



HAL
open science

Conditions de vie, état de santé et recours aux soins des femmes sans logement personnel hébergées en Ile-de-France

Cécile Vuillermoz

► **To cite this version:**

Cécile Vuillermoz. Conditions de vie, état de santé et recours aux soins des femmes sans logement personnel hébergées en Ile-de-France. Santé publique et épidémiologie. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2017. Français. NNT : 2017PA066108 . tel-01622157

HAL Id: tel-01622157

<https://theses.hal.science/tel-01622157>

Submitted on 24 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE DE DOCTORAT DE
L'UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE**

Spécialité

Epidémiologie sociale

ECOLE DOCTORALE PIERRE LOUIS DE SANTE PUBLIQUE A PARIS :
EPIDEMIOLOGIE ET SCIENCES DE L'INFORMATION BIOMEDICALE (ED 393)

Présentée par

Cécile VUILLERMOZ

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE

**Conditions de vie, état de santé et recours aux soins
des femmes sans logement personnel
hébergées en Île-de-France**

Thèse soutenue le 5 juillet 2017, devant le jury composé de :

M. Pierre CHAUVIN	Directeur de thèse
M. Cyrille DELPIERRE	Rapporteur
M. Idriss GUESSOUS	Rapporteur
M. Joseph GLIGOROV	Examineur
Mme. Anne LAPORTE	Examinatrice
Mme. Stéphanie VANDENTORREN	Co-Directrice de thèse

Cette thèse a été réalisée au sein de l'équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP, UMRS 1136) depuis octobre 2013, sous la direction de Pierre Chauvin et de Stéphanie Vandentorren. Elle a été financée par un contrat doctoral de l'école doctorale (ED393).

Résumé

Un corpus de recherches en sciences sociales et en santé publique menées principalement en Amérique du Nord depuis les années 1980 montre que l'absence de logement personnel a un effet délétère sur l'état de santé, physique et psychique des familles sans logement. En France, les études quantitatives sur la santé des femmes sans-domicile restaient exceptionnelles avant la réalisation de l'enquête ENFAMS conduite en Ile-de-France en 2013.

A partir des données de cette enquête, nous avons montré que, bien qu'elles soient plus jeunes que les femmes en population générale, la santé des femmes sans logement est plus mauvaise, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale et leur santé nutritionnelle. Malgré un état de santé plus mauvais, les femmes sans logement ont moins recours aux soins que les femmes en population générale. Cette thèse a permis de souligner l'importance du suivi gynécologique dans l'accès au dépistage des cancers féminins puisque la proportion de femmes dépistées du cancer du col de l'utérus est deux fois plus élevée chez les femmes avec un suivi que chez celles sans suivi. Pour autant, leur accès à un suivi gynécologique reste inégal. Nous avons aussi montré que dans le contexte français d'une couverture maladie universelle et de l'existence de filets de protection sociale, nous ne retrouvons pas les associations classiquement observées entre renoncement aux soins et ressources financières ou assurance maladie.

Les professionnels en soins primaires doivent s'appuyer sur les fenêtres d'opportunité de dépistage qu'offre chacun de leur contact avec les services de soins. Les stratégies d'amélioration à l'accès aux soins de ces femmes ne doivent pas seulement viser à lever les obstacles financiers.

Mots clés : Femmes sans domicile ; précarité ; dépistage des cancers féminins ; renoncement aux soins ; Behavioral Model for Vulnerable Populations ; modèles à équations structurelles.

Abstract

Social sciences and public health research conducted mainly in North America, since the 1980s, have shown that homelessness has a significant impact on health, physical conditions and psychological health of families without housing. In France, quantitative studies on homeless women were scarce until the realization of the ENFAMS survey in Paris region in 2013.

Based on data from this survey, we showed that, although younger than women in the general population, the health of homeless women is worse, especially with regards to their mental health and nutritional status. Despite their poor health, homeless women have less access to health care than women in the general population. Our research has highlighted the importance of gynecological follow-up in accessing women's cancer screening since the proportion of women who were screened for cervical cancer was twice as high among women with follow-up than among women without follow-up. However, their access to a gynecological follow-up is unequal. We have also shown that in the French context of universal health coverage and numerous social safety nets, we do not find the classic associations between unmet health care needs and financial resources or health insurance status.

Primary care professionals need to rely on windows of opportunity provided by each of their contact with health care services to make them benefit from cancer screening. Strategies to improve the access to health care of these women must not only aim to remove financial barriers.

Keywords: Homeless women; poverty; women cancers screening; unmet health care needs; Behavioral Model for Vulnerable Populations; structural equation models.

Table des matières

Résumé.....	4
Abstract.....	5
Table des matières.....	6
Liste des tableaux.....	10
Liste des figures.....	11
Liste des abréviations utilisées.....	12
Valorisation scientifique.....	14
Introduction Générale.....	17
I. Visibilité du « sans-abrisme » dans le débat public et dans la recherche.....	19
1. Relogement d'après-guerre et protection des locataires.....	19
2. L'hiver 1954 : premières mobilisations et compassion pour les « vagabonds ».....	20
3. Rénovation, gentrification, exclusion et visibilité des plus pauvres.....	21
4. Le « clochard » est remplacé par le « SDF » : définitions et premières études en sciences sociales.....	22
5. Evolution de l'état des connaissances sur les populations sans-domicile.....	25
II. Les familles sans-domicile.....	28
1. Aux Etats-Unis et au Canada : une population largement étudiée depuis les années 1980.....	28
2. Etat de santé des familles sans-domicile.....	28
3. En France : émergence des familles dans l'espace public depuis 10 ans.....	29
III. La mortalité des personnes sans-domicile.....	32
IV. La santé et le recours aux soins des femmes sans-domicile.....	34
1. Etat de santé.....	34
2. Recours aux soins et couverture maladie.....	35
Objectifs.....	37
Matériel.....	41
I. ENFAMS.....	43
1. Origine du projet ENFAMS.....	43
2. Population enquêtée dans l'étude quantitative.....	44
3. Plan de sondage.....	47
4. Recueil de données.....	50
II. La cohorte SIRS.....	52
1. Origines de la cohorte.....	52
2. Population enquêtée.....	52

3. Plan de sondage.....	52
4. Recueil de données.....	53
III. Méthodes.....	55
1. Présentation des méthodes utilisées.....	55
2. Logiciels et packages.....	55
Partie 1 – Caractéristiques socio-démographiques, état de santé et recours aux soins des femmes sans-domicile. Comparaison aux femmes de la population générale.....	57
I. Introduction.....	59
II. Matériel.....	61
1. Variables utilisées dans l'enquête ENFAMS.....	61
2. Variables utilisées dans l'enquête SIRS.....	69
III. Méthodes.....	71
1. Compatibilité des enquêtes ENFAMS et SIRS.....	71
2. Fusion des bases et des plans de sondage.....	71
3. Analyses statistiques.....	72
IV. Résultats.....	73
1. Caractéristiques socio-démographiques.....	73
2. Trajectoires migratoires.....	74
3. Parcours résidentiel.....	76
4. Situation professionnelle et les ressources.....	77
5. Caractéristiques de la famille.....	80
6. Santé générale et addictions.....	81
7. Couverture maladie et recours aux soins.....	82
8. Discriminations dans le monde médical.....	83
9. Santé mentale et évènements de vie difficiles.....	84
10. Réseau de sociabilité et loisirs.....	85
11. Quartier de résidence et mobilité quotidienne.....	87
12. Santé nutritionnelle.....	88
V. Discussion.....	89
Une population plus jeune et plus souvent née à l'étranger.....	89
Une situation très précaire, peu d'aides sociales.....	90
Un accès à l'emploi difficile.....	91
Un hébergement instable.....	92
Un mauvais état de santé perçue.....	92
Une santé mentale fragile, des évènements de vie difficiles.....	93
Une très mauvaise santé nutritionnelle.....	94
Une consommation de substances psychotropes faible.....	95

Une forte proportion de femmes sans couverture maladie et de refus de soins à cause de la CMU ou l'AME	96
Un moindre recours aux soins	97
Conclusion	97
Partie 2 – Dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin chez les femmes sans-domicile	99
I. Introduction.....	101
II. Dépistage du cancer du sein.....	107
1. Méthodes.....	107
2. Prévalence de l'absence de dépistage du cancer du sein	112
3. Description de la distribution de l'absence de dépistage du cancer du sein	113
III. Dépistage du cancer du col de l'utérus	116
1. Méthodes.....	116
2. Comparaison des femmes ayant un suivi gynécologique à celles n'ayant pas de suivi.....	121
3. Prévalence de l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus.....	121
4. Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus.....	122
IV. Les motifs de dépistage et le suivi des résultats anormaux des dépistages des cancers féminins : une étude complémentaire par entretiens.....	130
1. Méthodes.....	130
2. Dépistage du cancer du sein.....	131
3. Dépistage du cancer du col de l'utérus	132
V. Discussion	134
Une faible couverture de dépistage des cancers féminins	134
Le suivi gynécologique : un rôle crucial dans l'accès au dépistage des cancers féminins	136
Caractéristiques associées à l'absence de frottis	137
Limites et forces de l'étude.....	138
Partie 3 – Étude du renoncement aux soins des femmes sans logement personnel	141
I. Introduction.....	143
II. Méthodes.....	146
2. Matériel.....	146
3. Modèle à équations structurelles	146
4. Hypothèses utilisées dans la construction du modèle théorique	149
5. Données mobilisées	151
III. Résultats.....	154
1. Prévalence, types et raisons du renoncement aux soins	154
2. Relation entre le renoncement aux soins et les caractéristiques des femmes sans logement	156

IV. Discussion.....	162
Une prévalence du renoncement aux soins modérée	162
Le renoncement à un médecin généraliste élevé.....	165
Dimensions ayant un effet direct sur le renoncement aux soins	165
Dimensions ayant un effet indirect sur le renoncement via la santé perçue	168
Forces et limites de l'étude.....	168
Conclusion	169
Discussion générale.....	171
I. Synthèse des principaux résultats.....	173
1. Les familles sans-domicile : une population peu étudiée en France, différente des adultes « isolés ».	173
2. Précarité, instabilité de l'hébergement et manque de soutien financier	174
3. Un état de santé alarmant	175
4. Un recours aux soins plus faible, de nombreuses barrières mais pas seulement financières	176
II. Apports et limites méthodologiques de l'enquête ENFAMS.....	178
1. Une méthode d'enquête innovante	178
2. Sélection de la population.....	179
3. Mode de recueil	180
4. Données recueillies	181
III. Choix méthodologiques de la thèse.....	182
1. Données manquantes.....	182
2. Justification des indicateurs étudiés	182
3. Comparaison avec la population générale.....	183
4. Analyses statistiques	184
IV. Implications.....	187
1. Apports des résultats de cette thèse.....	187
2. Propositions d'actions	188
3. Actions, dispositifs, propositions depuis l'enquête ENFAMS.....	194
Conclusion générale	199
Références	203
Annexes	223
Articles	231

Liste des tableaux

Tableau 1 – Langues de passation de l'enquête ENFAMS.....	46
Tableau 2 – Les raisons évoquées par les familles de refus de participation à l'enquête ENFAMS (<i>source : (Observatoire du Samusocial 2014)</i>).....	50
Tableau 3 – Caractéristiques socio-démographiques des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	73
Tableau 4 – Niveau d'études, situation professionnelle et ressources des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	79
Tableau 5 – Composition familiale des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	80
Tableau 6 – Etat de santé et addictions des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	81
Tableau 7 – Couverture maladie et recours aux soins des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	82
Tableau 8 – Discriminations du monde médical perçues par les femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) en IDF.....	83
Tableau 9 – Santé mentale et événements de vie difficiles des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	85
Tableau 10 – Réseau de sociabilité et loisirs des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	86
Tableau 11 – Quartier de résidence et mobilité des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) en IDF.....	87
Tableau 12 – Santé nutritionnelle des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.....	88
Tableau 13 – Facteurs associés significativement à l'absence de dépistage du cancer du sein chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	115
Tableau 14 – Facteurs prédisposants à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans logement personnel avec/sans un suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).	124
Tableau 15 – Facteurs favorisant l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).....	126
Tableau 16 – Facteurs liés aux besoins de soins associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).	127
Tableau 17 – Facteurs prédisposants, limitants, et liés aux besoins de soins, associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).....	129
Tableau 18 – Croisement des réponses du questionnaire ENFAMS et du questionnaire complémentaire relatives au dépistage du cancer du sein.....	131
Tableau 19 – Croisement des réponses du questionnaire ENFAMS et du questionnaire complémentaire relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus.....	133
Tableau 20 – Variables observées utilisées pour la construction des variables latentes.....	153
Tableau 21 – Corrélations pondérées entre les variables observées de chaque variable latente.....	157

Liste des figures

Figure 1 – Typologie européenne du « sans-abrisme » et de l'exclusion liée au logement (ETHOS)	25
Figure 2 – Evolution de la pyramide des âges par genre des usagers du 115 de Paris entre 1999 (à gauche) et 2011 (à droite).....	30
Figure 3 – Répartition des structures d'hébergement tirées au sort dans ENFAMS, 2013.	48
Figure 4 – Flow Chart de l'enquête ENFAMS	49
Figure 5 – Région des pays de naissance des femmes nées à l'étranger, sans-domicile (ENFAMS, 2013) et de la population générale (SIRS, 2010), en IDF.....	74
Figure 6 - Raisons principales de migration des femmes-sans domicile vers la France (ENFAMS, 2013)	75
Figure 7 – Type d'hébergement des femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	76
Figure 8 – Situation avant la première perte de logement en France chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	77
Figure 9 – Principales raisons perçues d'avoir moins bien été reçue que les autres par un médecin ou du personnel médical chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013) (<i>plusieurs réponses possibles</i>).....	84
Figure 10 – Photographie d'une femme qui change son enfant dans une chambre réservée aux familles sans-domicile, en février 2013, à Bondy.....	95
Figure 11 – Etapes dans le déroulement du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus.	106
Figure 12 – Distribution du délai de la dernière mammographie chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013) (N=135).....	113
Figure 13 – Schéma du modèle conceptuel de Gelberg : « the Behavioral Model for Vulnerable Populations ».....	118
Figure 14 – « The Behavioral model for Vulnerable Populations » appliqué à l'absence de dépistage chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	120
Figure 15 – Distribution du délai du dernier frottis réalisé chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013).....	122
Figure 16 – Schéma théorique d'un modèle à équations structurelles.....	147
Figure 17 – Modèle d'équations structurelles théorique appliqué aux relations entre le renoncement aux soins, la santé perçue et différents déterminants sociaux de la santé.....	151
Figure 18 – Principales raisons du renoncement aux soins durant les douze derniers mois chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	154
Figure 19 – Comparaison entre les types de soins renoncés chez les femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et chez les femmes de la population générale (SIRS, 2010), en IDF.....	156
Figure 20 – Ensemble des scree-plot de chaque variable latente du modèle de mesure théorique du renoncement aux soins, de la santé perçue et des déterminants sociaux de la santé, chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	158
Figure 21 – Scree-plot de l'ensemble des variables utilisées dans le modèle de mesure théorique du renoncement aux soins, de la santé perçue et des déterminants sociaux de la santé chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	159
Figure 22 – Modèle d'équations structurelles final des relations entre le renoncement aux soins, la santé perçue et différents déterminants sociaux de la santé chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).....	161
Figure 23 – Photographie d'une femme avec son enfant dans un centre d'hébergement	174

Liste des abbréviations utilisées

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Aide pour une complémentaire santé
AME	Aide médicale d'état
API	Allocation parent isolé
APL	Aide au logement
APUR	Atelier parisien d'urbanisme
ARS	Agence régionale de santé
BMHSU	Behavioral Model of Health Service Use
BMVP	Behavioral Model for Vulnerable Populations
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CASO	Centres d'accueil de Soins et d'Orientations
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CEI	Communauté des états indépendants
CépiDc	Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CFI	Comparative Fit Index
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CIDI	Composite international diagnostic interview
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Comité de protection des personnes
DAG	Direct Acyclic Graphs
DALO	Droit au logement opposable
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ENFAMS (enquête)	Enfants et familles sans logement
EPCV	Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages
ERES	Equipe de recherche en épidémiologie sociale
ESPS (enquête)	Enquête santé et protection sociale
ESPT	Etat de stress post-traumatique
ETHOS	European typology of homelessness and housing exclusion
FEANTSA	Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris

HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de Santé publique
HFSSM	Household Food Security Survey Measure
HLM	Habitat à loyer modéré
HPV	Human Papillomavirus
IDF	Île-de-France
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
IRIS	Îlots Regroupés pour l'Information Statistique
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IC	Intervalles de confiance
InVS	Institut national de veille sanitaire
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPE	Observatoire national de l'enfance en danger
ONPES	Observatoire national contre la pauvreté et l'exclusion sociale
OPFRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ORS	Observatoire régional de la santé
PHRH	Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière
PMI	Protection maternelle et infantile
RMA	Revenu minimum d'activité
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RMI	Revenu minimum d'insertion
RP	Rapports de prévalence
RSA	Revenu de solidarité active
SAMENTA (enquête)	Santé mentale et addictions chez les sans-domicile
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SD (enquête)	Sans Domicile
SDF	Sans domicile fixe
SEM	Structural equation modeling
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SILC (enquête)	Statistics on Income and Living Conditions
SIRS (enquête)	Santé, inégalités et ruptures sociales
UC	Unité de consommation
UE	Union européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WLSMV	Weighted least squares means and variance
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Valorisation scientifique

Valorisation en rapport avec la thèse

Articles dans des revues indexées

Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R., Chauvin P. Unmet health care needs in homeless women in Great Paris area, France (en relecture par *Plos One*)

Vuillermoz C, Vandentorren S, Roze M, Rondet C, Chauvin P. Cervical cancer screening among homeless women in the Greater Paris Area (France): results of the ENFAMS survey. *Eur J Cancer Prev* 2017;26:240-248.

Vandentorren S, Méner EL, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, Vuillermoz C, Martin-Fernandez J, Lioret S, Roze M, LeStrat Y, Guyavarch E. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health* 2016;26:71–6.

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Moreno-Betancur M, Jouglà E, Rey G. Mortality among homeless people in France, 2008-10. *Eur J Public Health* 2016; 26:1028-33.

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, Ghosn W, Jouglà E, Rey G. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. *BMC Public Health* 2014, 14:690.

Autres articles et rapports

Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, Vuillermoz C, et al. Caractéristiques sociodémographiques et santé des familles sans logement en Île-de-France : premiers résultats de l'étude Enfams, 2013. *Bull Epidémiol Hebd* 2015;(36-37):679-85.

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Rocca C, Vandentorren S, Tassin F, et al. Estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France, 2008-2010. *Bull Epidémiol Hebd* 2015;(36-37):657-61.

Vuillermoz C, Chauvin P, Vandentorren S. *Le recours au dépistage des cancers féminins dans la population sans logement personnel en Ile-de-France. Rapport pour le Cancéropole d'Ile-de-France*. Paris, Observatoire du Samusocial de Paris & IPLESP, ERES, octobre 2014.

Communications en rapport avec la thèse

Vuillermoz C, Vandentorren S, Roze M, Chauvin P. Not seeking healthcare pathways among homeless women living with children in Paris region in 2013. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 105.

Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, Vuillermoz C, Martin-Fernandez J, Lioret S, Roze M, LeStrat Y, Guyavarch E. Sociodemographic characteristics and health of homeless families in the Paris region, France. 8th European

Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 93.

Vuillermoz C, Vandentorren S, Chauvin P. Le dépistage des cancers féminins chez les femmes sans logement personnel en Île-de-France. VIe Congrès International d'Épidémiologie ADELFF-EPITER, Nice, 10-12 septembre 2014. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014; 62(S5): S192.

Vuillermoz C, Vandentorren S, Chauvin P. Cervical and breast cancer screening among homeless women with children in Paris area. 7th European Public Health Conference, Glasgow, 19-22 November 2014. *Eur J Public Health* 2014; 24(S2): cku151.121.

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Tassin F, Jougla E, Rey G. Estimation du nombre de décès de personnes sans domicile, 2008–2010. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013 Oct;61:S253–4.

Valorisation sans rapport avec la thèse

Articles dans des revues indexées

Fábelová L, Vandentorren S, Vuillermoz C, Garnier R, Lioret S, Botton J. Hair concentration of metals, arsenic, selenium and growth in homeless children aged less than 6 years: results from the ENFAMS study (en relecture par *Int J Hyg Environ Health*).

Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry J* 2016 Sep 21;38:51–60.

Autres articles et rapports

Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherel AL, Brunel V. *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health: barriers in accessing health care for children and pregnant women in Europe*. Paris: Doctors of the World - Médecins du Monde International Network, May 2015.

Communications

Nuernberg M, Simonnot N, Vuillermoz C, Aranda E, Chauvin P. Health and access to care among vulnerable populations in Europe: Findings from the 2015 Doctors of the World International Network Observatory. 9th European Public Health Conference, Vienna, 9 -12 November 2016. *Eur J Public Health* 2016; 26(S1): 250-1.

Simonnot N, Chauvin P, Vuillermoz C . Violence experienced by migrants seen in Doctors in the World free clinics in 2014 and 2015. 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, 23-25 June 2016.

Chauvin P, Simonnot N, Vuillermoz C. Non access to vaccinations among migrants and ethnic minorities' children: analysis from Doctors of the World International Network Observatory. 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, 23-25 June 2016.

Simonnot N, Chauvin P, Vuillermoz C. Health and access to care for migrants facing multiple vulnerabilities in Europe. 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Oslo, 23-25 June 2016.

Chauvin P, Vuillermoz C, Vicat M, Vanbiervliet F, Simonnot N. Taking action to rebuild: violence experienced by migrants consulting Doctors of the World in Europe. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 135.

Simonnot N, Vuillermoz C, Vanbiervliet F, Vicat M, Chauvin P. Non-access to vaccinations for the vulnerable children received by Doctors of the World in Europe. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 208.

Simonnot N, Vuillermoz C, Vanbiervliet F, Vicat M, Chauvin P. Non-access to prenatal care for the migrant pregnant women seen by Doctors of the World in Europe. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 90.

Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicat M, Chauvin P. Health and access to care in vulnerable populations in Europe: the 2014 Doctors of the World survey. 8th European Public Health Conference, Milan, 14-17 October 2015. *Eur J Public Health* 2015; 25(S3): 170.

Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Chauvin P. Santé et accès aux soins des populations vulnérables en Europe : les enseignements de l'enquête 2014 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde. Congrès de la SFSP, Tours, 4-6 novembre 2015.

Simonnot N, Vuillermoz C, Vanbiervliet F, Vicart M, Chauvin P. Le non accès aux vaccinations des enfants vivant en précarité : une analyse des données 2014 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde. Congrès de la SFSP, Tours, 4-6 novembre 2015.

Simonnot N, Vuillermoz C, Vanbiervliet F, Vicart M, Chauvin P. Le non accès au suivi pré et postnatal : une analyse des données 2014 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du monde. Congrès de la SFSP, Tours, 4-6 novembre 2015.

Simonnot N, Vuillermoz C, Vanbiervliet F, Vicart M, Chauvin P. Agir pour reconstruire : les violences vécues par des personnes vivant en précarité : une analyse des données 2014 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du Monde. Congrès de la SFSP, Tours, 4-6 novembre 2015.

Roze M, Vandentorren, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Difficultés psychologiques et de comportement des enfants des familles sans logement en Île de France. 9ème Congrès de la médecine générale, Paris, 26-28 mars 2015.

