étude, recevront une note d'information et seront indemnisées par un ticket service d'un montant de 12€. L'entretien se fera dans un lieu qui préservera la confidentialité de l'entretien sauf si la personne préfère un espace collectif. L'interview se terminera par un entretien clinique ouvert fait par le psychologue permettant de recueillir des données cliniques supplémentaires mais aussi de ne pas laisser la personne à elle-même brutalement après avoir abordé des sujets sensibles. Les enquêteurs disposeront de brochures indiquant les structures d'accueil et de soins pour un soutien psychologique ou psychiatrique dans le département du site d'enquête. Le psychologue a la compétence pour évaluer le besoin de soins urgent et disposera des coordonnées pour appeler des secours d'urgence ou une maraude psycho-sociale s'il en existe une dans le département du lieu d'enquête. Les structures dans lesquelles aura lieu l'enquête n'auront pas accès aux données recueillies.

Les données saisies seront à disposition des membres du groupe de recherche (cf. Annexe I) à des fins d'analyses qui seront définies et suivies dans le cadre du comité scientifique. Par

ailleurs, une partie de la base de données, correspondant aux variables communes, sera cédée à l'OFDT pour intégrer les données d'Ile de France à la base nationale.

V- Analyse des données

L'analyse des données portera sur l'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions (en termes de sévérité et dépendance) chez les personnes sans domicile de la région Ile de France et du département de Paris.

Sur la santé mentale, l'analyse s'attachera à décrire le moment d'apparition (ou de diagnostic ou de prise en charge des troubles) par rapport à la situation d'exclusion sociale, ce qui permettra de distinguer plusieurs groupes de patients (diagnostiqués avant la situation d'exclusion, diagnostiqués dans la situation d'exclusion, jamais diagnostiqués) ; ces groupes pourront être comparés à ceux n'ayant aucun trouble pour l'ensemble des caractéristiques recueillies. La co-morbidité avec les addictions sera aussi intéressante à mettre en évidence. Pour les personnes ayant des troubles diagnostiqués, on s'intéressera aux modalités de la prise en charge et on tentera de décrire des types de parcours de soins, en fonction des pathologies mais aussi des autres variables non médicales disponibles ; on décrira les hospitalisations sous contrainte. Enfin, la migration des personnes atteintes de troubles psychiatriques d'une région à l'autre sera aussi étudiée dans la mesure du possible.

Sur les addictions, on s'intéressera au rôle notamment des consommations sur le passage à la situation d'exclusion sociale, ainsi que l'effet de la situation d'exclusion sur les consommations et leurs modifications (mode de consommation, types de produits, effets recherchés, etc..).

VI- Calendrier

2008	
Janvier - mai	Constitution du comité de pilotage (cf. annexe) – projet de protocole Finalisation du protocole – élaboration du questionnaire
Juin -Septembre	Validation du MINI en population SDF
Octobre	Finalisation du module biographie drogues du questionnaire Test du questionnaire avec des enquêteurs INSEE
Novembre	Finalisation de la base de sondage des services d'aide
Décembre	Tirage des structures - Visites des structures
2009	
Janvier - mars	Formation des enquêteurs - Recueil des données sur le terrain
Avril – Mai	Saisie – préparation de la base
Juin	Premiers résultats (prévalence)
Décembre	Rapport final

ANNEXES I

I- Comités de pilotages

Cette enquête est sous la responsabilité scientifique d'Anne LAPORTE (Epidémiologiste, observatoire du Samusocial de Paris) et de Pierre CHAUVIN (Epidémiologiste, Inserm UMR-S 707).

La Composition du comité de pilotage plénier est la suivante :

François BECK, sociologue, INPES ; Christine CHAN-CHEE, épidémiologiste (Programme santé mentale, InVS) ; Caroline DOUAY, épidémiologiste (observatoire du Samusocial de Paris) ; Eric CHOMETTE, médecin, Hôpital Ste Anne (Département d'informatique médicale-DIM) ; Annick DEVEAU, Directrice adjointe, DRASSIF ; Alexandre FARNAULT, Mairie de Paris (Cabinet de Mr Le Guen) ; Jean-Marie FIRDION, sociologue, Centre Maurice Halbwachs (ENS-CNRS) ; Didier GELOT, ONPES ; Isabelle GREMY, Directrice, ORS Ile de France ; Etienne GROSDIDIER, médecin généraliste-addictologue, Centre LHSS Ridder, Samusocial de Paris ; Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, sociologue (programme addictions) InVS ; Stéphane LEGLEYE, statisticien, OFDT ; Valérie LE MASSON, neurologue-épidémiologiste, Hôpital Ste Anne (DIM) ; Erwan LE MENER, sociologue, Observatoire du Samusocial de Paris ; Yann LE STRAT'T, statisticien, InVS ; Alain MERCUEL, psychiatre, Hôpital Ste Anne (Service d'appui santé mentale et exclusion sociale) ; Carmen RODRIGUEZ, Préfecture de Paris (Pôle prévention de la toxicomanie) ; Marie-Odile SIMON, Haut commissariat aux solidarités actives ; Marie Claire TRAMONI, Bureau santé mentale, DGS ; Sylvie ZUCCA, psychiatre, Hôpital Esquirol (Equipe souffrance psychique et précarité).

Le comité de pilotage scientifique comprend les membres suivants :

François BECK ; Christine CHAN-CHEE ; Pierre CHAUVIN ; Caroline DOUAY ; Marc-Antoine DETREZ ; Jean-Marie FIRDION, Etienne GROSDIDIER ; Marie JAUFFRET-ROUSTIDE ; Anne LAPORTE ; Stéphane LEGLEYE ; Valérie LE MASSON ; Erwan LE MENER ; Yann Le STRAT'T ; Alain MERCUEL ; Sylvie ZUCCA.