Introduction Générale

Le logement est une des clés de l'insertion des individus dans une société (Pleace et al. 2011). La perte ou l'absence d'un logement personnel serait expliqué par des facteurs contextuels tels que la situation socio-économique d'un pays (écart entre l'offre et la demande de logements, hausse des loyers, hausse du chômage etc.), et des facteurs individuels (rupture de liens sociaux, perte d'emploi, maladie) (Shelton et al. 2009). Un corpus de recherche en sciences sociales et en santé publique, mené principalement en Amérique du Nord depuis les années 1970, révèle que l'absence de logement personnel a un impact important sur l'état de santé physique et psychique. En France, les sciences sociales commencent à dénombrer et à décrire les conditions de vie des personnes sans-domicile à partir des années 1980. Les études quantitatives sur la santé des personnes sans-domicile étaient assez rares en France mais commencent à émerger avec les enquêtes Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) de 2001, de 2012, et certains travaux de l'ONPES (Observatoire national contre la pauvreté et l'exclusion sociale). Ces premières études soulignent un état de santé inquiétant ainsi qu'une évolution démographique observée 20 ans plus tôt aux Etats-Unis : l'apparition de jeunes, de femmes, et de familles dans une population jusque-là plutôt constituée d'hommes isolés. L'introduction générale de cette thèse présentera d'abord l'évolution de la visibilité du « sans-abrisme » depuis l'après-guerre avec le rôle de la médiatisation dans le changement des représentations et de définition du « sans-abrisme », le rôle de la mobilisation des associations et de la compassion de la population dans l'intervention de l'Etat et les politiques de rénovation et l'exclusion des plus pauvres. Nous présenterons ensuite l'apparition des familles dans l'espace public et dans les statistiques aux Etats-Unis et en France. Enfin, nous décrirons l'état de la connaissance sur la santé et le recours aux soins des femmes qui composent principalement ces familles sans-domicile.

I. Visibilité du « sans-abrisme » dans le débat public et dans la recherche

1. Relogement d'après-guerre et protection des locataires

Les destructions de la guerre de 1914-1918, la crise des années 1920, puis les destructions de la Seconde guerre mondiale ainsi que l'effondrement économique de l'Occupation se traduisent par un déficit criant en logements dans la France d'après-

guerre (Loiseau et Bonvalet 2005). Pour favoriser le retour des investissements, la loi de 1948 « libère » le blocage des loyers qui était en place depuis 1914. Cette loi instaure « le maintien dans les lieux »¹ - première loi de protection des locataires. Bien que la loi de 1948, d'origine libérale, ait pérennisé un parc de logements anciens, parfois vétustes ou insalubres, elle a permis de protéger certains locataires d'une perte de logement.

2. L'hiver 1954 : premières mobilisations et compassion pour les « vagabonds »

Au recensement de 1954, 13% des ménages étaient considérés en situation de surpeuplement critique, et 12% en situation de surpeuplement « temporairement admissible » (Jacquot 2005). Les conditions de vie ne sont encore pas satisfaisantes pour tous : de nombreux logements n'avaient pas l'eau courante (40%), ni de WC intérieurs (75%) et 10 % seulement disposaient d'une douche ou d'une baignoire. Pourtant en 1953, l'amélioration du logement était devenue l'une des priorités sociales de l'Etat (Effosse 2013).

Plusieurs personnes meurent dans la rue pendant cet hiver 1954 (Lefebvre et al. 1991). L'Abbé Pierre lance alors un appel à la radio au sujet de la situation du logement en France et quant à la mort de ces personnes dans la rue. L'Etat décide d'accroître son plan de reconstruction de 1953 par la mise en place d'un plan d'urgence en facilitant l'accès des ménages à la propriété, en favorisant les investissements dans le logement locatif, et en construisant de grands ensembles sociaux (HLM) (Bonvalet et Merlin 1988; Effosse 2013).

En plus de contraindre l'Etat à agir, les drames de cet hiver 1954 provoquent de la compassion exprimée à l'égard des personnes sans logement. On observe une première mobilisation des médias face à la mort de plusieurs personnes dans la rue : le sans-abrisme fait désormais l'objet de débats (Damon 2004). Cette mobilisation hivernale est

¹ « Le locataire peut se maintenir dans le logement sans limitation de durée. A l'expiration du contrat de location initial, le cas échéant, la location est automatiquement renouvelée sans qu'il soit nécessaire d'établir un nouveau contrat ». (Source : <http://www.logement.gouv.fr/droit-au-maintien-dans-les-lieux-des-logements-lies-a-la-loi-de-1948>).

devenue « cyclique » puisqu'à chaque hiver on observe une augmentation de la mobilisation médiatique².

3. Rénovation, gentrification, exclusion et visibilité des plus pauvres

Face à la demande et à la mobilisation de l'opinion publique sur le logement indigne, la loi Vivien de juillet 1970 légalise la rénovation urbaine et entraîne la disparition progressive du parc du logement de 1948. Les conditions de vie des Français s'améliorent mais les logements les moins chers et les plus accessibles tendent à disparaître dans le même temps (Arbonville 2000)³. A partir des années 1980, on observe une fragilisation des ménages, notamment en raison de l'instabilité familiale (augmentation des familles monoparentales, allongement du temps de résidence des enfants chez leurs parents), de l'isolement résidentiel (augmentation du nombre de personnes vivant seules), des risques de fragilité socioprofessionnelle (absence de revenus, chômage de masse), et de l'augmentation des loyers (Arnault et Crusson 2012).

Les statistiques indiquent, sur cette période, des résultats contradictoires avec d'une part, l'augmentation de contraintes familiales et socioprofessionnelles et d'autre part les conditions de vie des ménages qui semblent s'améliorer (Arbonville 2000). Denise Arbonville explique ce paradoxe par la disparition des statistiques des personnes les plus précaires : les personnes qui résidaient dans un logement vétuste ne peuvent plus financer leur hébergement et celles qui sont hébergées par un tiers, ou qui se retrouvent à la rue disparaissent alors des enquêtes « Logement » de l'Insee.

Dans les années 1980, de nombreux travaux de recherche commencent à s'intéresser aux processus de paupérisation ainsi qu'à la crise du logement et de la protection sociale (Brousse et al. 2008b). Deux catégories sont usitées pour nommer ce phénomène : « exclusion sociale » et « nouveaux pauvres ».

² Cette mobilisation médiatique hivernale attribue souvent les principales causes de mortalité des personnes sans-domicile au froid, alors qu'une étude – que j'ai réalisée à partir des données du CépiDc-Inserm (Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès) et du Collectif Les Morts de la Rue – indique (1) une faible saisonnalité dans la mortalité chez les personnes sans-domicile et (2) que la principale cause de décès au sein de cette population n'est pas l'hypothermie mais les morts violentes (Vuillermoz et al. 2016).

³ Plus récemment, la destruction ou la rénovation des logements à bas loyers ont aussi déstructuré les quartiers populaires conduisant à un phénomène de gentrification notamment dans les espaces parisiens (Clerval et Fleury 2009).

4. Le « clochard » est remplacé par le « SDF » : définitions et premières études en sciences sociales

A partir des années 1990, la « question SDF » (Sans Domicile Fixe) s'est imposée dans les médias avec la naissance de journaux de rue, ce qui a contribué à une augmentation significative de la visibilité des SDF dans l'espace public (Damon 2010). Julien Damon explique qu'à partir des années 1990, dans les médias, le terme « clochard » est remplacé par celui de « SDF » et que : « *cette évolution sémantique traduit un changement dans l'univers de référence où l'on place le sans-abrisme. Le terme 'clochard' était associé au monde de la marginalité, de l'inadaptation, de l'asociabilité. Le terme « sans-domicile fixe » relève du vocabulaire de l'exclusion et de l'urgence sociale. Il symbolise les formes extrêmes de la pauvreté et de l'exclusion* ». En 1993, les associations se mobilisent, le Samusocial de Paris - centre de gestion d'hébergement d'urgence des personnes sans-domicile - et le premier centre d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers voient le jour. L'accueil d'hébergement d'urgence se développe (Haut comité pour le logement des personnes défavorisées 2004). La mobilisation des médias et des associations incitent les institutions à agir : des lois comme la loi Besson⁴ de 1990 affirmant le droit du citoyen à disposer d'un logement, font du sans-abrisme un objet de débats. En 1994, les arrêtés anti-vagabondage et anti-mendicité sont supprimés du code pénal.

Cependant, les médias, les associations et les institutions déplorent le manque de données sur les personnes sans-domicile. C'est dans ce contexte que des thèses et des études en sciences sociales sur cette population se multiplient (Bourdieu 1993; Castel 1995; Pichon 1998), et que se crée en 1993 un groupe de travail sur les « sans-abri » au sein du Cnis (Conseil national de l'information statistique⁵).

Se sont posées alors des questions méthodologiques d'enquêtes délicates : comment enquêter en l'absence de logement ? Quelles formes d'absence de logement enquêter ? Cette population est hétérogène et très mouvante : elle est sensible à la situation géopolitique (migration) et à la situation économique d'un pays. Le nombre et le profil de

⁴ La loi de Besson : « pour être accepté socialement, il ne suffit pas d'avoir un lien acceptable avec le monde du travail, mais il faut aussi avoir un logement. Sans logement on est méprisé, rejeté, exclu. Avec un logement qui n'est pas à soi, on se sent inférieur, mal intégré. Le travail et le logement sont deux obligations sociales, deux normes fondamentales. »

⁵ Le Cnis « est chargé d'organiser la concertation entre les producteurs et les utilisateurs de la statistique publique ». source : <http://cnis.fr/cms>

cette population varient aussi selon le temps, notamment avec la saisonnalité d'ouverture des centres d'hébergements, et la diversité de situations qu'elle recouvre (centre d'hébergement, sans-abrisme, hébergement chez un tiers) (Peretti 2008; Tourangeau et al. 2014; Vandentorren 2016).

En 1992, la naissance de l'Observatoire européen sur le « sans-abrisme » créé par la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris) a permis d'élaborer et de comparer les définitions entre les pays européens (Join-Lambert et al. 2011). En 1995, le Cnis propose des méthodes d'enquêtes statistiques s'inspirant des études nord-américaines⁶ menées une décennie plus tôt (Brousse et al. 2008a) et publie un rapport intitulé *Pour une meilleure connaissance des sans-abri et de l'exclusion du logement* (Conseil national de l'information statistique 1996). La définition et le dénombrement de la population sont les premiers enjeux qui se posent. Julien Damon nommait ce phénomène de « course à la définition » et de « frénésie classificatoire » (Damon 2010). Cécile Brousse précise dans son ouvrage « *pour compter (dans les politiques publiques), il faut commencer par être compté (dans les statistiques)* ». Pour pouvoir réaliser ce dénombrement, il fallait déjà définir cette population hétérogène (Brousse 2006). Le Cnis a alors proposé de retenir une définition fondée sur la situation du logement et non sur la visibilité dans l'espace public (comme les « personnes mendiant dans la rue ») (Cour des comptes 2007). Cette nomenclature du Cnis utilisait quatre dimensions : le type d'habitat (hébergement de fortune ou temporaire), le statut d'occupation (logés gratuits, hébergés, occupants sans titre, sans-domicile), la qualité du logement (privation de confort) et la stabilité. Selon François Clanché, cette définition a permis « *d'élaborer un système de nomenclature décrivant l'ensemble des situations de logement, des plus habituelles et des plus stables aux plus précaires et moins confortables* » (Clanche 1998). Cette nomenclature était donc compatible avec les concepts utilisés par les organismes publics possédant déjà de l'information (comme l'Insee) mais aussi par les intervenants, particuliers et associatifs, et a permis d'échanger autour d'un langage commun.

En 2001, l'Insee et l'Ined (l'Institut national d'études démographiques) réalisent alors la première enquête quantitative recueillant des données de santé auprès des utilisateurs

⁶ Le Cnis a mené également une enquête auprès des jeunes sans-domicile en 1998 (Firdion et al. 1998), prouvant la faisabilité d'une enquête auprès de cette population.

des services d'hébergement et de distribution de repas chaud dite « Sans Domicile 2001 ». La définition d'une personne sans-domicile en France est alors celle qui avait été utilisée dans cette enquête : « *Dans le cadre de l'enquête auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite, une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune)* ».

En 2005, la FEANTSA a créé une typologie européenne du « sans-abrisme » et de l'exclusion liée au logement, l'ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (Figure 1) afin d'améliorer la compréhension, la mesure, et la comparabilité du « sans-abrisme » en Europe (FEANTSA 2007). La typologie considère quatre types de situations pour le logement (logement inadéquat, logement précaire, sans logement, sans abri). Chacune de ces 4 catégories est formée de sous-catégories par rapport à la situation vis-à-vis du logement.

Figure 1 – Typologie européenne du « sans-abrisme » et de l'exclusion liée au logement (ETHOS)

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique	
Catégorie Conceptuelle	SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation	
		2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix	
	SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion 3.2 Logement provisoire 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
		4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
		5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
	LOGEMENT PRÉCAIRE	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)	
		7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
	LOGEMENT INADÉQUAT	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis 8.2 Sans bail de (sous-)location 8.3 Occupation illégale d'un terrain Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
			9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location) 9.2 Avis de saisie (propriétaire) Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
			10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
	LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes 11.2 Construction non conventionnelle 11.3 Habitat provisoire Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente	
			12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
		13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables	

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

Note : source : (FEANTSA 2007).

5. Evolution de l'état des connaissances sur les populations sans-domicile

La création de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) en juin 1999, dont la mission était de « rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux situations de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale ainsi qu'aux politiques menées en ce domaine », a permis d'améliorer la connaissance sur cette population (Cour des comptes 2007).

Une loi fondatrice est votée le 5 mars 2007, la Loi DALO (Droit au logement opposable) qui garantit un droit universel à logement décent et indépendant pour toutes les

personnes qui ne peuvent accéder à un logement par leurs propres moyens. Il existe une obligation de résultats invocables devant les tribunaux en cas de non atteinte des objectifs. Cette loi – fortement discutée puisque ces résultats n'apparaissent pas avoir été atteints – a cependant provoqué des changements notables en permettant le relogement de plusieurs milliers de ménages (Berthaud 2012)⁷.

Sur la période 2008-2012, la crise a conduit à une hausse de la pauvreté, des inégalités sociales, ainsi que du mal-logement et du sans-abrisme (Fondation Abbé Pierre 2016; Observatoire des inégalités 2016). En effet, des études mettent en exergue l'apparition de « nouvelles populations sans logement » en raison de la crise, qui ne se trouvaient pas dans une situation vulnérable avant la crise (ce sont par exemple, des travailleurs qui ont perdu leur emploi, des personnes âgées qui ont vu leurs ressources diminuées) (FEANTSA 2012) et une hausse globale du nombre de personnes sans-domicile dans 15 états membres de l'Union Européenne (UE).

L'enquête « sans-domicile » menée par l'Insee et l'Ined a été renouvelée en 2012 et la comparaison avec les chiffres de l'enquête de 2001 indique une augmentation de 50% du nombre de personnes sans-domicile en France⁸ (Yaouancq et al. 2013).

En plus des enquêtes « sans-domicile » Insee de 2001 et 2012, quelques études recueillant plus spécifiquement des données sur la santé des personnes sans-domicile ont été menées. On peut citer :

- l'enquête de 1996 sur la santé mentale de 838 personnes sans-domicile ayant recours à un service d'hébergement ou de distribution de repas⁹ à Paris (Kovess et Lazarus 1999).
- les entretiens qualitatifs de 30 femmes sans-domicile sur leur état de santé général, la santé gynécologique, leur accès aux soins et leur maternité, menés par l'Observatoire du Samusocial en 2005 (Brunet et al. 2005).

⁷ Ce qui a ainsi permis de reconsidérer, en particulier, la question de l'hébergement des personnes souffrant de troubles mentaux (Girard et al. 2009).

⁸ La population sans-domicile des deux enquêtes Insee comprend les personnes usagères des services d'hébergement ou de distribution de nourriture dans les villes de plus de 20 000 habitants en France.

⁹ Dans cette enquête, les auteurs ont défini les personnes sans-domicile comme « celles qui n'avaient pas de lieu où dormir et par conséquent devaient chercher un endroit dans un abri de nuit ou dormir dans la rue, ou dans un autre endroit inapproprié pour dormir, ou avec leur famille ou leurs amis d'une manière non permanente ».

- l'enquête SAMENTA sur la Santé MENTale et Addictions chez les sans-domicile franciliens menée en 2009 (Laporte et al. 2010).
- l'enquête "Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France" menée par Médecin du Monde en 2013 (Médecins du Monde 2013b).

II. Les familles sans-domicile

Bien que l'augmentation du nombre de famille sans-domicile ait été observée en France dès les années 2000 (Marpsat et Firdion 2000) et médiatisée à partir de 2010 (Guyavarch et Le Méner 2010; Yaouancq et Duée 2014a), ce phénomène était déjà décrit aux Etats-Unis dès les années 1980 (Bassuk et al. 1986; Bassuk et Rosenberg 1988).

1. Aux Etats-Unis et au Canada : une population largement étudiée depuis les années 1980

Aux Etats-Unis, depuis la fin des années 1970, il a été observé une forte croissance du nombre de personnes sans-domicile (Bassuk 1984) expliquée principalement par l'augmentation du chômage et de la pauvreté (Peterson 1991), la diminution du stock de logements bon marché (Wright et Rubin 1991) et la décentralisation des grandes industries vers les périphéries citadines (Wilson 1996). Dès les années 1980, on voit apparaître dans la littérature, des études américaines sur les familles sans-domicile (Grant et al. 2013), des femmes (Bassuk et al. 1996) et des jeunes (Skocpol 1994).

Les études Nord-américaines sur les familles monoparentales sans logement dévoilent que ce sont principalement des femmes à la tête de ces familles (Bassuk 1990, 1991) et que les familles sans-domicile ressemblent davantage aux familles pauvres et/ou mal logées qu'aux personnes sans-domicile isolées (Shinn et al. 2005). Comparés aux personnes sans-domicile isolées, les adultes composant ces familles sans-domicile sont plus jeunes, plus souvent issus de minorités ethniques, ont un niveau d'études plus faible, et ont moins d'addictions (Burt et Cohen 1989). Avant de devenir sans-domicile, les adultes de ces familles ont souvent vécu des événements de vie difficiles (agressions physiques ou sexuelles, perte d'un parent lors de l'enfance) (Fertig et Reingold 2008), et elles ont souvent été touchées par le chômage (Bassuk et al. 1986).

2. Etat de santé des familles sans-domicile

Les études nord-américaines indiquent que les familles sans logement sont affectées par des problèmes de santé importants, notamment de santé mentale (Vostanis et al. 1998), de pathologies différentes que celles des adultes isolés (Bassuk et al. 1986) et d'insécurité alimentaire (Weinreb et al. 2002b; Lee et Greif 2008). Egalement, ces

adultes sans-domicile, principalement des femmes, souffrent plus fréquemment de maladies chroniques et infectieuses. Elles sont ainsi plus nombreuses à être atteintes du VIH/sida, d'infections sexuellement transmissibles et de problèmes gynécologiques que la population générale (Beijer et al. 2011).

Pour ces familles, les conditions de vie difficiles (promiscuité, instabilité, isolement), leur éloignement des services sociaux et de santé ainsi que leurs problèmes de langues constituent de véritables barrières à l'accès aux soins et à la prévention (Kushel et al. 2001; Lim et al. 2002; Lewis et al. 2003; Stein et al. 2007). Bien qu'elles bénéficient de plus d'aides que les adultes sans-domicile isolés, ces familles ont moins de structures d'hébergement et de services dédiés. Par ailleurs, les conditions d'hébergement peuvent parfois amener la famille à se séparer pour pouvoir être hébergée (Shinn et al. 2005).

3. En France : émergence des familles dans l'espace public depuis 10 ans

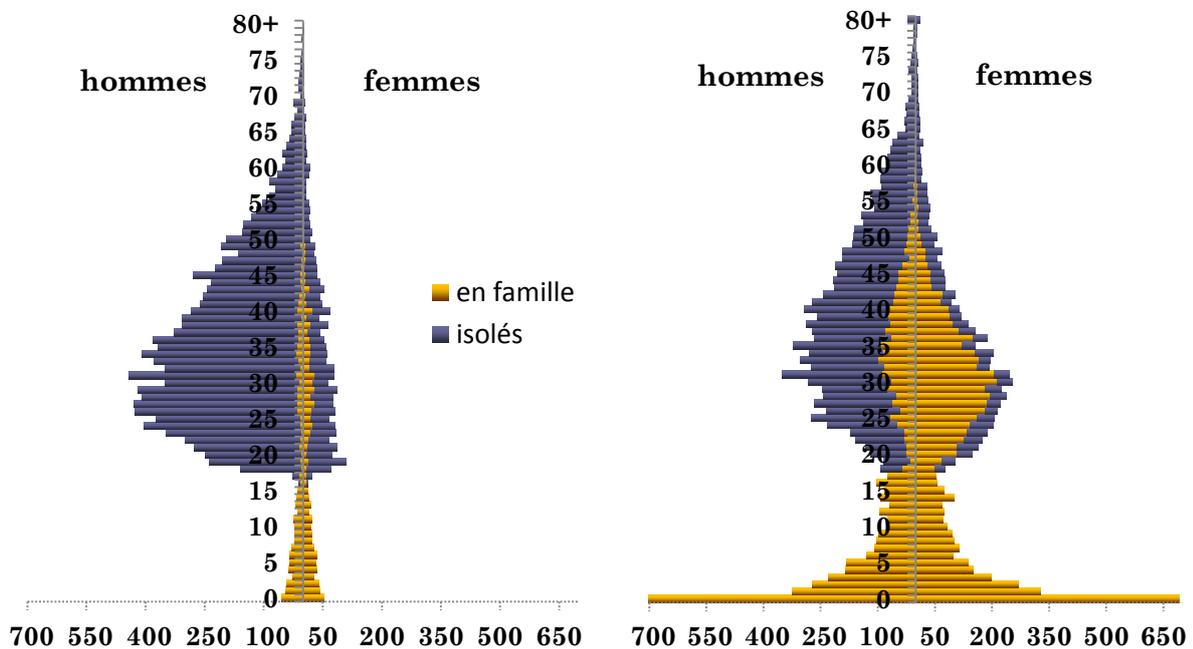
En France, ces familles constituent une population largement invisible des statistiques publiques françaises, exclues des enquêtes épidémiologiques en population générale (conduites en « ménage ordinaire ») et peu représentées dans les rares enquêtes spécifiquement conduites auprès des personnes sans-domicile (Laporte A. and Chauvin P. 2010).

La première enquête auprès des personnes sans-domicile, réalisée en 1995, indiquait que les femmes représentaient 17% de la population enquêtée et que 8% des adultes – hommes et femmes – étaient en familles (Marpsat et Firdion 1998, 2000). L'enquête « sans-domicile 2001 » indiquait que 21% des adultes franciliens francophones sans-domicile vivaient avec au moins un enfant (Marpsat et De Perreti 2009). La même enquête réalisée en 2012 indiquait une proportion proche avec 24% des adultes vivant en famille. Les acteurs de terrain travaillant auprès des personnes sans-domicile font le constat de l'augmentation fulgurante des familles au sein de la population sans-domicile (Guyavarch et Le Méner 2010; Méner et Guyavarch 2014). L'Observatoire du Samusocial de Paris a mis en lumière cette augmentation, grâce à l'analyse des données du 115¹⁰

¹⁰ Le 115 est la plateforme téléphonique du Samusocial de Paris, destiné à répondre aux demandes d'hébergement d'urgence des personnes sans abri, et à les orienter vers les autres dispositifs du Samusocial.

(Guyavarch et Garcin 2014). En 1999, les usagers du 115 sont principalement représentés par des hommes âgés de 25 à 40 ans en moyenne (Figure 2). En 2011, on observe une symétrie dans la pyramide démographique où les femmes deviennent aussi représentées que les hommes (Figure 2). En revanche, les femmes, contrairement aux hommes, sont pour la plupart d'entre elles en famille. Le constat le plus marquant est l'écrasement de la pyramide des âges vers le bas indiquant la présence d'un grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.

Figure 2 – Evolution de la pyramide des âges par genre des usagers du 115 de Paris entre 1999 (à gauche) et 2011 (à droite).



Note : source : 115 de Paris – Aloha-4D.

Comme ce qui était constaté au niveau européen, l'analyse des données du 115 indiquait également que ces familles semblaient être nées à l'étranger (Méner et Guyavarch 2014).

Les enquêtes sans-domicile précédentes, conduites en français, excluaient une part importante de ces familles, celles dont les adultes n'étaient pas francophones. Ces familles étaient donc invisibles de l'espace public - puisqu'elles étaient dans le système d'hébergement - et invisibles des enquêtes statistiques françaises puisque non francophones. C'est dans ce contexte que l'Observatoire du Samusocial a mené en 2013

une enquête auprès des familles sans logement en Île-de-France (que nous décrirons plus loin puisque celle-ci sera notre sujet d'étude).

On peut faire l'hypothèse qu'en France – et particulièrement dans l'agglomération parisienne où les inégalités sociales de santé sont fortes (Chauvin et Parizot 2009) – ces femmes sans-domicile sont confrontées à une difficulté supplémentaire dans la mesure où nombre de services s'adressant à la population sans logement ont été conçus pour les hommes et ne peuvent répondre de façon adéquate aux besoins des femmes (et de leurs enfants), en particulier à leurs besoins en terme de santé gynéco-obstétricaux (contraception, dépistage des cancers féminins, suivi de grossesse) (Burt et Cohen 1989; Bassuk et Weinreb 1993; Wenzel et al. 2001; Bloom et al. 2004; Riley et al. 2007).

III. La mortalité des personnes sans-domicile

La mortalité est un indicateur important à considérer dans l'étude sur la santé des populations. Nous avons donc choisi de présenter ici un travail sur la mortalité des personnes sans-domicile, même si elle ne concerne pas spécifiquement les femmes sans-domicile mais l'ensemble des personnes sans-domicile en France (au sens de la définition de l'Insee).

On l'a vu, les données sur la santé des personnes sans-domicile en France sont peu nombreuses et leur qualité peut être améliorée. Ceci est encore plus vrai concernant les données de mortalité. Les premières études épidémiologiques traitant ce sujet ont été publiées dans les années 1980 et proviennent majoritairement d'Amérique du Nord (Hanzlick et Parrish 1993; Hibbs et al. 1994; Hwang et al. 1997; Barrow et al. 1999; Cheung et Hwang 2004; Roy et al. 2004; Baggett et al. 2013). Quelques études ont été réalisées également en Europe (Glasgow, Londres, Copenhague) (Alstrom et al. 1975; Keyes et Kennedy 1992; Grenier P 1996; Shaw et Dorling 1998, 1998; Nordentoft et Wandall-Holm 2003; Beijer et al. 2007, 2011; Morrison 2009) et en Australie (Sydney) (Babidge et al. 2001). Ces études ont mis en évidence un taux de mortalité entre 2 à 13 fois supérieur parmi la population des personnes sans-domicile par rapport à la population générale. Une étude à Glasgow (Morrison 2009) avait également montré que le sans-abrisme constituait, à lui seul, un facteur de risque de mortalité. Les causes de décès identifiées dans ces études diffèrent d'une étude à l'autre mais les maladies cardiovasculaires, les morts accidentelles, les homicides et suicides sont fréquemment désignés comme causes principales.

Dans ce contexte, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a mené une première étude à partir des données fournies par le Collectif Les morts de la rue visant à décrire la mortalité au sein des personnes sans-domicile. Deux objectifs ont été poursuivis lors de cette étude : (1) estimer le nombre de décès des sans-domicile en France, et (2) décrire les caractéristiques des décès des sans-domicile, les causes de décès et réaliser une comparaison avec la population générale.

D'après une étude exploratoire de l'ONPES (ONPES 2011), deux bases de données pouvaient être utilisées conjointement afin de réaliser ces objectifs : celle du Collectif Les Morts de la Rue et du CépiDc-Inserm.

Ce travail a estimé à 6730 décès de personnes sans-domicile entre janvier 2008 et décembre 2010, soit plus de 2000 décès par an en France (Vuillermoz et al. 2014).

L'étude de la distribution de la mortalité entre 2008 et 2010 a établi que l'âge moyen au décès était de 49 ans (contre 77 ans en population générale) (Vuillermoz et al. 2016). Plus de 80% des décès des personnes sans-domicile étaient survenus entre 30 et 65 ans alors qu'en population générale, 80% des décès étaient survenus après 65 ans. La fréquence de décès chez les personnes sans-domicile était légèrement plus élevée en hiver (30%) et à l'automne (28%) qu'au printemps (22%) et qu'en été (20%). Cependant ce constat était le même qu'en population générale avec respectivement en automne, hiver, printemps, été, les fréquences suivantes : 25%, 28%, 24% et 23%.

Les causes principales de décès sur cette période étaient les morts violentes (29%), les cancers (21%), les maladies cardio-vasculaires (14%), les troubles du comportement et de la santé mentale (10%), les maladies du système digestif (8%), les maladies du système respiratoires (3%), les maladies du système nerveux (3%), les maladies infectieuses ou parasitaires (2%) et 5% des causes de décès étaient mal définies ou inconnues. Ce travail indiquait que, bien que la proportion des décès liés au froid soit 6,4 fois plus élevée qu'en population générale, elle n'était que de 4%. De même, la proportion de décès liés à l'alcool était de 21% mais n'était pas beaucoup plus élevée qu'en population générale (1,7 fois).

Cette première étude avait permis des premières données, au niveau national, sur la mortalité des personnes sans domicile. Etant donné l'évolution rapide du profil de cette population, il serait nécessaire de réaliser cette étude en routine afin de suivre les tendances de la mortalité des personnes sans-domicile (indicateur de l'état de santé d'une population).

IV. La santé et le recours aux soins des femmes sans-domicile

En l'absence de données issues d'enquêtes épidémiologiques sur les femmes sans-domicile vivant en famille, nous présentons dans la section suivante quelques données sur les femmes sans-domicile qui ont participé aux enquêtes SD (Sans Domicile) 2001¹¹ et 2012 (sans pouvoir savoir si ces femmes vivaient en famille ou non).

1. Etat de santé

L'enquête SD 2001¹² indiquait que la perception de l'état de santé, qui se dégrade avec l'âge en population générale, ne suit pas la même évolution chez les femmes sans logement : elle est mauvaise autant chez les jeunes que chez les plus âgées (3% dans la population avec un logement personnel vs. 16% chez les sans-domicile) (La Rochere (de) 2005)¹³. Dans l'enquête SD 2012, les femmes de l'agglomération parisienne sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé (23% contre 18 % des hommes) (Pierre-Marie et Roger 2014). En province, l'écart est encore plus important dans les agglomérations (35 % contre 17 %).

En 2001, quelle que soit la maladie considérée, sa prévalence était toujours plus importante chez les personnes sans-domicile qu'en population ayant un logement. Chez les femmes, les maladies les plus fréquentes retrouvées chez les usagères de services d'hébergement étaient les migraines (30% contre 7% en population générale), les maladies respiratoires (14% contre 5% en population générale), les désordres alimentaires (11% contre <2% en population générale) et les maladies du système digestif (10% contre 2% en population générale).

¹¹ Dans la publication de *La Rochère* qui présente quelques résultats de SD 2001, ceux-ci sont comparés aux résultats de l'enquête EPCV (enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages) menée en mai 2001. Ainsi dans cette partie quand on parle de « population générale » on parle de la population ayant participé à l'enquête EPCV.

¹² Les résultats des études réalisées en France (enquêtes Insee SD 2001, 2012) sont rapportés uniquement pour les femmes ici étant donné que notre population d'étude se centrera sur les femmes.

¹³ Les résultats de l'enquête SD 2001 sont issus de la publication : La Rochere (de) B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. In: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm (Questions en Santé publique); 2005, pp. 105-116.

Les données de l'enquête 2012 indiquent que les femmes sans-domicile de l'agglomération parisienne consomment moins d'alcool que les hommes (26% contre 47%).

2. Recours aux soins et couverture maladie

Durant l'année 2000, 93% des femmes sans-domicile ont consulté un médecin (contre 92% en population générale), 26% sont allées à l'hôpital (hors accouchement) (contre 11% en population générale), 36% portaient des lunettes ou des lentilles (contre 51% en population générale), 31% auraient dû porter des lunettes ou des lentilles mais n'en avaient pas (contre 13% en population générale) (La Rochere (de) 2005). En 2001 comme en 2012, le recours à l'hospitalisation était plus fréquent pour les femmes que chez les hommes ; en revanche les hommes avaient davantage recours pour des troubles psychiques, des tentatives de suicide ou des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (Pierre-Marie et Roger 2014).

En janvier 2001, 12% des personnes sans-domicile n'avaient pas de carte de sécurité sociale et 52% bénéficiaient de la Couverture maladie universelle de base (CMU) ou de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) (La Rochere (de) 2005). La Direction de la Recherche, des Etudes, l'Evaluation et des Statistiques (Drees) indiquait qu'au 31 mars 2001, la CMU de base couvrait 2% de la population Française et que la CMU-c en couvrait 8,7% (Boisguérin 2001).

En 2012, les hommes sans-domicile sont moins bien couverts que les femmes : 23% n'ont pas de couverture contre 10 % chez les femmes.

Objectifs

Face à la l'absence de données sur l'état de santé et le recours aux soins des femmes sans-domicile accompagnées d'enfant, population croissante depuis une décennie, et face aux résultats inquiétants des études nord-américaines à ce sujet, ce travail répond à quatre problématiques : quel est l'état de santé des femmes sans-domicile vivant en famille ? Quelle est la prévalence de non-recours aux soins, en particulier en ce qui concerne les soins de prévention médicalisée comme les dépistages des cancers féminins ? Quelle est leur prévalence du renoncement aux soins ? Quels sont les facteurs liés à leur situation sociale et à leurs conditions de vie qui impactent leur recours aux soins, et en particulier au dépistage ?

La première partie de la thèse décrit les caractéristiques socio-démographiques de cette population, ainsi que quelques indicateurs sanitaires et de recours aux soins qui seront comparés à ceux de la population générale francilienne (à partir de la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales)) lorsque les données le permettent.

La deuxième partie de la thèse s'est intéressée au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Nous avons estimé la prévalence de l'absence de dépistage et identifié les facteurs associés à la non-réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'analyse a été réalisée avec une régression de Poisson à variance robuste, en s'appuyant sur un cadre conceptuel pour la sélection des variables (The Behavioral Model for Vulnerable Population).

La troisième partie décrit la prévalence du renoncement aux soins dans cette population et étudie les relations entre le renoncement aux soins, la santé perçue et certains facteurs sociaux à l'aide de modèles à équations structurelles.

Matériel

Les travaux de cette thèse s'appuient sur les données de l'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement personnel) menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris en 2013 ainsi que sur un ensemble d'entretiens semi-directifs que j'ai réalisé a posteriori en 2014 avec quelques femmes qui avaient participé à ENFAMS.

I. ENFAMS

1. Origine du projet ENFAMS

L'Observatoire du Samusocial a conduit dès 2011 un projet interdisciplinaire de recherche-action sur les enfants et les familles sans-logement en Île-de-France (Observatoire du Samusocial 2014). Le projet ENFAMS comprend une série de travaux, d'enquêtes par observation et d'entretiens sur le parcours et les conditions de vie de ces familles, qui ont alimenté la conception de l'enquête quantitative (Guyavarch et Le Méner 2010; Le Méner 2013a, 2013b; Le Méner et Oppenheim 2013b). Ces différents volets ont été financés par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS), le Cancéropôle Ile-de-France, la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), la Fondation de France, la Fondation Macif, la Fondation Sanofi Espoir, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (devenu Santé Publique France), le Ministère de l'Intérieur, l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), l'Institut de Recherche En Santé Publique (IReSP), Procter et Gamble, l'Unicef et State Street.

Le soutien du Cancéropôle Ile-de-France a porté sur une partie de l'enquête quantitative, précisément sur la partie des dépistages des cancers féminins (cancer du sein et cancer du col de l'utérus). L'étude quantitative a reçu l'avis éthique favorable du CPP¹⁴ (Ref 2012 02 06, 22/08/2012), l'avis favorable du CCTIRS¹⁵ (n°12.471, 17/09/2012) ainsi que l'autorisation de la CNIL¹⁶ (n°DR-2013-147) en mars 2013.

L'enquête quantitative menée auprès des familles pendant l'hiver 2012-2013 a été construite sur la base de plusieurs disciplines (épidémiologie, démographie, géographie

¹⁴ CPP : Comité de Protection des Personnes.

¹⁵ CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé.

¹⁶ CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

de la santé et sciences sociales). Sa méthode et son déroulement ont été développés en détail dans un rapport (Observatoire du Samusocial 2014) et dans un article princeps (Vandentorren et al. 2016). Destinée à améliorer l'état de la connaissance sur ces familles, les objectifs de l'étude quantitative étaient les suivants :

- Estimer le nombre de familles sans-domicile en Île-de-France ;
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et l'état sanitaire des parents et des enfants ;
- Analyser l'impact de l'absence de logement sur la santé et sur le recours aux soins
- Emettre des recommandations et mettre en place des actions de prévention en identifiant les leviers et les freins dans le parcours de prise en charge de ces personnes.

2. Population enquêtée dans l'étude quantitative

La population enquêtée était composée de familles (un (ou des) parent(s) accompagné(s) d'au moins un enfant de moins de 13 ans), hébergées en Ile de France. Quatre types de structures ont été choisis : les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU), les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), et les hôtels sociaux (description dans l'Encadré 1). L'absence ou la perte de logement renvoie à une multitude de situations difficile à couvrir dans leur ensemble. Le champ d'enquête ne couvrait donc pas les familles non hébergées par les pouvoirs publics, ou hébergées par les centres maternels. Les centres maternels n'ont pas été investigués, puisque les femmes vivant en centre maternel étaient différentes des femmes ayant recours à une structure d'hébergement dans la mesure où les centres maternels étaient avant tout une réponse aux difficultés familiales plutôt qu'à l'absence de logement.

Encadré 1. Présentations des quatre types de structures enquêtées dans ENFAMS (CHU, CHRS, CADA, hôtel social) issue du document de l'organisme APUR (Atelier parisien d'urbanisme).

« Les structures d'hébergement et de logement temporaire à Paris en décembre 2009 ».

« Les CHU assurent l'hébergement temporaire de personnes ou familles sans-abri ; éventuellement de les aider dans leurs démarches d'accès aux droits et de recherche d'un logement ou d'une structure d'insertion adaptée. Il n'y a pas de conditions réglementaires de ressources. Il s'agit d'un accueil « inconditionnel », c'est-à-dire sans condition de régularité du séjour. Conformément à l'article 4 de la loi DALO, le séjour dure aussi longtemps qu'une solution durable n'est pas proposée à la personne ou la famille, sauf si elle ne le souhaite pas ou enfreint le règlement intérieur du centre d'hébergement. Les CHU ne relèvent pas d'un statut particulier et le parc de places CHU est varié, du dortoir à la chambre individuelle, voire au logement banalisé dans le diffus.

« Les CHRS sont des établissements sociaux relevant du Code de l'action sociale et des familles, habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Une convention précise notamment les catégories de personnes accueillies et la nature des actions conduites en leur faveur. Le public accueilli est constitué de personnes isolées ou familles, connaissant de graves difficultés d'ordre économique et social. Certains CHRS sont spécialisés dans l'accueil d'un public spécifique ou prioritaire (exemples : femmes victimes de violences, personnes sous-main de justice...). L'admission dans la structure est faite pour une durée déterminée et renouvelable : la situation de la personne accueillie doit faire l'objet d'un bilan tous les six mois. L'objectif est que la personne ou la famille accède le plus rapidement possible à une insertion durable en milieu ordinaire ou adapté (logement, emploi...). Le parc est constitué de chambres individuelles ou à plusieurs ou dans certains cas, de logements éclatés, regroupés ou mixtes. »

« Les CADA visent à assurer l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier par l'OPFRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) et la Cour nationale du droit d'asile. [...] Ce sont des établissements sociaux relevant du Code de l'action sociale et des familles, avec un statut distinct de celui du CHRS. Le centre peut-être une structure collective et/ou être constitué de logement diffus. »

« Les hôtels meublés sont des hôtels non homologués par le ministère du tourisme qui proposent des chambres louées au mois ou à la journée. Cet habitat de basse qualité mais meublée et accessible est progressivement devenu le refuge de personnes isolées ou de familles à revenus faibles ou irréguliers. »

Source : (APUR 2010)

Un des critères d'inclusion de l'enquête ENFAMS était la langue parlée. Les questionnaires étaient disponibles en 9 langues (qui représentaient 90,8% des questionnaires passés) : le français, le russe, l'anglais, le roumain, l'arabe, l'arménien, le bulgare, le tamoul et le mongol (Tableau 1). La passation a pu avoir lieu dans d'autres langues, à l'aide d'une traduction orale : en bambara, soninké, lingala, wolof. De façon plus anecdotique et au besoin, les entretiens ont pu avoir lieu en espagnol, italien, portugais, et serbe. Le choix de ces langues a été fait en fonction des langues les plus sollicitées par les personnes ayant recours à l'OFPPRA, et du 115 de Paris, respectivement en 2011 et 2012.

Tableau 1 – Langues de passation de l'enquête ENFAMS

Langue	Nombre d'entretiens	Part des entretiens réalisés
<i>Questionnaire traduits à l'écrit</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%
<i>Total</i>	<i>725</i>	<i>90,8%</i>
<i>Questionnaire non traduits à l'écrit</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%
<i>Total</i>	<i>76</i>	<i>9,2%</i>

Pour résumer, la population que nous étudierons dans cette thèse sera constituée de femmes majeures, accompagnées d'au moins un enfant de moins de 13 ans, hébergées dans un CHU, CHRS, CADA ou en hôtel social en Île-de-France, et parlant une des 17 langues proposées. Notons que pour faire référence à notre population d'étude, nous

considérerons comme équivalentes les appellations suivantes : «les personnes sans chez-soi », «les personnes sans logement personnel », « les personnes sans-domicile » (Girard et al. 2009).

3. Plan de sondage

Le plan de sondage est décrit en détail dans le rapport ENFAMS (Observatoire du Samusocial 2014). L'échantillonnage a été réalisé avec un plan de sondage indirect à trois degrés (tirage au sort de structures d'hébergement, des familles dans les structures, et d'un enfant de moins de 13 ans par famille) (Ardilly et Le Blanc 2001; Leon et al. 2015). A chaque degré les probabilités d'inclusion étaient calculées. Le produit de ces trois probabilités a donné la probabilité finale de tirage d'un individu.

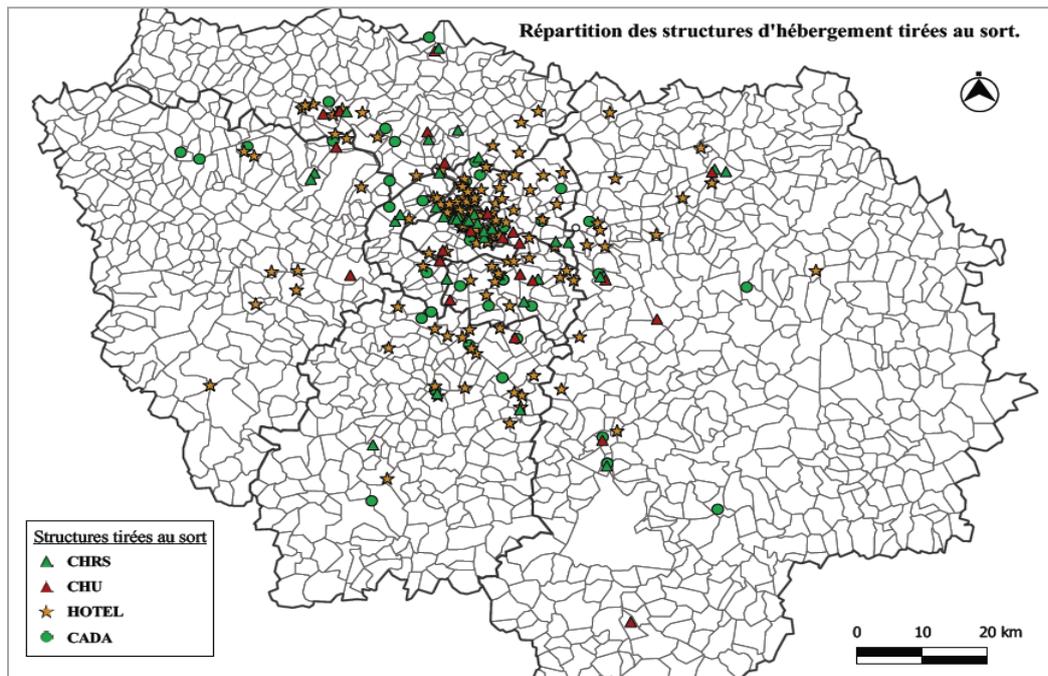
Au 1er degré, les services d'hébergement ont été tirés proportionnellement à leur taille, en stratifiant selon le type de service d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, hôtel) et leur distance entre la gare et le centre-ville et la zone de transport francilienne de l'hébergement (reflétant la distance à Paris)¹⁷. Une base de sondage des établissements accueillant ces familles a été créée à partir de différentes sources de données régionales telles que la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), les Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), les 115, le Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière (PHRH), les conseils généraux et le ministère de l'intérieur.

La carte de la répartition des structures d'hébergement tirées au sort dans l'enquête montre que la majorité étaient des hôtels sociaux, avec une concentration de l'ensemble des structures à l'Est et au Nord de Paris, et à l'Ouest de la région parisienne (Figure 3). La base de sondage des établissements recensait 796 services dans la région parisienne. Les hôtels sociaux représentaient 73% des services, les CHRS 16%, les CHU 6% et les

¹⁷ Le tirage a été stratifié en raison de deux hypothèses. La première hypothèse repose sur le fait que le type de population hébergée, la prise en charge et l'équipement diffèrent selon le type de structure mais ne diffèrent pas entre les structures de même type d'hébergement. La seconde hypothèse est géographique et part du principe que le recours aux soins, l'accessibilité aux structures de suivi social et à l'emploi des familles dépend de la localisation du lieu d'hébergement des familles.

CADA 5%¹⁸. Parmi les 796 services éligibles, 251 ont été échantillonnés, 237 ont été contactés et 193 ont participé. Ainsi, le taux de participation des structures était de 81%. La participation des hôtels sociaux était plus importante (89%) que celle des CHRS (64%).

Figure 3 – Répartition des structures d'hébergement tirées au sort dans ENFAMS, 2013.



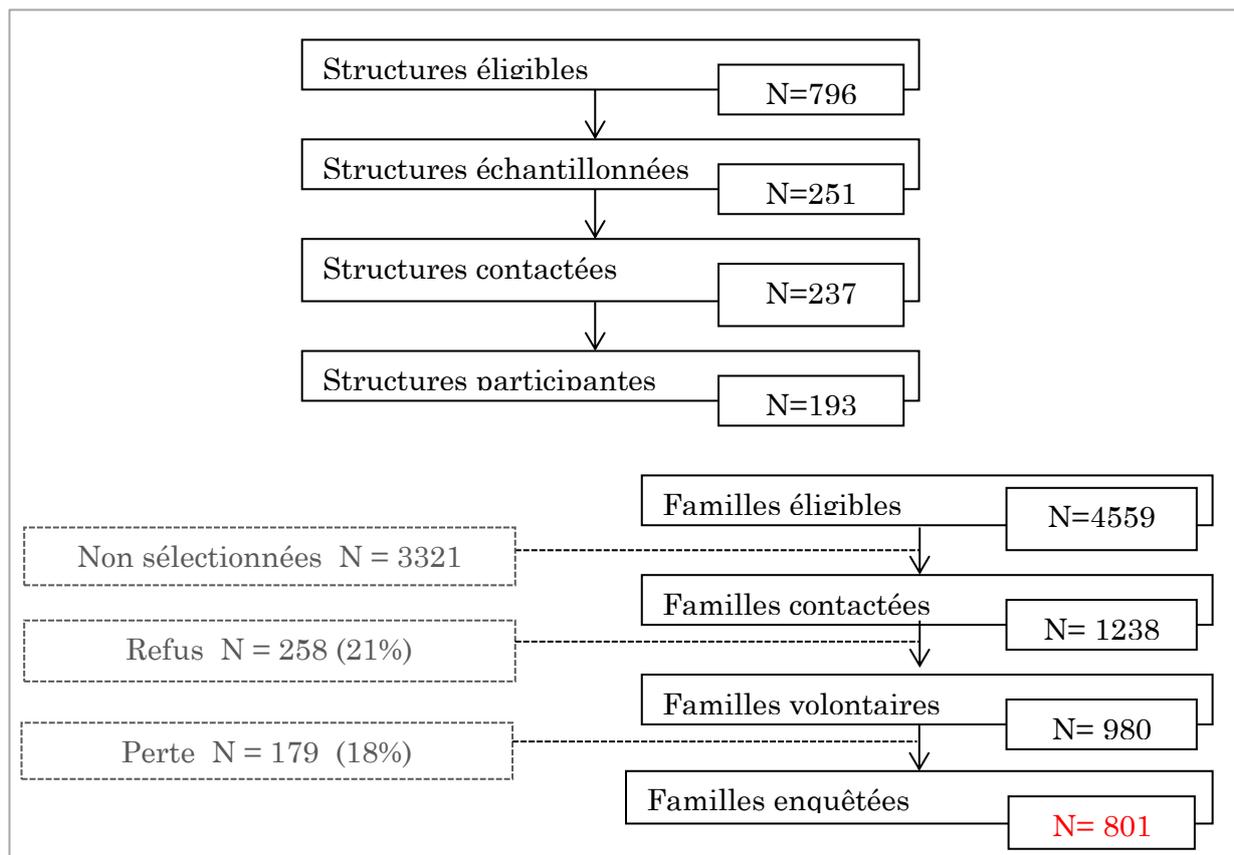
Note : source : (Observatoire du Samusocial 2014).

Au 2ème degré, les familles ont été sélectionnées selon un tirage aléatoire simple et, au 3ème degré, un des enfants a été tiré au sort.

Sur 4559 familles éligibles hébergées dans les structures tirées au sort, 1234 ont été contactées (tirées au sort), 980 ont accepté, et 801 ont pu finalement être interrogées (Figure 4)

¹⁸ Il faut prendre en compte que dans le plan de sondage, les hôtels ont été sous-représentés, les CHU, et les CHU ont été surreprésentés, et les CADA ont tous été interrogés.

Figure 4 – Flow Chart de l'enquête ENFAMS



Note : source (Observatoire du Samusocial 2014).

Les raisons de non-participation les plus fréquentes étaient le manque d'intérêt (18%), le manque de temps (17%), le fait de ne pas avoir l'accord de l'autre parent (11%). Un tiers des raisons étaient inconnues et 7% des familles ont refusé tout contact (Tableau 2). D'autres raisons ont été évoquées comme le fait qu'elles se considéraient en bonne santé (5%), les conditions contraignantes de l'enquête (4%).

Les non-participants étaient plus jeunes (33 ans en moyenne contre 38 ans pour les participants) (Vandentorren et al. 2016). La proportion d'hommes était plus importante parmi les non-participants (15,3%) que chez les participants (4,6%). Les non-participants étaient plus nombreux à avoir plus que deux enfants à leur charge (31,7%) que les participants (23,1%).

Parmi les 980 familles qui avaient été contactées, 179 ont été « perdues » car, soit elles étaient injoignables par téléphone, soit elles étaient devenues inéligibles (en étant hébergées hors de l'Île-de-France ou en intégrant un logement personnel).

Tableau 2 – Les raisons évoquées par les familles de refus de participation à l'enquête ENFAMS (source : (Observatoire du Samusocial 2014)).

	<i>Répartition</i>
Inconnue	29%
Ne voit pas l'intérêt	18%
N'a pas le temps	17%
N'a pas l'accord de l'autre parent	11%
Refuse tout contact	7%
Tout va bien : ils sont en bonne santé	5%
Conditions de l'enquête (durée longue, trop de rendez-vous...)	4%
N'est pas prête à parler	4%
A trop de rendez-vous médicaux	3%
Ne veut pas faire des prélèvements	3%
Impossible de se comprendre	2%
Suit les conseils de l'assistante sociale	2%
N'a pas l'accord de l'enfant	1%
Nombre total de familles concernées (n)	258

Source : enquête ENFAMS 2013

4. Recueil de données

L'enquête auprès des familles s'est déroulée en trois phases. Dans un premier temps, un enquêteur se rendait au sein des structures d'hébergement tirées au sort, présentait l'étude au gérant de la structure, établissait la liste des familles et la langue parlée pour réaliser *in situ* un tirage au sort des familles à interroger. Les familles étaient alors contactées de visu, ce jour-là, et si elles acceptaient de participer, elles recevaient une lettre d'information traduite dans leur langue et elles fixaient une date d'entretien avec l'enquêteur.

Dans un deuxième temps, l'entretien se déroulait par questionnaire en face-à-face avec un binôme constitué d'un enquêteur et d'un psychologue bilingue dans une des 17 langues proposées. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire auprès des adultes¹⁹. Dans une troisième phase, une infirmière se rendait auprès de chaque famille enquêtée afin de collecter des informations du carnet de santé de l'enfant (notamment croissance et calendrier vaccinal). Elles réalisaient également des mesures

¹⁹ Une autre partie de l'enquête, auprès des enfants, repose également sur un questionnaire auprès du parent et de l'enfant quand celui-ci était en âge d'être scolarisé.

anthropométriques et des prélèvements biologiques : mesures anthropométriques de l'enfant et de la mère, tension artérielle de la mère, mesure de l'anémie chez l'enfant et la mère (via un hémoglobinomètre à partir d'une goutte de sang), et dosage métaux neurotoxiques (plomb, mercure, cadmium, sélénium et arsenic) de l'enfant de moins de 6 ans (recueil d'une mèche de cheveux).

Le questionnaire adulte était divisé en 12 parties comme suit : caractéristiques sociodémographiques de la personne, trajectoire migratoire, parcours résidentiel, situation professionnelle et ressources, caractéristiques de la famille et des enfants vivant ou non au domicile, santé générale et addictions, accès et recours aux soins, santé mentale et événements de vie difficiles, réseau de sociabilité et loisirs, logement et quartier de résidence, mobilité quotidienne et alimentation du ménage.

Les principaux indicateurs ont été mesurés à l'aide d'outils reconnus dans la littérature. La santé perçue a été évaluée à partir du Health Perceptions Questionnaire (McDowell 2006). L'insécurité alimentaire²⁰ a été mesurée à l'aide du questionnaire HFSSM (Household Food Security Survey Measure) (Radimer et Radimer 2002). La dépression a été mesurée à partir du CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Patten 1997; Kessler et Ustün 2004), et l'état de stress post-traumatique (EPST) à l'aide du MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan et al. 1998). L'obésité a été mesurée à partir des mesures anthropométriques et l'anémie grâce à l'analyseur HemoCue® Hb 201+.

Encadré 2 : *Dans le cadre de cette thèse, j'ai eu l'occasion d'assister à quelques pré-visites (lorsque les enquêteurs se rendaient au sein des structures échantillonnées, afin de procéder à la sélection aléatoire des familles présentes dans la structure, de contacter les familles échantillonnées et de prendre rendez-vous avec elles si elles acceptaient). J'ai participé à la saisie des questionnaires (adultes, enfants, et infirmières). J'ai effectué le nettoyage de l'ensemble des questionnaires avec Carme Caum (statisticienne de l'Observatoire de SamuSocial) et Mathilde Roze (stagiaire de master 2 dans l'équipe ERES).*

²⁰ L'insécurité alimentaire est définie comme « une disponibilité limitée ou incertaine d'aliments adéquats nutritionnellement et sûrs, ou une capacité limitée ou incertaine pour acquérir des aliments appropriés par des moyens socialement acceptables ». (Inserm 2014)

II. La cohorte SIRS

Afin de pouvoir comparer les caractéristiques, l'état de santé et le recours aux soins des femmes sans domicile à ceux de la population générale, nous avons utilisé les données issues de l'enquête SIRS de 2010.

1. Origines de la cohorte

La cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) est la première cohorte représentative de la population générale francophone visant à étudier les interrelations entre les situations sociales des individus (individuelles et contextuelles) et leurs états et comportements de santé, ainsi que leurs stratégies et utilisation du système de soins. Elle a déjà été largement décrite dans plusieurs publications (Parizot et al. 2004; Chauvin et Parizot 2009). C'est la première cohorte française dans le champ de l'épidémiologie sociale visant à étudier ce qui détermine les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Trois vagues d'enquêtes ont lieu depuis 2005, dont la dernière en a été réalisée en 2010.

2. Population enquêtée

Les critères d'inclusion dans la cohorte étaient d'être une personne majeure vivant en logement ordinaire à Paris et dans la première couronne de départements franciliens (92, 93 et 94) en 2005. A chaque vague d'enquête, les personnes perdues de vue sont remplacées par des nouvelles personnes (par tirage au sort). Les critères d'exclusion étaient d'avoir un état de santé ne permettant pas de répondre à l'enquête et le fait de ne pas parler français.

3. Plan de sondage

Le plan d'échantillonnage de la cohorte SIRS comporte trois degrés. Au premier niveau, 50 IRIS (Îlots Regroupés pour l'Information Statistique) ont été tirés au sort (sur les 2595 IRIS de Paris et sa première couronne). Afin de surreprésenter les quartiers en difficulté, une double stratification a été conduite : d'une part selon la typologie socioprofessionnelle de l'espace francilien, élaborée par Edmond Préteceille ; d'autre part

selon l'appartenance ou non à une « Zone Urbaine Sensible » (ZUS) – donnant 3 strates : ZUS, ouvrier non ZUS, et moyen et supérieur non ZUS. Au second niveau, 60 logements ont été tirés au sort dans chaque IRIS. Au troisième niveau, un individu adulte par ménage a été sélectionné par la méthode de la date anniversaire et interrogé à son domicile.

Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29%. En 2010, 47% des adultes inclus en 2005 ont pu être réinterrogés (2,6% étaient décédés, 1,8% trop malades pour participer, 13,9% avaient déménagé en dehors des IRIS sélectionnés, 2,7% étaient absents à la période d'enquête, 18,4% ont refusé de répondre et 13,4% ont été perdus de vue). Leur sexe ratio et leur âge moyen étaient identiques à ceux des non réinterrogés. Les perdus de vue étaient sensiblement plus jeunes et plus aisés que les autres mais le type de leur IRIS de résidence et leur état de santé n'étaient pas différents. Au contraire, les absents au moment de l'enquête étaient, eux, d'un statut socioéconomique plus bas et plus souvent des immigrés. Les personnes incluses en 2005 non réinterrogées en 2010 ont donc été remplacées par tirage au sort selon une méthode identique au sein des 50 IRIS de la cohorte, afin d'obtenir un effectif final de 60 adultes interrogés par IRIS. Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29% (Martin-Fernandez et al. 2013). L'échantillon final, qui comprend 3006 adultes, a été redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le recensement de la population de 2006.

4. Recueil de données

En 2010, 3006 individus ont été interrogés en face à face, à domicile, à partir de questionnaires nominatifs détaillés. Les questionnaires de cette vague comportaient plus de 400 variables renseignant les dimensions suivantes : le statut socioéconomique, les conditions de vie, l'insertion, les ruptures sociales et événements biographiques, le rapport au quartier de résidence, l'histoire migratoire et l'origine sociale, le capital psychologique, la santé ressentie, les maladies chroniques, la santé mentale, la santé des femmes, les attitudes et représentations vis-à-vis de la santé et de la médecine, certains comportements liés à la santé (alcool, tabac, activité physique, habitudes alimentaires), les modalités et fréquences de recours aux soins (curatifs et préventifs, notamment le

dépistage des infections sexuellement transmissibles et des cancers) ainsi que l'utilisation de l'offre de soins et les mobilités quotidiennes (Chauvin et al. 2013).

III. Méthodes

1. Présentation des méthodes utilisées

L'ensemble des estimations (prévalences, moyennes, rapport de prévalences) de cette thèse ont été pondérées. Les estimations ont été pondérées inversement à la probabilité d'inclusion de chaque participant en accord avec le plan de sondage (Ardilly et Le Blanc 2001; Leon et al. 2015). La comparaison des prévalences et des moyennes a été réalisée à l'aide du test du chi-deux et du t-test.

Chaque partie de ce travail a fait appel à des méthodes statistiques différentes (sauf la pondération), ainsi, chaque méthode sera détaillée dans la partie correspondante.

Dans la partie 1 sur la description des conditions de vie, de l'état de santé et du recours aux soins des femmes sans logement et la comparaison à la population générale, nous avons fusionné les bases de données et leurs plans de sondage.

Dans la partie 2, nous avons identifié les facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en réalisant une régression pondérée de Poisson à variance robuste (Zou 2004) et en utilisant un modèle conceptuel (le Behavioral Model for Vulnerable Populations). Les résultats sont exprimés en rapports de prévalence (RP) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) ont été estimés.

Dans la partie 3, nous avons étudié les relations entre le renoncement aux soins et les déterminants sociaux de la santé en utilisant des modèles à équations structurelles.

2. Logiciels et packages

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel R. Les prévalences et moyennes pondérées ont été estimées en utilisant le package « survey » de R (Lumley 2016). La régression de Poisson à variance robuste a aussi été réalisé avec le package « survey ». Les modèles à équations structurelles ont été estimés avec le package « lavaan.survey » (Oberski 2016) qui combine les commandes du package « lavaan » qui permet de réaliser des équations structurelles et du package « survey » qui permet de prendre en compte le plan de sondage dans les analyses.

Partie 1 – Caractéristiques socio-démographiques, état de santé et recours aux soins des femmes sans-domicile. Comparaison aux femmes de la population générale.

I. Introduction

Les études, principalement nord-américaines, indiquent que les familles sans logement sont affectées par des problèmes de santé importants, notamment de santé mentale et d'insécurité alimentaire, sans pour autant ressembler aux individus sans-domicile fréquentant habituellement les services d'aides (Burt et Cohen 1989). Les femmes sont majoritairement à la tête de ces familles largement monoparentales. Elles sont souvent assez diplômées mais n'ont pas de travail et un réseau social assez limité, ce qui, en période de crise, les a conduits à perdre leur logement (Bassuk et al. 1986). En plus de ces facteurs contextuels, des facteurs personnels ont un rôle dans la perte de logement, en particulier l'existence de maladies mentales, et d'évènements de vie difficiles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Ces facteurs contextuels ou individuels continueraient à avoir un impact sur leur santé après la perte de logement (Hwang 2001). Les facteurs économiques jouent un rôle important dans l'absence de logement et sur la dégradation de la santé des mères sans-domicile mais ils n'expliquent pas tout. En effet, des études comparant les caractéristiques et l'état de santé des mères sans-domicile et celles des mères pauvres mais logées montrent des différences entre ces deux populations : les femmes sans-domicile ont un réseau social plus petit en moyenne et ont davantage subi des agressions physiques ou sexuelles, comparativement aux mères pauvres et logées (Bassuk et al. 1996). L'absence de logement qui entraîne une précarité plus importante, augmente le risque de développer des maladies, en particulier les maladies chroniques. La compétitivité des besoins (se nourrir, et se loger) empêche ces femmes de consulter les services de soins et augmente le risque de complications ou de développement de maladies évitables (et détectables par des moyens de dépistage). Par ailleurs, elles consultent davantage les urgences puisqu'elles tardent à consulter (Weinreb et al. 1998; Brunet et al. 2005).

Cette première partie a pour principal objectif d'étudier les différences entre les femmes sans logement et les femmes de la population générale sur leurs conditions de vie, leur état de santé et leurs recours aux soins. En effet, afin d'avoir une meilleure représentation des statistiques descriptives nous avons comparé la population enquêtée à une population de « référence » représentative de la population générale. Nous avons

choisi la cohorte SIRS pour plusieurs raisons qui seront détaillées ci-dessous dans la section « Méthodes » de cette Partie 1.

II. Matériel

1. Variables utilisées dans l'enquête ENFAMS

L'ensemble des variables utilisées dans le manuscrit sont détaillées ci-dessous :

A. *Caractéristiques sociodémographiques*

- l'âge catégorisé en 4 classes : 18-25, 25-34, 35-44 et 45 et plus.
- le pays de naissance regroupé soit en 2 catégories : « France » ou « hors de France », ou regroupé en 7 groupes de pays²¹ selon une classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « Union Européenne », « autre Europe », « Afrique sub-saharienne », « Autre Afrique », « Proche et Moyen Orient et Maghreb », « Asie », et « Amérique et Océanie ».
- le statut administratif était initialement détaillé en 13 modalités : « en possession : (1) du statut de réfugié, (2) d'un récépissé de demande de carte de séjour, (3) de documents prouvant qu'il/elle demandeur d'asile, (4) d'une carte de résident de 10 ans avec autorisation de travailler, (5) d'une carte de séjour temporaire ou tout autre titre de séjour provisoire de moins de 1 an, (6) de 3 ans, (7) de 10 ans, (8) sans titre de séjour valide/sans papier, (9) dans une situation qui le/la dispense légalement de titre de séjour, (10) citoyen français, (11) autre, (12) ne veut pas répondre, (13) ne sait pas. Ces treize modalités ont été reclassées en 3 modalités pour l'ensemble des travaux : « français » (modalité 10), « régularisé » (modalités 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9), et « non régularisé » (modalité 8).

B. *La trajectoire migratoire*

- les raisons de migrations étaient déclinées en 19 modalités : (1) pour faire des études, suivre une formation, (2) pour trouver un travail, améliorer sa situation professionnelle ou économique, (3) pour fuir la sécheresse, des inondations ou pour d'autres raisons écologiques, (4) pour échapper à l'insécurité à une guerre ou à d'autres troubles politiques, (5) pour sauver sa vie ou celle de sa famille, (6) fuir un mariage forcé, (7) protéger son enfant de l'excision, (8) pour accompagner ou rejoindre ses parents ou un membre de sa famille, (9) pour accompagner ou

²¹ La liste des pays cités dans l'enquête se trouve en annexe

rejoindre un conjoint, (10) problèmes familiaux ou conjugaux, (11) pour des raisons médicales concernant sa santé ou celle de son conjoint, (12) pour des raisons médicales concernant la santé de ses enfants, (13) pour la scolarité des enfants, (14) manque de logement dans son pays, (15) était en vacances et est restée, (16) voulait vivre en France, (17) expulsion d'un autre pays, (18) autre, (19) ne veut pas répondre. Elles ont été regroupées également en 4 grandes catégories : « fuir une menace » (regroupant les modalités 3, 4, 5, 6, 7) ; « raisons économiques » (regroupant les modalités 1 et 2) ; « raisons familiales » (regroupant les modalités 8, 9) ; « raisons médicales » (regroupant les catégories 11, 12). Cette question n'était posée qu'aux femmes nées à l'étranger.

- le temps passé en France : cumul des périodes passées en France antérieurement à la dernière date d'arrivée, additionné au délai depuis lequel l'enquêtée est en France. Nous avons catégorisé la variable en 2 modalités : « avoir passé plus ou moins d'un quart de sa vie en France ». Cette question n'était posée qu'aux femmes nées à l'étranger ; nous avons considéré que pour les femmes françaises nées en France, la réponse était « avoir passé plus d'un quart de sa vie en France ».
- les difficultés en Français (avoir une difficulté pour comprendre, ou parler, ou lire ou écrire le français) en variable dichotomique (oui/non). Cette question n'était posée qu'aux femmes nées à l'étranger ; nous avons considéré que les femmes nées en France n'avaient pas de difficulté de langage.

C. Le parcours résidentiel

- le type d'hébergement au moment de l'enquête classé en 4 catégories : « hôtel social », « CADA », « CHU », « CHRS ».
- la durée de vie sans-domicile, calculée avec la date où l'enquêtée s'est retrouvée pour la première fois à la rue, catégorisée en 2 classes : « plus ou moins 2 ans ».
- la situation de logement avant la première période d'absence de domicile en 14 modalités : (1) dans son propre logement, (2) dans le logement de son conjoint, (3) chez ses parents, (4) hébergée ou logée gratuitement ou avec une participation chez un ami, (5) de la famille, (6) un compatriote, (7) un tiers, (8) dans une chambre d'hôtel payée par elle-même, (9) dans un campement, un bidonville, (10)

dans une famille d'accueil, (11) dans un foyer d'accueil (Aide sociale à l'enfance, Protection judiciaire de la jeunesse), (12) dans un foyer de travailleurs migrants ou dans une résidence sociale, (13) elle venait d'arriver en France, (14) autres.

- le nombre moyen de déménagement par an (changement de structures ou de retour à la rue) depuis la première période d'absence de domicile, dichotomisé en « plus » ou « moins 4 par an ».
- être dans le même hébergement depuis plus d'un an en deux catégories : oui/non.

D. La situation professionnelle et les ressources

- le niveau d'études en 4 catégories : « jamais scolarisée », « enseignement primaire » (élémentaire), « enseignement secondaire » (collège, lycée) ou « enseignement supérieur » (supérieur au lycée).
- la situation professionnelle était initialement classé en 9 catégories : (1) travaille avec ou sans contrat de travail, hors petits boulots, (2) travaille en tant que bénévole, (3) ne travaille pas et recherche un emploi, (4) ne travaille pas et ne cherche pas d'emploi, (5) est retraitée, retirée des affaires, (6) est en stage, en formation professionnelle, (7) est étudiante ou encore scolarisée, (8) est en congés maternité ou parental de plus de 3 mois, (9) autre. Ces modalités ont été regroupées en 3 modalités grâce aux définitions de l'Insee : « actives occupées »²² (modalités 1, 2), « sans emploi » (modalité 3, 4), et « inactives »²³ (modalités 5, 6, 7, 8) (selon la mention précisée, la modalité « autre » a été reclassée en chômeuses ou inactives).
- avoir bénéficié au moins d'une aide sociale durant les 12 derniers mois (oui/non).

Les différents types d'aides étaient : aide au logement (APL) ; allocation adulte handicapé (AAH), allocation chômage ; allocation parent isolé (API), allocations

²² Définition des actifs occupés selon l'Insee : « La population active occupée (ou population active ayant un emploi) comprend, au sens du recensement de la population, les personnes qui déclarent être dans l'une des situations suivantes : exercer une profession (salarisée ou non), même à temps partiel ; aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ; être apprenti, stagiaire rémunéré ; être chômeur tout en exerçant une activité réduite ; être étudiant ou retraité mais occupant un emploi. ».

source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1737>

²³ Définition des « inactifs » selon l'Insee : « Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler ».

source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2018>

familiales ; revenu minimum d'insertion (RMI) / revenu de solidarité active (RSA) ou revenu minimum d'activité (RMA), pension alimentaire.

- Revenu mensuel par unité de consommation²⁴ (« au-dessus » ou « en dessous du seuil de pauvreté », soit 964€).

E. Caractéristiques de la famille

- la présence d'un conjoint/concubin en 3 modalités : « est en couple et vit avec le partenaire », « en couple mais ne vit pas avec le partenaire », « n'est pas en couple ».
- le nombre d'enfants nés.
- avoir accouché au moins une fois en France : oui/non.
- le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée, classé en 2 catégories : « au moins » ou « moins de 3 enfants » (définition de l'Insee²⁵ : « Une famille est dite nombreuse lorsqu'elle comprend trois enfants ou plus »).
- avoir au moins un enfant âgé de moins de 3 ans : oui/non.

F. Santé générale et addictions

- l'état de santé perçu (la santé générale, physique et psychologique) dont les modalités proposées pour chacune des trois variables étaient en cinq modalités : « très bon », « bon », « moyen », « mauvais », « très mauvais ». Les modalités ont été regroupées en « très bon, bon ou moyen » versus « mauvais ou très mauvais ».
- avoir eu un problème de santé important (à partir de la question posée suivante « *Au cours de votre vie, avez-vous eu un (ou plusieurs) problème(s) de santé important(s) qui vous a (ont) gêné dans votre vie quotidienne ?* ») : oui/non.
- consommation d'alcool de l'enquêtée à partir de la question « *Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?* ». Les modalités de réponses étaient initialement : (1) jamais, (2) 1 fois par mois ou moins, (3) 2 à 4

²⁴ Définition de l'unité de consommation selon l'Insee : « Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). [...] L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. »

²⁵ source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1618>

fois par mois, (4) 2 à 3 fois par semaine, (5) 4 à 6 fois par semaine, et (6) tous les jours. Nous avons regroupé ces modalités en deux catégories : « moins de 2 à 3 fois par semaine » et « plus de 3 fois par semaine ».

- le statut tabagique actuel en 2 catégories : « fume actuellement » ou « ne fume pas ».
- avoir connu au moins une période de consommation régulière de drogues : oui/non.

G. Accès et recours aux soins

- la couverture de sécurité sociale détaillée en 6 modalités : (1) la sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit), (2) la sécurité sociale de base par le biais de la CMU, (3) l'Aide médicale d'état (AME), (4) en a une mais ne sait pas laquelle, (5) en cours de demande, (6) aucune couverture. Les modalités ont été regroupées en quatre groupes : « sécurité sociale » (modalité 1), « CMU » (modalité 2), « AME » (modalité 3), « aucune couverture » (modalités 5, 6).
- avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours de l'année : oui/non
- avoir consulté un médecin pour des questions de gynécologies : oui/non.
- avoir un suivi gynécologique régulier : oui/non.
- avoir renoncé à voir un médecin ou un soin médical durant les 12 derniers mois : oui/non
- s'être fait refuser une consultation médicale à cause de la CMU ou de l'AME.
- avoir été moins bien reçu que les autres patients par le médecin ou le personnel médical : oui/non.
- les raisons perçues par l'enquêtée d'avoir été moins bien reçue que les autres patients par le médecin ou le personnel médical en 7 modalités : (1) le fait d'être un homme ou une femme, (2) l'état de santé ou un handicap, (3) la couleur de peau, (4) les origines ou la nationalité, (5) la façon de s'habiller, (6) l'âge, (7) la couverture maladie (le fait de ne pas en avoir ou d'avoir la CMU ou l'AME), (8) des problèmes de langues ou de communication.

H. Santé mentale et évènements de vie difficiles

- avoir été en dépression pendant les 12 derniers mois : oui/non. Cette variable a été mesurée à partir des réponses au questionnaire du CIDI (Kessler et Ustün 2004).
- avoir déjà pensé au suicide : oui/non.
- avoir déjà fait une tentative de suicide : oui/non.
- avoir vécu un événement violent : oui/non. La question posée était : « *avez-vous vécu à un moment donné de votre vie un évènement terrible, effrayant, horrible qui vous a occasionné des problèmes comme : des souvenirs ou des rêves bouleversants, le sentiment d'être détachée des autres, des problèmes de sommeil ou de concentration, ou bien une nervosité excessive ?* »).
- avoir connu dans sa vie un épisode de stress post-traumatique (mesuré à partir du MINI (Sheehan et al. 1998)) : oui/non.
- avoir connu un épisode de stress post-traumatique dans les douze derniers mois (mesuré à partir du MINI (Sheehan et al. 1998)) : oui/non.
- avoir subi dans sa vie une agression physique ou sexuelle : oui/non.
- être excisée : oui/non.

I. Réseau de sociabilité et loisirs

- la fréquence de contact avec les amis, la famille, par téléphone ou par sms, internet ou mail : « au moins un contact tous les trois jours »/ « aucun ». Cette variable a été calculée à partir de la question suivante : « *Au cours des douze derniers mois, à quel rythme avez-vous communiqué par téléphone, texto, internet, courrier etc. avec les membres de votre famille ou des amis, ne résidant pas avec vous ?* » Cette variable était posée pour les contacts avec (1) le père, (2) la mère, (3) une personne qui a joué le rôle de parent dans l'enfance de l'enquêtée, (4) un des frères et sœurs et (5) avec d'autres membres de la famille. Les modalités de réponse étaient (1) chaque jour, (2) une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour), (3) plusieurs fois par mois, (4) une fois par mois, (5) au moins une fois par mois (mais moins d'une fois par mois), (6) jamais, (7) sans objet, décédé, inconnu, pas de frère, ou de sœur, pas d'ami. Nous avons attribué à chacune de

ces modalités un nombre de contacts, puis nous avons totalisé le nombre de contacts pour douze mois pour les différents types de contacts (avec le père, la mère etc...) et nous avons divisé par 122 (365 divisé par 3), pour obtenir le nombre de contact moyen sur 3 jours.

- la présence de membres de la famille (en dehors du ménage) en Ile-de-France : oui/non.
- s'être confiée à au moins une personne en dehors du conjoint et des enfants durant les douze derniers mois : oui/non.
- avoir été invitée par des amis ou de la famille pour une fête ou une cérémonie familiale : oui/non.
- aller au café, au restaurant, en 2 catégories : oui/non.
- faire du sport, en 2 catégories : oui/non.
- faire une activité culturelle, en 2 catégories : oui/non.
- se promener, en 2 catégories : oui/non.
- se rendre dans un lieu de culte, en 2 catégories : oui/non.

J. Le quartier de résidence

- Satisfaction de la disponibilité des transports publics dans le quartier de l'hébergement de l'enquêtée à partir de la question : « *à propos du quartier où se situe votre hôtel/centre/appartement, êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes : les transports en commun sont satisfaisants ?* ». Les modalités étaient « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord », « ne sait pas ».
- Satisfaction de l'offre de soins dans le quartier de l'hébergement de l'enquêtée à partir de la question : « *à propos du quartier où se situe votre hôtel/centre/appartement, êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes : l'offre de soins (médecins, pharmacies...) est satisfaisante ?* ». Les modalités étaient « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord », « ne sait pas ».

K. La mobilité quotidienne

- la disposition propre d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé : oui/non

- les difficultés dans les transports en commun à partir de la question « *Eprouvez-vous des difficultés à vous déplacer en transport en commun ?* » : oui/non
- avoir quitté la région parisienne durant plus d'une journée durant les douze derniers mois : oui/non

L. L'alimentation du ménage

- l'insécurité alimentaire (oui/non) était mesurée à partir de la version française du Household Food Security Module questionnaire (Radimer et Radimer 2002; Martin-Fernandez et al. 2013).

1.1. Mesures anthropométriques :

- l'IMC (Indice de Masse Corporelle) était mesuré à partir du poids, et classé en 4 catégories : « maigre », « normal », « surpoids », « obésité ». Selon les normes internationales par l'OMS, la maigreur est définie pour des valeurs de l'IMC inférieures à 18,5 kg/m² ; le surpoids par des valeurs supérieures ou égales à 25 kg/m² mais inférieures à 30 kg/m² ; l'obésité par des valeurs supérieures ou égales à 30 kg/m² (WHO 2006).

1.2. Prélèvements biologiques :

- l'anémie mesurée était à partir des prélèvements sanguins : « anémiée », « non anémiée ». La carence en fer est mesurée de façon fiable par le dosage du taux d'hémoglobine à partir d'une goutte de sang capillaire, avec l'analyseur HemoCue® Hb 201+. L'anémie apparaît quand la teneur du sang en hémoglobine est anormalement faible et la concentration en hémoglobine donne des informations sur la gravité de la carence en fer (OMS 2011). L'anémie est ainsi classée en quatre niveaux : pas d'anémie, anémie légère, anémie modérée, anémie sévère. Chez la femme de plus de 15 ans on considère qu'il n'y a pas d'anémie lorsque la concentration en hémoglobine est inférieure à 120g/l, qu'elle est légère entre 119g/l et 110g/l, qu'elle est modérée entre 109g/l et 80g/l et qu'elle est sévère en dessous de 80g/l. Chez la femme enceinte, les seuils sont différents : on considère qu'il n'y a pas d'anémie lorsque la concentration est supérieure à

110g/l, qu'elle est légère entre 109g/l et 100g/l, qu'elle est modérée entre 99g/l et 70g/l et qu'elle est sévère en dessous de 70g/l.

2. Variables utilisées dans l'enquête SIRS

Les variables dans l'enquête SIRS utilisées dans cette étude étaient celles qui étaient communes à celles de l'enquête ENFAMS. Les modalités des variables dans l'enquête SIRS ont donc été recodées de manière à être les mêmes que celles d'ENFAMS.

- les caractéristiques socio-démographiques : l'âge (moyenne et tranches d'âge), le pays de naissance, le statut administratif.
- la situation professionnelle et les ressources : le niveau d'études, le statut professionnel, le revenu par UC, avoir bénéficié au moins d'une aide sociale durant les douze derniers mois.
- la présence d'un conjoint/concubin, le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée, le nombre d'enfants nés.
- la santé générale et les addictions : l'état de santé générale, physique et psychologique, le statut tabagique actuel, avoir connu une période de consommation excessive d'alcool, avoir connu au moins une période de consommation régulière de drogues.
- la couverture maladie et le recours aux soins : le type de couverture maladie, avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours de l'année, avoir consulté un médecin pour des questions de gynécologies, avoir un suivi gynécologique régulier, avoir renoncé à voir un médecin ou un soin médical durant les 12 derniers mois.
- la santé mentale et événements de vie difficiles : avoir été en dépression pendant les 2 dernières semaines (oui/non). Cette variable a été mesurée à partir des réponses au questionnaire du CIDI (Kessler et Ustün 2004) comme dans l'enquête ENFAMS mais dans celle-ci le CIDI avait été posé sur deux semaines durant les douze derniers mois contrairement à l'enquête SIRS qui s'intéresse aux deux semaines précédant l'enquête, avoir déjà fait une tentative de suicide, avoir subi dans sa vie une agression physique ou sexuelle.

- le réseau de sociabilité et loisirs : la fréquence de contact avec les amis, la famille, par téléphone ou par sms, internet ou mail : « au moins un contact tous les trois jours »/ « aucun », aller au café, au restaurant, se promener, en 2 catégories : oui/non.
- la santé nutritionnelle : l'insécurité alimentaire (oui/non) mesurée comme dans ENFAMS à partir de la version française du Household Food Security Module questionnaire (Radimer et Radimer 2002; Martin-Fernandez et al. 2013) et l'IMC.

III. Méthodes

1. Compatibilité des enquêtes ENFAMS et SIRS

Nous avons choisi de comparer l'état de santé et le recours aux soins des femmes enquêtées dans ENFAMS à celle de la cohorte SIRS pour plusieurs raisons. La première c'est que lors de l'élaboration du questionnaire d'ENFAMS, les chercheurs ont repris certaines parties du questionnaire de SIRS dans cette idée précisément de comparer les personnes d'ENFAMS à une population de « référence ». Ainsi, les enquêtes ont des questions communes (avec les mêmes modalités de réponses). De plus, elles ont été conduites sur une zone géographique similaire (Ile-de-France pour ENFAMS, et Paris et sa petite couronne pour SIRS) et ont été menées qu'à seulement 3 ans d'intervalle. Dans cette partie lorsque nous ferons référence à la population générale, nous ferons donc référence à la population enquêtée par SIRS. L'étude portera ainsi sur 764 femmes sans-domicile (ENFAMS) et sur 1819 femmes en population générale (SIRS).

2. Fusion des bases et des plans de sondage

Afin de comparer statistiquement les prévalences et moyennes de deux bases différentes, il faut qu'il y ait bien sûr des variables qui soient comparables (en terme de formulation de questions et de modalités de réponse) et que les plans de sondage puissent être fusionnés – c'est-à-dire que l'échantillonnage doit contenir le même nombre de degrés d'échantillonnage et de stratification (Korn et Graubard 1999).

Les variables qui étaient communes aux deux bases ont donc été recodées de manière à avoir le même nombre de modalités lorsque ce n'était pas le cas.

Les transformations pour le plan de sondage ont été les suivantes : les identifiants (structures et individus) devaient être bien distincts dans les deux bases, la variable de stratification devait également avoir des modalités différentes dans les deux bases.

Nous avons choisi de ne pas harmoniser les poids des deux échantillons car les populations ne sont pas égales. L'harmonisation des poids de sondage est en effet nécessaire lorsque les tailles des populations à comparer sont équivalentes (Korn et Graubard 1999), ce qui n'est donc notre cas puisque la taille de la population générale n'est pas égale à la taille de la population sans-domicile.

3. Analyses statistiques

Les analyses de cette partie sont uniquement descriptives. Les moyennes et prévalences ont été pondérées. Les tests du chi-deux et de Student pondérés ont été utilisés.

IV. Résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques étudiées sont différentes entre les deux populations (Tableau 3). Comparées aux femmes de la population générale, les femmes sans-domicile sont significativement ($p < 0.001$) :

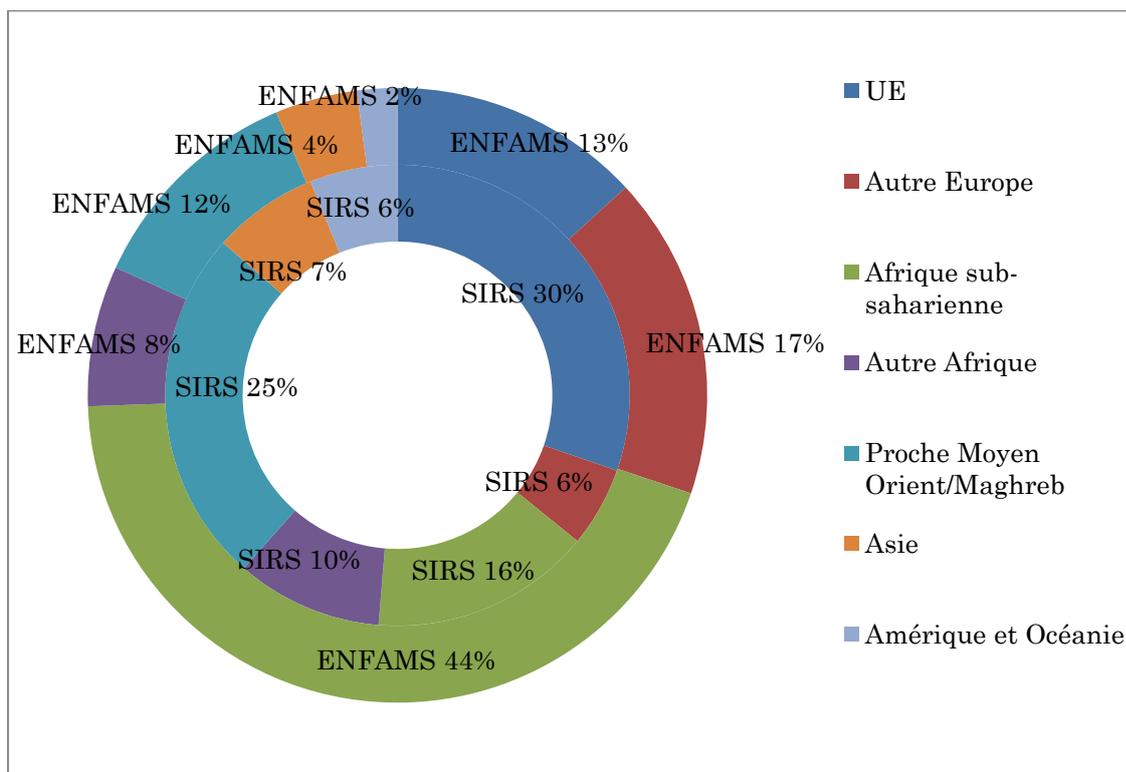
- plus jeunes (32,4 ans vs 46,5 ans)
- plus souvent nées à l'étranger (93,7% contre 12,1%). Quand elles ne sont pas nées en France (Figure 5), les femmes sans-domicile (N=722) viennent majoritairement d'Afrique sub-saharienne (44,3%), d'Europe (hors UE) (17%,0) et de l'UE (13,2%). Pour les femmes de la population générale nées à l'étranger (N=223), elles sont pour la plupart, nées dans un pays de l'UE (30,3%), du Maghreb, ou du Proche ou Moyen Orient (25,0%), et d'Afrique sub-saharienne (15,4%).
- La situation administrative des femmes sans logement est précaire : soit régularisée par un titre de séjour (55,4% contre 11,3% en population générale), ou non régularisée (35,1% vs 0,3% en population générale).

Tableau 3 – Caractéristiques socio-démographiques des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Âge							
Moyenne (\pm sd)		46,5	(\pm 1,7)	32,4	(\pm 0,7)		<0.001
Ecart			18-98			18-57	
Tranches d'âge							<0.001
18-25	90	12,4	[9,3-15,5]	103	14,0	[10,1-17,9]	
25-34	316	19,0	[16,0-22,0]	413	49,8	[44,6-54,9]	
35-44	379	20,4	[18,2-22,7]	212	31,2	[26,9-35,6]	
+45	1034	48,2	[43,9-52,5]	36	5,0	[2,7-7,2]	
Pays de naissance							<0.001
France	1551	87,9	[85,8-89,9]	41	6,3	[3,5-9,1]	
Pas en France	223	12,1	[10,1-14,2]	723	93,7	[90,9-96,5]	
Statut administratif							<0.001
Française	1584	88,4	[86,5-90,4]	61	9,5	[6,1-12,9]	
Régularisée	217	11,3	[9,3-13,2]	462	55,4	[50,5-60,3]	
Non régularisée	8	0,3	[0,1-0,6]	240	35,1	[30,2-40,1]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
 Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

Figure 5 – Région des pays de naissance des femmes nées à l'étranger, sans-domicile (ENFAMS, 2013) et de la population générale (SIRS, 2010), en IDF.



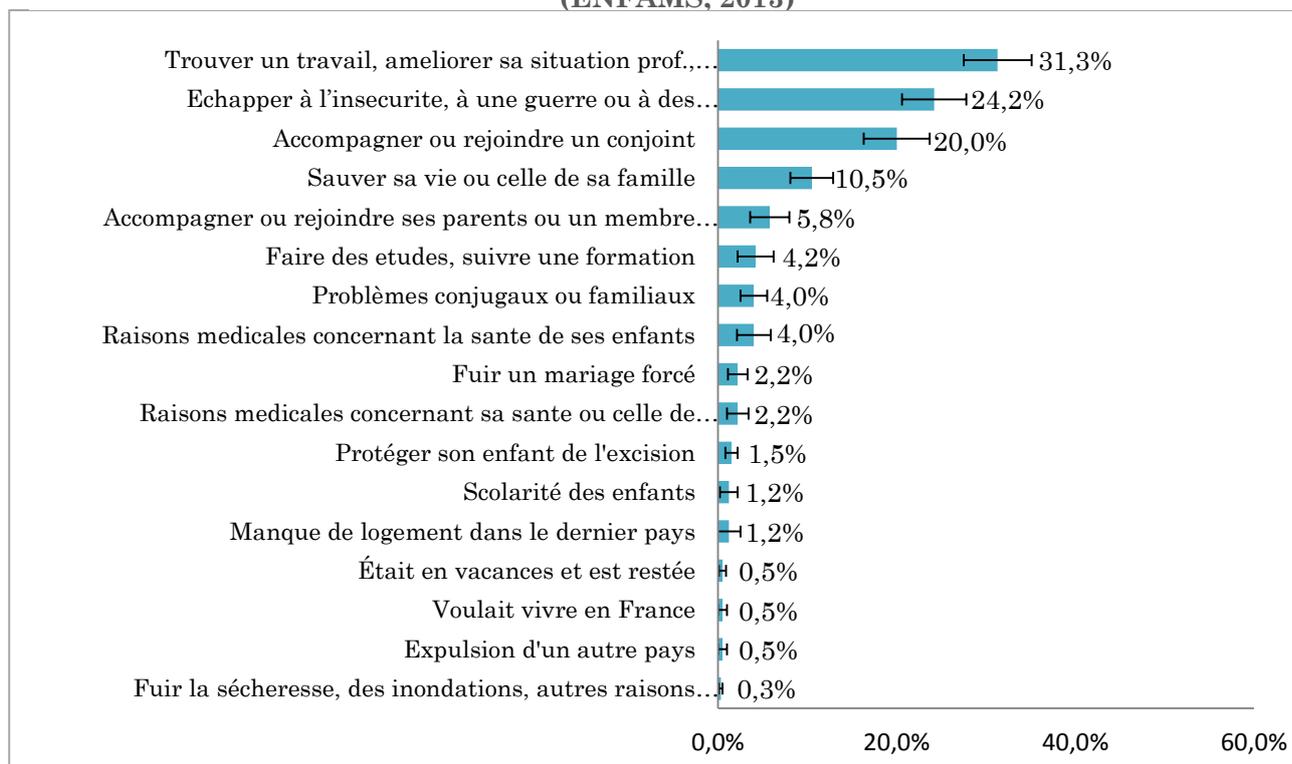
Note : %, prévalences pondérées.

Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS (N=764) en 2013 ou à l'enquête SIRS (N=1819) en 2010.

2. Trajectoires migratoires

Cette partie n'a pas été interrogée dans SIRS, elle ne concerne donc que les femmes sans-domicile d'ENFAMS nées à l'étranger (N=723). Si l'on regroupe les raisons de migration en grands groupes, la principale raison de migration en France était de fuir une menace pour 38,7% des femmes (échapper à la guerre, l'insécurité, à des troubles politiques, sauver sa vie ou celle de sa famille, fuir un mariage forcé, protéger son enfant de l'excision ou fuir la sécheresse, des inondations ou autres raisons écologiques) (Figure 6). Les autres raisons étaient de nature économiques dans 35,5% des cas (trouver un travail, améliorer sa situation professionnelle ou économique, faire des études ou suivre une formation), familiales dans 25,8% des cas (accompagner ou rejoindre un conjoint, ses parents ou un membre de sa famille), et médicales dans 6,2% des cas (concernant sa santé, celle de son conjoint ou de ses enfants).

Figure 6 - Raisons principales de migration des femmes-sans domicile vers la France (ENFAMS, 2013)



Note : %, prévalences pondérées

Champ : 723 femmes nées à l'étranger ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013.

Les motifs d'arrivées en France étaient différentes selon le pays d'origine et le statut administratif des familles (Observatoire du Samusocial 2014). Tandis qu'en Afrique subsaharienne et au Maghreb les principales raisons de migration sont d'ordre économique ou familial, en Asie et dans les pays de la CEI (Communauté des États indépendants), ce sont majoritairement des migrations liées à des menaces (Annexe 2).

Ces femmes sont en France depuis 5 ans en moyenne (5,2% IC_{95%}[4,7 ; 5,7]) (±0.2) avec l'arrivée la plus récente datant de moins d'un mois avant l'enquête et la plus ancienne de 43 ans. La durée moyenne depuis l'arrivée en France était différente selon le pays de naissance (Annexe 3).

Elles ont exprimé avoir des problèmes à comprendre le français (42,2% IC_{95%}[37,2 ; 47,2]), à le parler (48,7% IC_{95%}[43,6 ; 53,8]), à le lire (49,0% IC_{95%}[43,9 ; 54,1]) ou à l'écrire (55,4% IC_{95%}[50,6 ; 60,3]). Environ deux tiers d'entre elles (62,1% IC_{95%}[56,5 ; 67,8]) ont au moins une de ces quatre difficultés en Français.

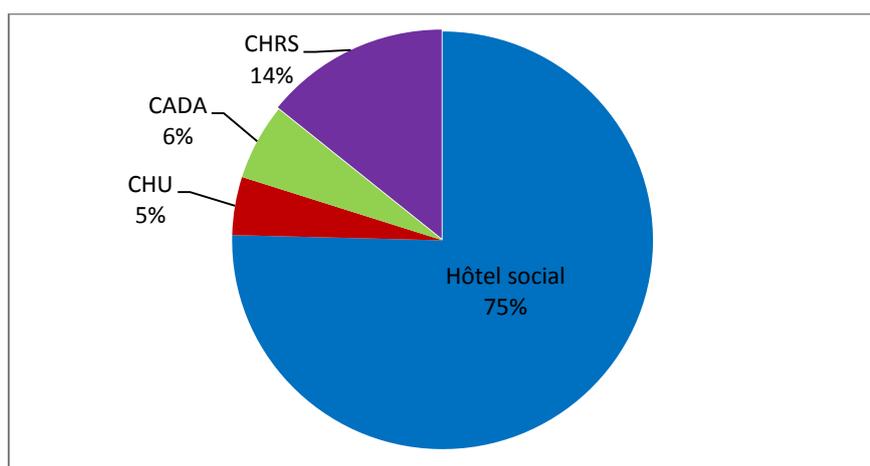
3. Parcours résidentiel

Cette partie n'a pas été interrogée dans SIRS, elle ne concerne donc que les femmes sans-domicile d'ENFAMS.

Les femmes ont été pour la première fois sans-domicile en France en moyenne 2,9 ans avant l'enquête (IC_{95%}[2,6 ; 3,1]). Elles changent de lieux d'hébergement environ 3,2 fois (IC_{95%}[2,8 ; 3,6]) par an.

Au moment de l'enquête les types d'hébergement les plus fréquents étaient l'hôtel social (75,4%) et en CHRS (14,0%) (Figure 7). Les femmes hébergées en CADA ou en CHU représentaient respectivement 6% et 5%. En moyenne, elles étaient dans le lieu d'hébergement lors de l'enquête depuis 12,5 mois (IC_{95%}[10,9 ; 14,1]).

Figure 7 – Type d'hébergement des femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).

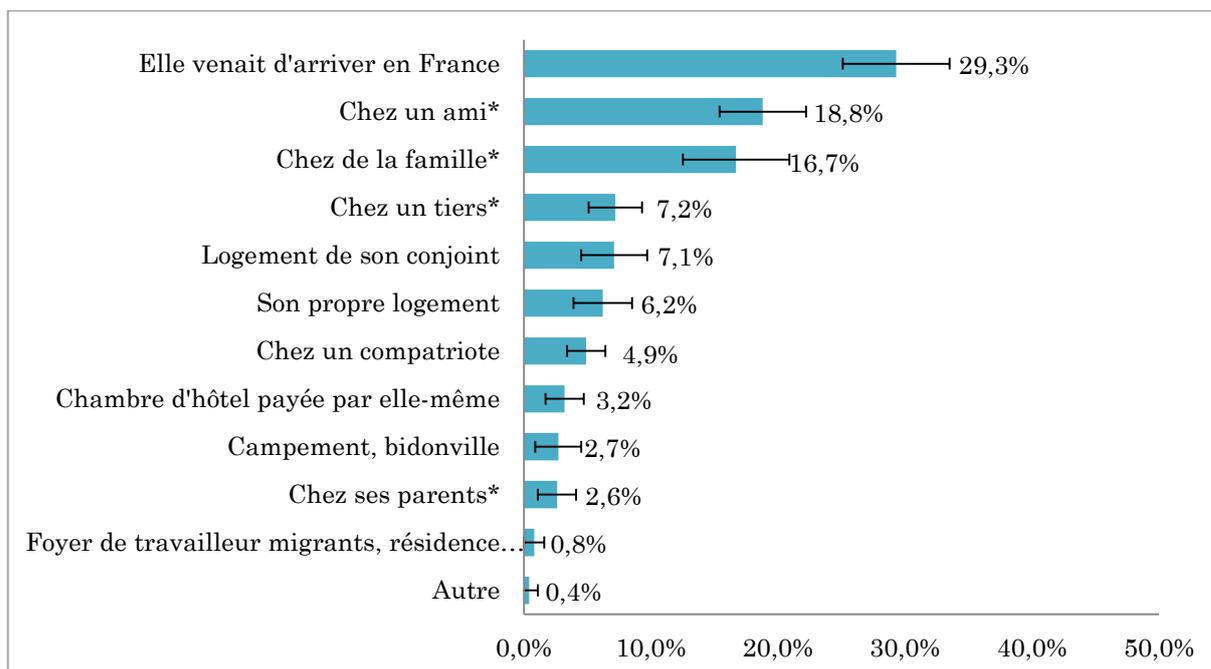


Note : %, prévalences pondérées. Les intervalles de confiance des proportions estimées de femmes hébergées en hôtel social, en CHRS, en CADA et en CHU sont respectivement : [72,2 ; 78,7], [10,8 ; 17,6], [5,1 ; 6,6] et [3,0 ; 5,9].

Champ : 764 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS.

Environ un tiers des femmes se sont retrouvées pour la première fois sans-domicile lorsqu'elles sont arrivées en France (29,3% IC_{95%}[25,2 ; 33,5]), ou alors elles étaient hébergées/logées gratuitement ou avec une participation chez un ami pour 18,8% IC_{95%}[15,4 ; 22,2]), d'entre elles, chez de la famille pour 16,7% IC_{95%}[12,6 ; 20,9]), et chez un tiers pour 7,2% IC_{95%}[5,0 ; 9,3]) (Figure 8). Elles étaient peu nombreuses à disposer de leur propre logement (6,2% IC_{95%}[3,9 ; 8,5]), ou à habiter chez leur conjoint (7,1% IC_{95%}[4,5 ; 9,7]).

Figure 8 – Situation avant la première perte de logement en France chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).



*Note : %, prévalences pondérées, *Hébergée ou logée gratuitement ou avec une participation.
Champ : 764 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013.*

4. Situation professionnelle et les ressources

Comparativement à la population générale, les femmes sans logement sont significativement ($p < 0,001$) (Tableau 4) :

- moins diplômées : 9,5% d'entre elles n'ont jamais été scolarisées (contre 0,7% en population générale), et 15,5% ont atteint l'enseignement supérieur (contre 56,6% en population générale).
- plus souvent sans emploi (78,3% contre 6,3%), mais moins inactives (étudiantes ou retraitées) (3,8% contre 41,5%).
- majoritairement toutes en dessous du seuil de pauvreté (964€) si l'on considère le revenu mensuel par unité de consommation (96,8% contre 17,7%).

Il n'y a pas de différence significative pour la proportion de femmes ayant touchées au moins une allocation au cours des douze derniers mois (allocations chômage, RSA, API, AAH, allocations familiales, APL, pensions alimentaires) ($p = 0,238$). Cependant si l'on regarde par type d'aides sociales on observe alors quelques différences :

- Parmi celles qui étaient au chômage au moment de l'enquête, 5,2% des femmes sans-domicile ont touchées des allocations chômage durant l'année passée, contre 41,3% en population générale ($p < 0,001$).
- Les femmes sans-domicile ont moins bénéficié d'APL²⁶ (4,8%) l'année passée par rapport aux femmes en population générale (14,2%) ($p < 0,001$).
- Les femmes sans-domicile ont moins bénéficié de pensions alimentaires (1,0% contre 4,1% en population générale) ($p = 0,002$).
- Les femmes sans-domicile ont plus souvent bénéficié du RSA dans l'année (23,2%) que les femmes en population générale (2,8%) ($p < 0,001$).

En revanche il n'y a pas de différences significatives entre les deux populations pour les aides sociales suivantes : l'allocation parent isolé (parmi les femmes ayant eu au moins un enfant) ($p = 0,380$), l'allocation adulte handicapée ($p = 0,179$) et les allocations familiales (parmi celles qui ont eu au moins 3 enfants) ($p = 0,744$).

²⁶ Les femmes « sans-domicile » peuvent bénéficier d'aides au logement quand elles participent financièrement à leur hébergement.

Tableau 4 – Niveau d'études, situation professionnelle et ressources des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Niveau d'études							<0,001
Jamais scolarisée	18	0,7	[0,3-1,2]	68	9,5	[6,5-12,6]	
Enseignement primaire	154	6,4	[4,8-8,0]	99	13,4	[10,0-16,7]	
Enseignement secondaire	785	36,3	[32,4-40,2]	460	61,7	[56,2-67,2]	
Enseignement supérieur	862	56,6	[51,8-61,3]	121	15,5	[12,0-18,9]	
Statut occupationnel							<0,001
Active occupée	941	52,2	[48,8-55,6]	110	17,9	[13,8-21,9]	
Sans emploi	111	6,3	[4,5-8,1]	621	78,3	[73,9-82,7]	
Inactive	754	41,5	[37,9-45,2]	32	3,8	[2,1-5,5]	
Revenus par UC							<0,001
≥ au seuil de pauvreté	1449	82,3	[79,2-85,5]	23	3,2	[1,3-5,1]	
< au seuil de pauvreté	370	17,7	[14,5-20,8]	720	96,8	[94,9-98,7]	
Aides sociales au cours de l'année passée							0,238
Au moins une allocation	713	37,4	[34,0-40,8]	259	41,5	[35,5-47,6]	
Aucune	1106	62,6	[59,2-66,0]	505	58,5	[52,4-64,5]	
Détails des aides sociales perçues au cours de l'année passée							
Allocations chômage							0,638
Oui	92	5,7	[3,8-7,5]	19	4,9	[2,1-7,6]	
Non	1712	94,3	[92,5-96,2]	745	95,1	[92,4-97,9]	
Allocation chômage parmi celles qui l'étaient lors de l'enquête							<0,001
Oui	47	41,3	[29,8-52,8]	15	5,2	[1,9-8,5]	
Non	64	58,7	[47,2-70,2]	606	94,8	[91,5-98,1]	
RSA							<0,001
Oui	69	2,8	[2,0-3,6]	146	23,2	[18,4-28,1]	
Non	1735	97,2	[96,4-98,0]	618	76,8	[71,9-81,6]	
API (parmi les parents)							0,380
Oui	48	2,3	[1,4-3,2]	17	3,1	[1,4-4,8]	
Non	1321	97,7	[96,8-98,6]	747	96,9	[95,2-98,6]	
AAH							0,179
Oui	64	2,3	[1,6-3,1]	5	1,0	[0,0-2,3]	
Non	1740	97,7	[96,9-98,4]	759	99,0	[97,7-100,2]	
APL							<0,001
Oui	307	14,2	[11,5-16,9]	16	4,8	[1,7-7,9]	
Non	1497	85,8	[83,1-88,5]	748	95,2	[92,1-98,3]	
Allocations familiales							0,744
Oui	195	40,7	[34,9-46,5]	100	38,9	[30,3-47,6]	
Non	270	59,3	[53,5-65,1]	211	61,1	[52,4-69,7]	
Pension alimentaire							0,002
Oui	87	4,1	[3,1-5,1]	6	1,0	[0,0-1,9]	
Non	1717	95,9	[94,9-96,9]	758	99,0	[98,1-100,0]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
 Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

5. Caractéristiques de la famille

Les femmes sans logement sont moins nombreuses à vivre avec leur conjoint/concubin (48,4%) par rapport aux femmes en population générale (57,0%) ($p < 0,001$) (Tableau 5).

Avoir des enfants était un critère d'inclusion dans l'enquête ENFAMS donc nous ne pouvons pas comparer le nombre d'enfants de l'ensemble des personnes ayant été interrogé dans SIRS. Chez les individus de la population générale ayant au moins un enfant, le nombre de naissances par famille n'était significativement pas plus élevé que parmi les individus d'ENFAMS (2,3 contre 2,4 en moyenne, $p = 0,452$). Les femmes sans logement sont plus nombreuses à vivre avec au moins 3 enfants (37,1% contre 22,9% en population générale, $p < 0,001$).

La plupart des femmes sans logement ont eu au moins un accouchement en France (72,6%) et vivent avec au moins 1 enfant en bas âge (62,4%).

Tableau 5 – Composition familiale des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Vie de couple							<i><0,001</i>
Est en couple et vit avec	900	57,0	[53,1-61,0]	339	48,4	[41,9-54,9]	
Vit en couple et ne vit pas avec	94	4,8	[3,3-6,3]	128	17,2	[12,7-21,6]	
Ne vit pas en couple	825	38,1	[34,6-41,7]	293	34,5	[28,9-40,1]	
Nombre de naissances (parmi les parents)							<i>0,452</i>
Moyenne	1377	2,3	[2,2-2,5]	764	2,4	[2,2-2,5]	
Nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée							<i><0,001</i>
Au moins 3 enfants	467	22,9	[19,7-26]	311	37,1	[30,9-43,2]	
Deux enfants ou moins	1352	77,1	[74,0-80,3]	453	62,9	[56,8-69,1]	
Au moins 1 accouchement en France							
Oui				538	72,6	[69,0-76,3]	
Non				226	27,4	[23,7-31,0]	
Vit avec au moins 1 enfant âgé de moins de 3 ans							
Oui				491	62,4	[58,1-66,7]	
Non				273	37,6	[33,3-41,9]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

6. Santé générale et addictions

L'état de santé des femmes interrogées dans ENFAMS est significativement moins bon que celui des femmes de la cohorte SIRS (Tableau 6) : 10,7% des femmes sans-domicile déclarent avoir un état de santé général mauvais ou très mauvais contre 4,0% des femmes en population générale. On retrouve approximativement les mêmes proportions pour la santé physique perçue (10,5% contre 4,2%). Concernant l'état de santé psychologique, l'écart est encore plus grand : 22,7% des femmes sans-domicile se déclarent en mauvais ou très mauvais état psychologique contre 4,8% en population générale.

La proportion de fumeuses parmi les femmes sans-domicile est moins élevée qu'en population générale (11,8% contre 21,9%). De même, elles sont moins nombreuses à consommer régulièrement de l'alcool (au moins 2 à 3 fois par semaine) (1,8% contre 23,8% en population générale) ou des drogues (1,9% contre 7,1% en population générale).

Tableau 6 – Etat de santé et addictions des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Etat de santé général perçu							<0,001
Très Bon/Bon/Moyen	1716	96,0	[95-96,9]	686	89,3	[86,3-92,2]	
Mauvais/Très Mauvais	103	4,0	[3,1-5]	75	10,7	[7,8-13,7]	
Etat de santé physique perçu							<0,001
Très Bon/Bon/Moyen	1716	95,8	[94,6-97]	686	89,5	[86,4-92,5]	
Mauvais/Très Mauvais	101	4,2	[3-5,4]	75	10,5	[7,5-13,6]	
Etat de santé psychologique et émotionnel perçu							<0,001
Très Bon/Bon/Moyen	1710	95,2	[93,9-96,5]	595	77,3	[73,1-81,6]	
Mauvais/Très Mauvais	108	4,8	[3,5-6,1]	165	22,7	[18,4-26,9]	
Statut tabagique							<0,001
Fume actuellement	430	21,9	[19,0-24,7]	79	11,8	[8,5-15,1]	
Ne fume pas	1387	78,1	[75,3-81,0]	683	88,2	[84,9-91,5]	
Consommation d'alcool							<0,001
Moins de 2-3 fois / semaine	1397	76,2	[72,4-79,9]	737	98,2	[96,5-99,9]	
2-3 fois / semaine ou plus	422	23,8	[20,1-27,6]	11	1,8	[0,1-3,5]	
Avoir consommé régulièrement des drogues							0,007
Oui	121	7,1	[5,3-8,9]	9	1,9	[0,0-3,8]	
Non	1678	92,9	[91,1-94,7]	750	98,1	[96,2-100]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
Champs : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

7. Couverture maladie et recours aux soins

L'absence et le type de couverture maladie sont différents entre les deux populations (Tableau 7). Parmi les femmes sans-domicile, elles sont près d'un quart à ne pas avoir de couverture maladie (20,5%), contre moins d'un pourcent en population générale. Les femmes de la population générale sont majoritairement affiliées à la sécurité sociale, tandis que les femmes sans-domicile sont couvertes par la CMU pour 41,6% d'entre elles, par l'AME pour 27,7% et seulement 10,2% par la sécurité sociale.

Les femmes sans-domicile sont significativement moins nombreuses à avoir :

- Consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) dans l'année (81,6% contre 97,7%) ($p < 0,001$).
- Consulté un médecin pour des questions de gynécologie (67,8% contre 93,9%) ($p < 0,001$).
- Un suivi gynécologique régulier (23,1% contre 66,8%) ($p < 0,001$).

Tableau 7 – Couverture maladie et recours aux soins des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Couverture maladie							<0,001
Sécurité sociale	1707	94,5	[93,1-95,9]	55	10,2	[6,1-14,3]	
CMU	93	4,5	[3,2-5,8]	357	41,6	[36,3-46,9]	
AME	4	0,3	[0,0-0,6]	204	27,7	[23,0-32,3]	
Aucune couverture	12	0,8	[0,3-1,2]	146	20,5	[16,4-24,6]	
Consultation d'un médecin dans l'année							<0,001
A consulté	1774	97,7	[96,9-98,5]	609	81,6	[78,1-85,2]	
N'a pas consulté	42	2,3	[1,5-3,1]	153	18,4	[14,8-21,9]	
Renoncement aux soins dans l'année							0,013
N'a pas renoncé	1150	67,1	[64,0-70,1]	571	74,5	[69,7-79,2]	
A renoncé	627	32,3	[29,3-36,0]	190	25,5	[20,8-30,3]	
Consultation d'un médecin pour des questions gynécologiques							<0,001
A consulté	1702	93,9	[92,4-95,4]	502	67,8	[63,4-72,3]	
N'a pas consulté	103	6,1	[4,6-7,6]	257	32,2	[27,7-36,6]	
Suivi gynécologique régulier							<0,001
A un suivi	1178	66,8	[63,2-70,4]	187	23,1	[19,2-27,1]	
N'a pas de suivi	623	33,2	[29,6-36,8]	571	76,9	[72,9-80,8]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
Champs : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

8. Discriminations dans le monde médical

Cette partie n'a pas été interrogée dans SIRS, elle ne concerne donc que les femmes sans-domicile d'ENFAMS.

Parmi les 561 femmes bénéficiant de l'AME ou de la CMU au moment de l'enquête, plus d'une sur quatre (22,1%) s'est fait refuser une consultation médicale parce qu'elle bénéficiait de la CMU ou de l'AME (Tableau 8). Parmi l'ensemble des femmes, 13,6% déclarent avoir été moins bien reçues que les autres patients par un médecin ou par le personnel médical.

Tableau 8 – Discriminations du monde médical perçues par les femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) en IDF.

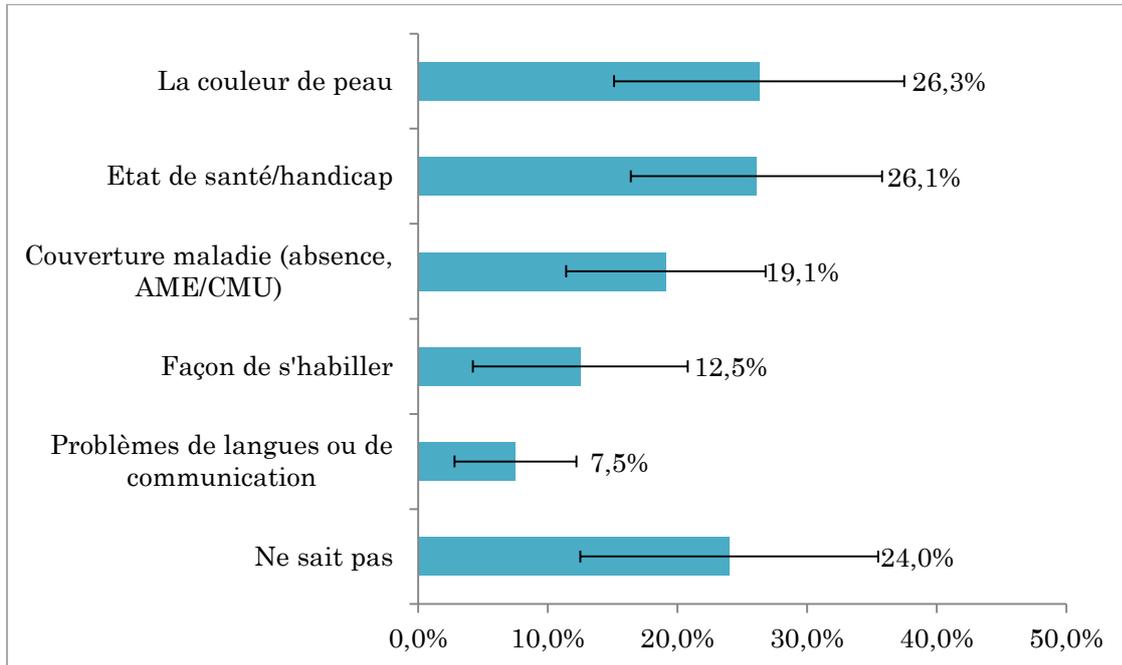
Variables	n	ENFAMS	
		%	IC 95%
Refus consultation médicale à cause de la CMU ou de l'AME (N=561)^A			
Oui	121	22,1	[18,0-26,3]
Non	433	77,9	[73,7-82,0]
Moins bien reçu par un médecin ou du personnel médical (N=764)^B			
Oui	107	13,6	[10,5-16,7]
Non	648	86,4	[83,3-89,5]

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance. Champ : ^A561 femmes de l'enquête ENFAMS qui avaient déclaré avec la CMU ou l'AME, 554 répondantes. ^B 764 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, 755 répondantes.

Les principales raisons perçues par les femmes elles-mêmes de cette « moins bonne réception » (Figure 9) étaient leur couleur de peau (pour 26,3% d'entre elles), leur état de santé ou leur handicap (26,1%), leur couverture maladie (le fait de ne pas en avoir ou d'avoir la CMU ou l'AME) (19,1%)²⁷, leur façon de s'habiller (12,5%) ou des problèmes de langues ou de communication (7,5%).

²⁷Le fait d'avoir la CMU ou l'AME était une raison de moins bonne réception pour 13,7% d'entre elles (IC_{95%} [7,3-20,0]).

Figure 9 – Principales raisons perçues d'avoir moins bien été reçue que les autres par un médecin ou du personnel médical chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013) (plusieurs réponses possibles).



Note : %, prévalences pondérées.

Champ : 764 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, 755 répondantes.

9. Santé mentale et événements de vie difficiles

La dépression est significativement plus fréquente chez les femmes sans logement (28,8%) qu'en population générale (10,4%) ($p < 0,001$) (Tableau 9). Près d'une femme sans logement sur cinq a déjà pensé au suicide (17,5%), et 5,3% d'entre elles auraient déjà fait une tentative de suicide – proportion similaire en population générale ($p = 0,934$).

Une grande majorité de ces femmes sans-domicile déclarent avoir connu un événement violent (62,7%). Près de la moitié ont connu un état de stress post-traumatique dans leur vie (41,9%) et 22,6% dans les douze derniers mois (elles représentent ainsi 56,4% (IC_{95%}[50,1 ; 62,7]) des femmes qui ont connu un état de stress post-traumatique dans leur vie). Une femme sur cinq a été excisée (20,0%).

Il existe une proportion significativement plus élevée de femmes sans logement qui ont connu des violences sexuelles (13,9%) par rapport aux femmes de la population générale (7,8%) ($p < 0,001$).

Tableau 9 – Santé mentale et évènements de vie difficiles des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Dépression*							<0,001
Oui	225	10,4	[8,5-12,3]	204	28,8	[24,2-33,4]	
Non	1594	89,6	[87,7-91,5]	529	71,2	[66,6-75,8]	
Avoir pensé au suicide							
Oui				132	17,5	[14,1-20,8]	
Non				608	82,5	[79,2-85,9]	
Tentative de suicide							
Oui	110	5,1	[3,9-6,4]	39	5,3	[2,9-7,6]	0,934
Non	1708	94,9	[93,6-96,1]	697	94,7	[92,4-97,1]	
Avoir connu un évènement violent							
Oui				472	62,7	[58-67,4]	
Non				265	37,1	[32,4-41,8]	
ESPT (vie entière)							
Oui				309	41,9	[37,1-46,7]	
Non				428	58,1	[53,3-62,9]	
ESPT dans l'année							
Oui				161	22,6	[19-26,2]	
Non				555	77,4	[73,8-81]	
Avoir subi des violences sexuelles							<0,001
Oui	162	7,8	[6,6-9,0]	112	13,9	[9,8-18,1]	
Non	1636	92,2	[91-93,4]	624	86,1	[81,9-90,2]	
Excision							
Oui				159	20,0	[16,4-23,7]	
Non				587	80,0	[76,3-83,6]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance

*Dans SIRS, la dépression est mesurée au cours des deux semaines précédant l'enquête, alors que dans ENFAMS, la dépression est mesurée sur 2 semaines dans les 12 derniers mois.

Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

10. Réseau de sociabilité et loisirs

Le réseau de sociabilité et les loisirs sont plus faibles chez les femmes sans-domicile que chez les femmes en population générale (Tableau 10). En effet, elles ont moins souvent de contacts par téléphone, courrier, internet, mail etc. avec les amis ou la famille : 43,9% des femmes sans logement ont au moins un contact par semaine contre 73,4% des femmes en population générale (p<0,001).

Concernant les variables seulement interrogées dans ENFAMS, nous avons estimé qu'environ la moitié des femmes sans-domicile ont au moins un membre de la famille vivant en Île-de-France (48,3%), 67,5% ont déclaré s'être confiée à quelqu'un l'année

passée et plus de la moitié ont été invitées par des amis ou de la famille pour une fête ou une cérémonie dans l'année (55,1%).

Les femmes sans-domicile se rendent moins souvent dans un café ou dans un restaurant : 38,4% ne vont jamais au café ou au restaurant contre 82,6% en population générale ($p<0,001$). De même 11,2% d'entre elles ne vont jamais se promener contre 3,8% en population générale ($p<0,001$). Seules 13,7% des femmes sans-domicile ont déclaré faire du sport, et 19,0% pratiquent une activité culturelle. Plus de la moitié se rendent dans un lieu de culte (59,0%).

Tableau 10 – Réseau de sociabilité et loisirs des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Contact avec la famille, les amis par téléphone etc.							<0,001
Oui	1254	73,4	[70,9-75,9]	314	43,9	[38,6-49,3]	
Non	505	26,6	[24,1-29,1]	445	56,1	[50,7-61,4]	
Présence de membres de la famille en IDF							
Oui				346	48,3	[43,8-52,9]	
Non				413	51,7	[47,1-56,2]	
S'être confiée à quelqu'un dans l'année							
Oui				509	67,5	[63,4-71,6]	
Non				250	32,5	[28,4-36,6]	
Avoir été invitée par des amis ou de la famille pour une fête ou cérémonie							
Oui				414	55,1	[51-59,1]	
Non				345	44,9	[40,9-49]	
Va au café, au restaurant							<0,001
Oui	1436	82,6	[79,3-85,9]	251	38,4	[32,5-44,2]	
Non	373	17,4	[14,1-20,7]	508	61,6	[55,8-67,5]	
Se promène							<0,001
Oui	1728	96,2	[95,2-97,2]	667	88,8	[85,9-91,7]	
Non	87	3,8	[2,8-4,8]	92	11,2	[8,3-14,1]	
Fais du sport							
Oui				101	13,7	[10,7-16,7]	
Non				659	86,3	[83,3-89,3]	
Fait une activité culturelle							
Oui				146	19,0	[15,1-22,9]	
Non				613	81,0	[77,1-84,9]	
Va dans un lieu de culte							
Oui				457	59,0	[55,3-62,7]	
Non				302	41,0	[37,3-44,7]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

11. Quartier de résidence et mobilité quotidienne

Cette partie n'a été interrogée que dans l'enquête ENFAMS (Tableau 11). Globalement, les enquêtées sont plutôt satisfaites de la disponibilité des transports publics dans le quartier de l'hébergement (environ 75% sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord »). La proportion de femmes qui sont satisfaites de l'offre de soins dans le quartier de l'hébergement est similaire (environ 70% sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord »). Seules 11,5% d'entre elles ont un véhicule motorisé. Une partie importante de ces femmes expriment des difficultés à prendre les transports en commun (40,6%). Seulement une femme sur cinq a quitté la région parisienne durant les douze derniers mois (21,4%).

Tableau 11 – Quartier de résidence et mobilité des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) en IDF.

Variables	ENFAMS (N=764)		
	n	%	IC 95%
Satisfaction de la disponibilité des transports publics dans le quartier			
Tout à fait d'accord	337	46,5	[42,4-50,6]
Plutôt d'accord	214	30,2	[26-34,3]
Plutôt pas d'accord	85	7,6	[5,6-9,5]
Pas du tout d'accord	112	14,6	[11,7-17,6]
Ne sait pas	9	1,1	[0,4-1,9]
Satisfaction de l'offre de soins dans le quartier			
Tout à fait d'accord	310	42,5	[38,2-46,7]
Plutôt d'accord	208	27,7	[23,5-32,0]
Plutôt pas d'accord	60	8,3	[6,1-10,4]
Pas du tout d'accord	68	7,2	[5,2-9,2]
Ne sait pas	105	14,3	[11,4-17,3]
A une voiture ou un deux-roues motorisé			
Oui	66	11,5	[8,6-14,5]
Non	695	88,5	[85,5-91,4]
A des difficultés à prendre les transports en commun			
Oui	309	40,6	[36,5-44,6]
Non	443	59,4	[55,4-63,5]
A quitté la région parisienne durant plus d'une journée durant les douze derniers mois			
Oui	141	21,4	[17,8-25,1]
Non	614	78,6	[74,9-82,2]

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance Champ : femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013.

12. Santé nutritionnelle

Près de la moitié des mères étaient anémiées lors de l'enquête (49,5%) dont 50,5% des femmes anémiées qui présentait une anémie légère et 49,5% qui étaient en anémie modérée ou sévère (Tableau 12). L'insécurité alimentaire était élevée chez les femmes sans-domicile, 86,3% d'entre elles ont été touchées durant les 12 derniers mois, contre 6,1% des femmes de la population générale ($p < 0,001$). La mesure de l'IMC au moment des enquêtes a révélé une proportion plus importante d'obésité chez les femmes sans-domicile : elles sont 68,2% à être en surpoids ou obèses (30,1% sont obèses), contre 36,3% en population générale (10,9% d'obésité) ($p < 0,001$).

Tableau 12 – Santé nutritionnelle des femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et des femmes de la population générale (SIRS, 2010) en IDF.

Variables	SIRS (N=1819)			ENFAMS (N=764)			p-value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Anémie							
Aucune				338	50,5	[46,4-54,6]	
Légère				177	25,0	[21,5-28,5]	
Modérée				174	24,3	[20,9-27,7]	
Sévère				2	0,1	[-0,1-0,4]	
Insécurité alimentaire							<0,001
Insécurité	143	6,1	[4,5-7,7]	621	86,3	[83,2-89,4]	
Sécurité	1674	93,9	[92,3-95,5]	115	13,7	[10,6-16,8]	
Indice de Masse Corporelle							<0,001
Maigre	84	5,0	[3,8-6,1]	11	1,2	[0,2-2,2]	
Poids normal	978	58,8	[55,1-62,5]	189	30,6	[24,5-36,7]	
Surpoids	470	25,4	[22,2-28,5]	249	38,1	[33,4-42,8]	
Obésité	249	10,9	[9,0-12,7]	191	30,1	[24,8-35,4]	

Note : N, Effectif total ; n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance.
 Champ : Femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 ou à l'enquête SIRS en 2010.

V. Discussion

Une population plus jeune et plus souvent née à l'étranger

Comparativement à la population générale, ces femmes sans logement sont plus jeunes, et plus souvent nées à l'étranger. La différence dans la structure d'âge s'explique, en partie, par la sélection de la population enquêtée par ENFAMS : elles étaient toutes accompagnées par au moins un enfant de moins de 13 ans, ce qui excluait les femmes plus âgées.

Les femmes d'ENFAMS nées à l'étranger, ne sont pas arrivées en France récemment, en moyenne elles sont en France depuis 5 ans. La durée moyenne depuis leur arrivée en France est différente selon le pays de naissance (Annexe 3). La migration des enquêtées d'ENFAMS nées en Afrique sub-saharienne et au Maghreb est plus ancienne que celle des femmes nées en Europe de l'Est (Observatoire du Samusocial 2014).

D'après un document de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et des Nations Unies, le nombre total de migrants a augmenté deux fois plus rapidement entre 2000 et 2010 qu'entre 1990 et 2000 (OCDE et Nations Unies/DAES 2013). Depuis 2010, l'augmentation aurait ralenti en partie à cause des effets de la crise économique (Organisation internationale pour les migrations 2010). La taille et la nature des flux migratoires évoluent rapidement en fonction notamment des contextes politico-économiques des pays d'accueil et d'origine. En effet, le rapport de l'enquête ENFAMS précise que les motifs de migrations sont différents selon la région de naissance de l'enquêté²⁸ (Annexe 2). Tandis qu'en Afrique Sub-saharienne et au Maghreb, les raisons de migrations sont principalement économiques ou familiales, « fuir une menace » est la principale raison de migration en Afrique (autre qu'en Afrique Sub-Saharienne) (48,8%), en Europe (en dehors de l'UE) (83,2%) et en Asie (56,3%). Les individus enquêtés nés en UE sont venus en France principalement pour des raisons économiques (76,1%) (Annexe 2). De même, ce rapport précise que les motifs de migration sont différents selon le statut administratif des individus : ceux qui étaient demandeur d'asile au moment de l'enquête sont venus en France principalement pour fuir une menace (87,0%). Les personnes qui

²⁸ Les résultats du rapport ENFAMS présentés dans ce paragraphe concernent l'ensemble des adultes enquêtés (pas seulement les femmes).

étaient « régularisées » ou avaient un titre de séjour sont venues en France autant pour raisons économiques, que familiales ou pour fuir une menace.

Ainsi, la comparaison de la distribution des régions des pays de naissance entre les femmes nées à l'étranger de SIRS et d'ENFAMS doit ainsi prendre en compte la différence des périodes d'études. En 2010 et en 2013 le contexte économique et politique en France et dans les pays d'origine des individus a pu changer. Il faut prendre en compte que, selon le pays d'origine, les individus n'ont pas le même accès à un visa, aux droits (et ainsi à un logement et à une situation économique stable) en France selon les accords entre pays (Ministère de l'Intérieur 2016). Cette différence dans l'accès à un visa peut expliquer que les femmes sans-domicile ne soient pas originaires des mêmes pays étrangers que les femmes en population générale. Par ailleurs, on a observé dans cette étude que la migration a été un des obstacles à l'accès au logement puisque pour une partie d'entre elles, elles ont été privées de logement dès leur arrivée en France.

Une situation très précaire, peu d'aides sociales

Bien qu'elles soient moins diplômées que les femmes en population générale, plus de 75% ont un niveau d'études égal ou supérieur au secondaire. Leur situation économique est très précaire, avec une proportion d'emploi et des ressources financières faibles. Bien que leurs revenus soient très modestes – avec 96% d'entre elles vivant sous le seuil de pauvreté, elles sont moins nombreuses à bénéficier des allocations chômage, de l'AAH et de l'APL, et bénéficient autant des allocations familiales que population générale - résultats allant contre certaines idées reçues sur l'immigration et la perception d'aides sociales (Chojnicki 2012). En revanche, elles sont plus nombreuses à bénéficier du RSA, et d'une pension alimentaire. Ces résultats confirment ceux de l'étude de l'enquête SD 2012 qui indiquent, par exemple, que les personnes sans-domicile nées en France perçoivent plus d'allocations chômage (16%) que les personnes sans-domicile nées à l'étranger (8%) (Yaouancq et Duée 2014b). De même, cette étude indique que 39% des personnes sans-domicile nées en France percevaient le RSA contre 17% des personnes sans-domicile nées à l'étranger.

Un accès à l'emploi difficile

L'emploi des femmes sans-domicile était beaucoup plus rare qu'en population générale. Cette absence d'emploi se retrouve aussi dans l'étude de l'enquête SD 2012 qui indiquait que seulement un quart des personnes sans-domicile²⁹ occupaient un emploi (contre 17,5% dans notre étude) (Yaouancq et Duée 2014b). Que ces femmes aient eu le désir et la possibilité de travailler, leur accès à l'emploi était restreint à cause notamment de l'absence ou l'attente de régularisation de leur situation administrative et des difficultés en Français pour certaines. En effet, selon l'Article de loi L5221-2³⁰ du Code du Travail, « *Pour entrer en France en vue d'y exercer une profession salariée, l'étranger présente : Les documents et visas exigés par les conventions internationales et les règlements en vigueur ; Un contrat de travail visé par l'autorité administrative ou une autorisation de travail* ». De plus, un étranger souhaitant exercer une profession salariée doit attester « *d'une connaissance suffisante de la langue française sanctionnée par une validation des acquis de l'expérience ou s'engage à l'acquérir après son installation en France* » selon l'Article L5221-3 du Code du Travail³¹.

D'autre part, il est reconnu qu'il existe en France des discriminations à l'accès à l'emploi liées aux origines, mais aussi au lieu de résidence (quartier ou lieu défavorisé), ce qui concerne donc une forte majorité de la population de notre étude (Brunel et al. 2013; Le Défenseur des droits 2016). En effet, l'étude des données de l'enquête SD 2012 indique que même si certaines personnes sans-domicile bénéficient d'aide de retour ou d'accès à l'emploi par diverses associations, le coût et l'absence de transport dans certains lieux font obstacle à la recherche d'emploi (Yaouancq et Duée 2014b).

²⁹ Adultes sans-domicile francophones utilisant les services d'aide.

³⁰ URL d'accès à l'Article L5221-2 du Code du Travail :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CFEB18FB0AA46B2D69BDA D71EC775D43.tpdila21v_1?idArticle=LEGIARTI000006903732&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20170405

³¹ Lien URL d'accès à l'Article L5221-3 du Code du Travail :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CFEB18FB0AA46B2D69BDA D71EC775D43.tpdila21v_1?idArticle=LEGIARTI000006903733&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20170405

Un hébergement instable

L'enquête SD 2012 indique que l'hébergement est plus stable pour les familles que pour les adultes sans-domicile non accompagnés d'enfants. En effet, les femmes accompagnées d'enfants sont, en général, « prioritaires », et plus souvent hébergées chez des tiers (ce qui les rendaient d'ailleurs moins visibles de l'espace public (FEANTSA 2012)). Sans être accompagnées d'enfant, les femmes sont plus souvent logées que les hommes (5% des sans-abris sont des femmes à la rue et 63% des personnes vivant en hôtel sont des femmes (Yaouancq et al. 2013)), elles sont pour la plupart « mises à l'abri » à l'hôtel. Cependant, l'étude de l'enquête SD 2012 précise qu'il existe une grande disparité au sein des familles. Les conditions d'hébergement des familles nées à l'étranger sont plus instables que pour celles nées en France : seulement 29% des familles nées à l'étranger bénéficient d'un logement fourni par une association contre 84% pour les familles nées en France (Yaouancq et Duée 2014a). En effet, dans notre étude, les familles qui sont pour la plupart nées à l'étranger sont majoritairement hébergées dans les hôtels sociaux. Pourtant, les familles sont parfois hébergées pendant de longues périodes à l'hôtel alors que ce mode de logement est transitoire par définition et ne permet pas aux familles de sortir de cette situation (Le Méner 2013a; Le Méner et Oppenchaim 2013b).

L'étude de l'enquête SD 2012 indique que la recherche d'un logement personnel est difficile (seulement 45% des personnes sans-domicile nées à l'étranger ont cherché un logement) et souvent infructueuse avec seulement 25% qui ont une proposition de logement parmi ceux qui ont fait une recherche (Yaouancq et Duée 2014a). Ceux qui n'ont pas cherché ont indiqué souvent manquer de ressources ou de papiers requis.

Un mauvais état de santé perçue

L'enquête SD de l'Insee de 2001 indiquait que 16% des personnes sans-domicile³² se percevaient en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé (contre 3% dans la population avec un logement personnel (La Rochere (de) 2005). La même enquête réalisée en 2012

³² Rappelons que dans l'enquête SD, sont interrogées les personnes sans-domicile utilisant les services de restauration ou d'hébergement gratuite dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants. Elles sont comparées à la population « avec un logement personnel » qui a été interrogée en mai 2001 lors des enquêtes permanentes sur les conditions de vie de ménage (EPCV).

indiquait que 23% des femmes sans-domicile de l'agglomération parisienne se percevaient en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé (Pierre-Marie et Roger 2014). Ces chiffres sont supérieurs à ceux de notre étude où la proportion de femmes déclarant un « mauvais » ou « très mauvais » état de santé était de 10% pour la santé générale et physique et de 23% pour la santé psychologique ou émotionnelle. Elles sont donc moins nombreuses à se percevoir en moins bonne santé que les femmes de l'enquête SD. Bien que les résultats de l'enquête SD 2012 (Yaouancq et al. 2013) indiquent que, de manière générale, les femmes ont un hébergement plus stable que les hommes, certaines des femmes de l'enquête SD étaient sans-abri : on peut supposer qu'elles vivaient dans des conditions encore plus précaires que les femmes hébergées enquêtées dans ENFAMS, ce qui détériorait davantage leur état de santé.

Une santé mentale fragile, des événements de vie difficiles

La prévalence de la dépression est élevée chez les femmes sans-domicile avec pratiquement une femme sur trois qui a connu un épisode de dépression dans les douze derniers mois, ce qui est trois fois plus que les femmes de la population générale. La prévalence élevée de dépression chez les femmes sans-domicile est un fait largement retrouvé dans la littérature (Bassuk et Beardslee 2014).

L'étude menée auprès de 838 personnes sans-domicile durant l'hiver 1996, utilisant le CIDI indiquait que 57,9% des personnes interrogées avaient connu au moins un trouble psychiatrique dans sa vie (et 29,1% durant l'année passée) (Kovess et Lazarus 1999). La prévalence de troubles psychotiques était de 16% (vie entière) (et 6% l'année passée).

L'enquête SAMENTA (réalisée 13 ans après la première étude citée ci-dessus) indiquait que chez les personnes sans-domicile accompagnées d'enfants en Île-de-France, 28,8% étaient atteints de troubles psychiatriques sévères (Laporte et al. 2015). Cette étude montrait que la nature des troubles psychiatriques était différente selon le statut familial : la prévalence des troubles psychotiques était plus importante chez les personnes sans enfants, et les troubles anxieux étaient plus fréquents chez les personnes accompagnées d'enfants.

En plus de leurs conditions de vie actuelles qui participent à la dégradation de leur santé mentale, les événements de vie ayant participé à la précarisation de ces femmes, et la

perte de leur logement peuvent aussi conduire à des états dépressifs ou à des troubles anxieux (Royer et al. 2010). Plus de deux tiers des femmes d'ENFAMS ont connu un évènement violent ; les femmes enquêtées ont été nombreuses à déclarer avoir subi des violences sexuelles (pratiquement deux fois plus qu'en population générale), et plus d'une sur cinq a été mutilée (excision). La répercussion des évènements de vie difficiles sur leur état psychologique est importante : plus de la moitié ont connu un épisode de stress post-traumatique dans leur vie, 18% ont déjà pensé au suicide, 5% d'entre elles ont déjà fait une tentative de suicide lors de l'année précédant l'enquête³³. L'enquête SAMENTA indiquait que 17,2% des femmes interrogées avaient déclaré avoir tenté de se suicider (Laporte et al. 2010). Les résultats de l'enquête SD 2012 confirme ce lien entre santé mentale et victimisation chez les femmes sans-domicile : un quart des personnes sans-domicile interrogées déclaraient avoir connu un épisode dépressif³⁴ et le fait d'avoir une santé mentale fragilisée était associé à davantage d'évènements graves vécus pendant l'enfance.

Une très mauvaise santé nutritionnelle

Leur santé nutritionnelle est alarmante, avec pratiquement 14 fois plus de femmes en insécurité alimentaire parmi les femmes sans-domicile qu'en population générale. Cet indicateur dont la définition est « une disponibilité limitée ou incertaine d'aliments adéquats nutritionnellement et sûrs, ou une capacité limitée ou incertaine pour acquérir des aliments appropriés par des moyens socialement acceptables » (Inserm 2014) constitue une barrière aux autres besoins. Se nourrir entre en compétition avec les autres besoins comme se soigner, consulter un médecin, trouver une solution d'hébergement etc. (Gelberg et al. 1997). Ces femmes étaient anémiées pour la moitié d'entre elles, et près de 70% étaient en surpoids ou obèses. L'absence de ressources nécessaires et le fait d'être en famille pourrait expliquer cette forte insécurité alimentaire et plus globalement cette mauvaise santé nutritionnelle. Cependant, même si elles disposent d'aliments pour faire des repas, il est difficile de cuisiner. Près de la

³³ La santé mentale des femmes d'ENFAMS ne sera pas plus exposée dans ce travail puisqu'elle fait l'objet d'un sujet de thèse en cours dans l'équipe ERES (étudiante : Mathilde Roze).

³⁴ La question dans l'enquête SD 2012 est différente car elle leur était directement posée et non pas mesurée à l'aide d'un outil comme dans ENFAMS ou SIRS : « Êtes-vous atteint de l'une de ces maladies ? [...] Dépression ? »

moitié des femmes ne disposent pas de micro-ondes, 37% cuisinent dans une cuisine collective de l'hébergement ou à l'extérieur, et 21% ne cuisinent pas ou ne peuvent cuisiner³⁵. De plus, pour les femmes immigrées, le changement d'alimentation a pu impacter leur santé nutritionnelle. En effet, la littérature sur la santé des migrants indiquent que les conditions de vie et notamment les habitudes alimentaires du pays d'accueil pourrait détériorer la santé de ces femmes (leur nourriture étant plus saine dans leur pays d'origine) (Khlat 2012).

Figure 10 – Photographie d'une femme qui change son enfant dans une chambre réservée aux familles sans-domicile, en février 2013, à Bondy.



Source :- <http://www.bfmtv.com/societe/plus-plus-femmes-sdf-a-paris-727434.html>

Une consommation de substances psychotropes faible

La consommation de substances (tabac, alcool ou drogues) est moins importante chez les personnes sans-domicile. L'enquête SAMENTA soulignait que, bien que la dépendance à l'alcool soit plus importante chez les personnes sans logement qu'en population générale, les personnes sans logement sont moins souvent consommatrices (Laporte et al. 2010).

³⁵ Ces données ne sont pas présentées dans les résultats. Elles sont issues des questions suivantes « Avez-vous à l'intérieur de votre chambre/appartement un four à micro-ondes ? (Réponses : « Oui, fourni par l'hôtel/le centre, Oui, à vos frais, Non, Ne sait pas ») et « Où cuisinez-vous, vous ou votre conjoint, le plus souvent » (Réponses : « dans votre chambre/appartement car vous y avez une cuisine, dans votre chambre/appartement car vous y avez une installation pour chauffer les repas, dans une cuisine collective, à l'extérieur du centre/de l'hôtel, vous ne cuisinez pas ou ne pouvez pas cuisiner »).

Cette étude montrait également que le fait d'être une femme, d'être née à l'étranger, d'être hébergée en hôtel, d'avoir des enfants et d'être en couple sont des facteurs associés à une non-consommation. Ces facteurs (sauf le fait d'être en couple) sont les critères d'inclusion de la population d'ENFAMS, ce qui explique la faible consommation de substances des femmes de notre étude.

Une forte proportion de femmes sans couverture maladie et de refus de soins à cause de la CMU ou l'AME

Près d'une femme sur cinq de notre enquête ne dispose pas de couverture maladie (contre moins d'1% en population générale) - proportion avoisinant celle de l'enquête SD 2012 avec 18% des personnes sans-domicile de l'agglomération parisienne qui n'ont pas de couverture maladie (Pierre-Marie et Roger 2014). Dans l'enquête SD 2012, l'absence de couverture maladie atteignait 45% chez les personnes sans-abri.

Même si près de 70% de notre population se déclare couverte par la CMU ou l'AME, l'absence de couverture pour 20% d'entre elles pose la question de l'accès (ou le maintien des droits d'accès) à la CMU ou à l'AME. Par ailleurs, sur 560 femmes sans-domicile de notre étude bénéficiant de la CMU ou de l'AME, 22% ont déclaré qu'on leur a déjà refusé une consultation médicale parce qu'elles avaient la CMU ou l'AME.

Dans un testing mené à Paris, un médecin généraliste sur quatre avait refusé un rendez-vous à un patient du seul fait qu'il était couvert par la CMU (Parizot 2014). En secteur 2³⁶, le refus des médecins était plus important qu'en secteur 1 (32,6% contre 9,2%). Les raisons des refus étaient : l'appréhension d'une prise en charge médicale plus compliquée, des tâches de gestion plus longues, la crainte que la présence d'un patient « défavorisé » ne gêne sa patientèle habituelle, le principe des tarifs opposables de l'assurance maladie (empêche les médecins en secteur 2 d'appliquer leur dépassement d'honoraires). Dans un rapport remis au Premier ministre en 2014, le Défenseur des droits fait état des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et l'ACS (Aide pour une complémentaire santé) : « *en premier lieu, il ressort de nombreux*

³⁶ Le secteur 1 correspond au tarif servant de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. Le secteur 2 est également appelé « secteur conventionné à honoraires libres ». Les tarifs pratiqués par les médecins qui exercent en secteur 2 sont libres et sont fixés par le médecin.

constats documentés que la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant de « non recours aux droits », autrement dit de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés. Par ailleurs en second lieu, il est établi que certains professionnels de santé refusent l'accès au système de soins à des bénéficiaires de ces dispositifs. » (Le Défenseur des droits 2014).

Un moindre recours aux soins

Globalement, le recours aux soins des femmes sans-domicile est moindre qu'en population générale - résultat retrouvé dans les nombreuses études de la littérature étrangère (Hatton 2001; Hwang et al. 2010). Dans l'enquête SD 2012, la proportion de femmes qui a consulté dans l'année un médecin généraliste ou spécialiste est plus importante que dans notre étude (92% contre 82% dans notre étude) (Moisy 2015). Nous n'avons pas d'information sur la fréquence des consultations en soins primaires, ni des spécialistes ni des urgences. En revanche nous disposons du lieu de dernière consultation : la moitié des femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS avait consulté dans un cabinet médical (52,6%), 22,3% avaient consulté à l'hôpital (urgences, PASS, consultations externes), et 17,2% dans un centre médical³⁷. Seulement 1,9% des femmes avaient consulté dans une association comme Médecins du Monde ou Emmaüs.

La littérature indique que les femmes sans-domicile ont, en général, plus souvent recours aux urgences, à l'hôpital et moins aux soins en ville, parce qu'elles consultent lors de problèmes de santé graves et/ou aigus (Padgett et al. 1995; Kushel et al. 2002)³⁸. Leur comportement est davantage curatif et non préventif (Brunet et al. 2005).

Conclusion

En conclusion, cette partie du manuscrit a permis de présenter quelques indicateurs sur les conditions de vie, l'état de santé, et le recours aux soins des femmes sans logement. Nous avons pu constater des écarts importants avec la population générale – toujours en défaveur des femmes sans logement. Afin d'explorer davantage les barrières qu'elles

³⁷ Résultats non présentés dans la partie « Résultats » de ce chapitre.

³⁸ Nous ne détaillons pas plus ici le renoncement aux soins puisque la partie 3 de cette thèse y est consacrée. Nous y décrirons la prévalence, le type, et les raisons du renoncement aux soins dans l'enquête ENFAMS, et nous les comparerons à celle de la population générale (SIRS).

peuvent rencontrer dans l'accès aux soins, nous allons nous intéresser dans la prochaine partie au dépistage du cancer du col de l'utérus. Nous avons choisi d'étudier le dépistage du cancer col de l'utérus afin d'avoir un exemple des barrières que ces femmes peuvent rencontrer face à un soin de prévention.

Dans la poursuite de ces travaux, nous modéliserons l'impact de l'absence de logement sur la santé perçue en construisant un modèle dans lequel la variable expliquée sera l'état de santé perçue, la variable d'intérêt sera l'absence de logement (être un individu enquêté par ENFAMS versus être un individu enquêté par SIRS), et avec une combinaison de variables d'ajustement (les caractéristiques sociodémographiques, la migration, les événements de vie difficile etc.). Cela permettrait de démêler l'effet de l'absence du logement et celui de leur parcours de vie ou de la migration. Cette étude donnera lieu au troisième article de cette thèse qui s'intitulera « Homelessness effects on women health and health care. A comparison among homeless and general population in Great Paris area ».

Partie 2 – Dépistage du cancer du
sein et du cancer du col utérin chez
les femmes sans-domicile

I. Introduction

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec plus de 48 000 nouveaux cas en 2012, et représente le cancer le plus meurtrier chez les femmes avec 11 886 décès estimés en 2012 (Binder-Foucard et al. 2013). Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent que le cancer du sein avec 3028 nouveaux cas par an, le plaçant au 11ème rang des cancers chez la femme (Binder-Foucard et al. 2013). La mortalité du cancer du col de l'utérus est estimée³⁹ à environ 1000 cas en France en 2012, soit le 12ème cancer le plus meurtrier. La mise en place des dépistages des cancers féminins a fortement diminué l'incidence et la mortalité de ces deux cancers (Mathew et George 2009). En cas de dépistage précoce, le pronostic est bon avec un traitement et un suivi approprié (INCa 2016).

Depuis 2004, le dépistage du cancer du sein fait partie des dépistages organisés en France : les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées par courrier à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins) - programme pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Le dépistage du cancer du sein peut être aussi individuel, c'est-à-dire à l'initiative de la femme ou du médecin.

Il existe deux outils de prévention du cancer du col de l'utérus : la vaccination des jeunes filles contre certaines formes du virus HPV⁴⁰ (prévention primaire), et le dépistage des lésions précancéreuses (prévention secondaire) qui reste indispensable, même chez les femmes vaccinées (Heard et al. 2017). La technique de dépistage la plus répandue est le frottis cervico-utérin, destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus. Il existe également un test de détection des HPV dont la mise en place dans le circuit de dépistage fait récemment l'objet d'études (Baay et al. 2005; Engesæter et al. 2016; Orang'o et al. 2016) mais qui n'est pas encore recommandé en routine.

³⁹ Les certificats de décès relatifs au cancer de l'utérus ne précisent pas (dans 60% des cas) s'il s'agit du « col » ou du « corps ». Ainsi, la mortalité par cancer du col de l'utérus est estimée à partir de l'incidence de la survie relative correspondante (Belot et al. 2008).

⁴⁰ Les HPV (*Human Papillomavirus*) sont des virus à ADN qui infectent les cellules de la peau et des muqueuses. Certains provoquent des lésions bénignes et d'autres sont oncogènes. La transmission se fait par contact cutanéomuqueux (nombreuses localisations et infections indirectes par les mains ou le linge).

Encadré 3 - Développement du cancer du col de l'utérus (CCU)

La survenue du CCU est liée à une infection persistante par le HPV (dans 99% des cas de CCU). La majorité des femmes exposées à un HPV bénéficie d'une immunité suffisante pour éliminer le virus (clairance virale). Chez d'autres femmes le virus persiste jusqu'au développement de lésions précancéreuses. La plupart de ces lésions régressent et d'autres aboutissent à un cancer. On distingue alors d'une part, les facteurs de risque de contracter un HPV, et d'autre part les facteurs de risque de progression de l'infection par HPV vers le CCU.

- **Facteurs de risque de contracter un HPV**
 - Âge précoce au premier rapport sexuel
 - Nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie
 - Nombre de partenaires sexuels récents
 - Antécédents de maladies sexuellement transmissibles
 - Parité (+ de 5 grossesses)
 - HIV
 - Tabagisme
 - Absence de méthode contraceptive
 - Origine ethnique
 - Caractéristiques socio-économiques
- **Facteurs de progression de l'infection par HPV vers le CCU**
 - Facteurs exogènes
 - Tabagisme actif
 - Co-infection avec une infection génitale à Chlamydiae/ virus de l'herpès
 - Utilisation au long cours (+ de 5 ans) de contraceptifs oraux
 - Parité
 - Facteurs endogènes
 - Facteurs génétiques
 - Capacité de réponse immunitaire
 - Co-facteurs liés au HPV :
 - Contamination par des géotypes à plus fort pouvoir oncogènes (HPV 16 et 18)
 - Présence d'une charge virale importante

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus reste individuel (à l'initiative du médecin ou du patient, sur prescription médicale)⁴¹, même si sa généralisation est un des

⁴¹ Depuis les années 1990, cinq départements ont mis en place un dépistage organisé. En 2005, un cahier des charges national a été rédigé pour rationaliser et homogénéiser l'organisation des structures de gestion. Depuis 2010, le dépistage organisé a été mis en place dans 13 départements⁴¹. Sa généralisation nationale est un objectif prioritaire de l'INCa et est prévu fin 2017.

objectifs prioritaires de l'Institut national du cancer (INCa) et sera lancée fin 2017. Selon les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé, le frottis doit être pratiqué chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, tous les 3 ans après deux frottis normaux pratiqués à un an d'intervalle (Haute Autorité de Santé 2010). Il peut être pratiqué par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.

Bien que ces techniques de dépistage aient permis une diminution de l'incidence et de la mortalité, cette baisse est limitée à cause de la persistance de formes graves de cancer observées majoritairement chez les femmes n'ayant pas bénéficié d'un dépistage (Piana et al. 2007; INCa 2015; Burton-Jeangros et al. 2017). Il existe des inégalités dans l'accès à ces dépistages : en plus de l'existence de disparités territoriales de l'offre de soins, de la diminution du nombre de gynécologues, et de la faible implication des médecins généralistes dans les campagnes de prévention (Joseph et al. 2014), il existe des déterminants individuels limitant l'accès au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (Duport et al. 2007; Vallée et al. 2010; Duport 2012; Grillo et al. 2012). Ces études indiquent que l'absence de participation au dépistage des cancers féminins en population générale est associée, en France, au fait d'être célibataire, d'avoir un faible niveau d'études, d'être immigrée, de ne pas avoir d'enfant, de ne pas avoir d'assurance santé, de n'avoir jamais eu de problème de santé important, de n'avoir jamais travaillé et de ne connaître personne de malade dans son entourage (Duport et al. 2007; Vallée et al. 2010; Duport 2012; Grillo et al. 2012). Les femmes sans logement ciblées par notre étude cumulent plusieurs de ces facteurs de non-participation au dépistage, en particulier leur situation socio-économique, leur origine étrangère, et leur faible recours aux soins.

Le recours aux dépistages des cancers féminins des personnes sans logement est peu documenté en France. Cependant, des études menées auprès de femmes en situation de précarité soulignent l'absence plus importante du dépistage des cancers chez ces femmes que chez celles ayant de meilleures conditions de vie (Rousseau A et al. 2002; Dalmon et al. 2009; Joseph et al. 2014). A travers une étude menée auprès de 30 femmes sans-domicile prises en charge par le Samusocial de Paris⁴², l'observatoire du Samusocial s'est intéressé notamment à leur recours aux soins gynécologiques et a décrit plusieurs types

⁴² Les sites d'étude de cette enquête qualitative étaient « deux centres d'hébergement de nuit accueillant un public mixte, et un accueil de jour fréquenté notamment par des personnes dormant dans la rue ou d'autres lieux non prévus pour l'habitation ».

d'attitude (préventifs, curatifs et actifs ou passifs) et les facteurs influençant leur recours (Brunet et al. 2005). La durée de vie sans-domicile, les violences conjugales, les antécédents d'addictions et leur état de santé semblent jouer un rôle dans le mode de recours aux soins gynécologiques. Par ailleurs, une enquête menée par Médecins du monde sur les dépistages des cancers féminins auprès de femmes en situation de précarité a souligné la rareté des pratiques de dépistage dans cette population ainsi qu'un déficit de connaissances sur les pratiques préventives (Médecins du Monde 2013a). Près de 70% des femmes interrogées dans cette enquête de Médecins du monde (MDM), âgées de 50 à 74 ans n'avaient jamais réalisé une mammographie et 67% des femmes âgées de 25 à 65 ans, avaient déclaré n'avoir jamais réalisé un frottis au cours de leur vie.

Des études menées aux Etats-Unis (Cardin et al. 2001; Engelstad et al. 2001; Coker et al. 2006) et en Australie (Quinlivan et al. 2004) ont montré qu'en plus des barrières dans l'accès au dépistage, les femmes en situation de précarité et/ou sans-domicile présentent aussi un risque plus élevé de ne pas être suivies après un frottis anormal⁴³ ou après une mammographie anormale (Karlner et al. 2012). Une étude américaine montre que 13% des cancers invasifs du col de l'utérus sont attribuables à un manque ou à un mauvais suivi après un résultat anormal de frottis (Leyden et al. 2005).

Ainsi, le dépistage des cancers féminins doit être considéré dans l'intégralité de son processus (Figure 11) et non seulement dans l'accès au test de dépistage. Nous avons considéré plusieurs niveaux de difficultés dans le processus d'un dépistage individuel :

1. Connaissance sur le système de soins et sur le dépistage
2. Réalisation de l'examen de dépistage
3. Connaissance des résultats
4. Compréhension des résultats
5. Suivi suite à un frottis anormal

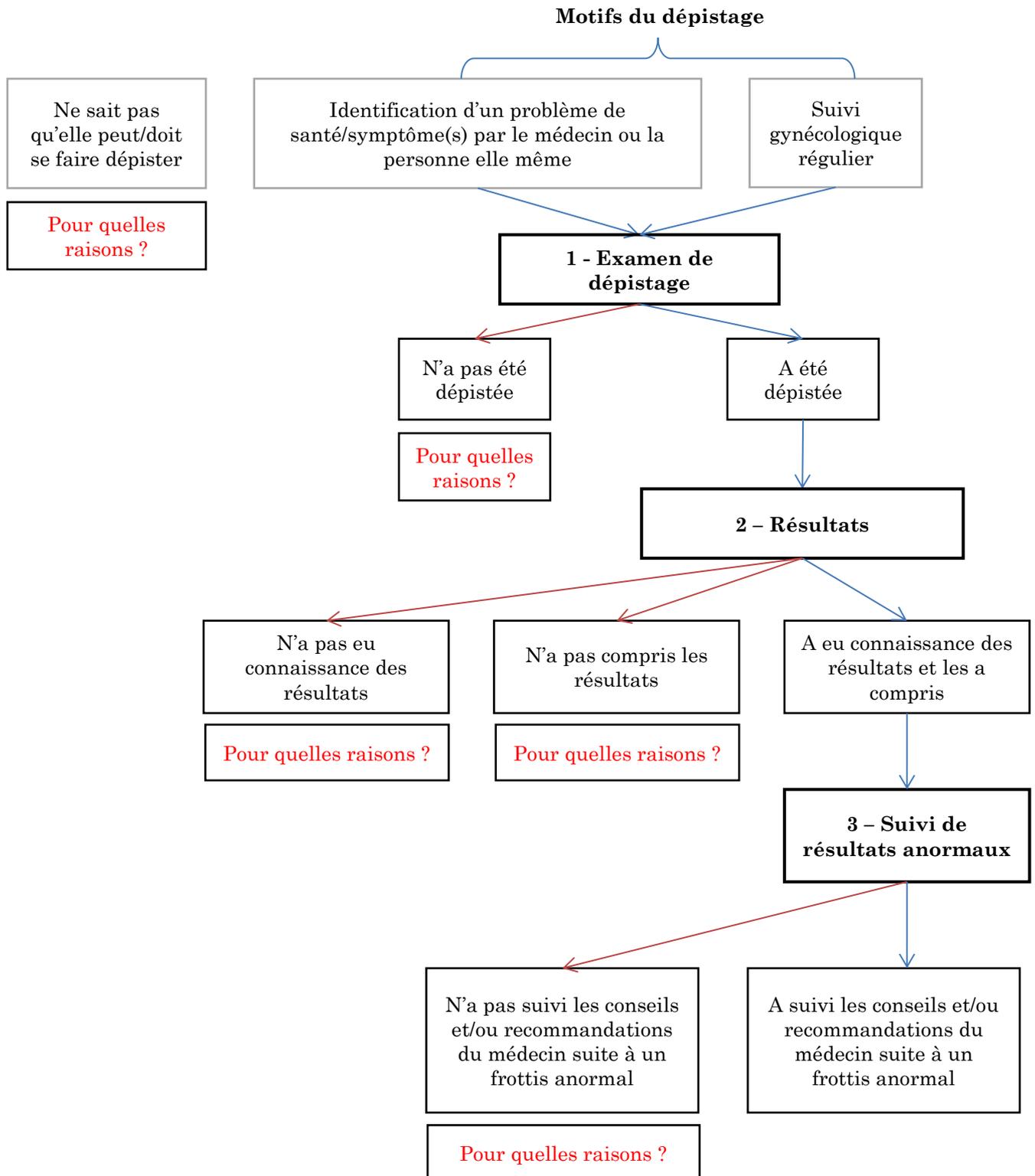
Dans cette partie de la thèse, à partir des données issues de l'enquête ENFAMS, nous avons cherché à décrire la distribution de la prévalence de l'absence de dépistage du

⁴³ Un frottis anormal indique que des cellules possédant des anomalies ont été mises en évidence.

cancer du sein chez les femmes sans-domicile. Dans un second temps, nous avons estimé la prévalence de l'absence du dépistage du cancer du col de l'utérus, et identifié les facteurs associés à l'absence de dépistage en utilisant un modèle conceptuel, le « Behavioral Model for Vulnerable Populations » et une méthode de régression de Poisson à variance robuste⁴⁴. Dans une troisième partie, nous avons présenté les résultats de quelques entretiens semi-directifs dans lesquels nous interrogeons quelques femmes au décours de l'enquête ENFAMS, sur les points 3, 4, et 5 listés ci-dessus, afin d'apporter quelques éléments de réponse sur le contexte de réalisation du dépistage, la connaissance et la compréhension des résultats, et le suivi des résultats anormaux.

⁴⁴ Cette analyse n'a pu être réalisée pour le dépistage du cancer du sein, du fait du petit nombre de femmes concernées par les recommandations actuelles dans l'enquête (en l'occurrence de plus de 50 ans).

Figure 11 – Etapes dans le déroulement du dépistage individuel du cancer du col de l’utérus.



II. Dépistage du cancer du sein

1. Méthodes

1.1. Critères d'inclusion de la population

La population ciblée par les recommandations de dépistage - âgée de 50 à 74 ans, représentait seulement 11 femmes, soit 1% des femmes interrogées dans l'enquête. L'estimation de la prévalence de femmes non dépistées et l'étude de la distribution de l'absence de dépistage du cancer du sein ont donc été réalisés sur l'ensemble des femmes ayant répondu à la question : « Avez-vous déjà fait une mammographie de dépistage (radiographie des seins) ? » (N=759).

1.2. Analyses statistiques

L'estimation des prévalences et des moyennes ont été pondérées inversement à la probabilité d'inclusion de chaque participant en accord avec le plan de sondage (Ardilly et Le Blanc 2001; Observatoire du Samusocial 2014). La comparaison des prévalences et des moyennes a été réalisée à l'aide du test du chi-deux et du t-test. En raison du faible effectif de la population ciblée par les recommandations de la pratique de dépistage du cancer du sein dans cette enquête, nous avons choisi de ne pas réaliser de régression mais une description de l'absence de dépistage selon plusieurs caractéristiques.

1.3. Choix des facteurs de la distribution de l'absence de dépistage

Les facteurs sélectionnés étaient les suivants :

✓ **Caractéristiques socio-démographiques**

- l'âge catégorisé en 4 classes : 18-24, 25-34, 35-44, 45 et plus.
- le pays de naissance regroupé en deux catégories : « France » ou « hors de France ».
- le statut administratif était initialement détaillé en 13 modalités suivantes : « en possession : (1) du statut de réfugié, (2) d'un récépissé de demande de carte de séjour, (3) de documents prouvant qu'il/elle est demandeur d'asile, (4) d'une carte de résident de 10 ans avec autorisation de travailler, (5) d'une carte de séjour temporaire ou tout autre titre de séjour provisoire de moins de 1 an, (6) de 3 ans, (7) de 10 ans, (8) sans titre de séjour valide/sans papier, (9) dans une situation qui

le/la dispense légalement de titre de séjour, (10) citoyen français, (11) autre, (12) ne veut pas répondre, (13) ne sait pas. Ces treize modalités ont été reclassées en 3 modalités pour l'ensemble des travaux : « français » (modalité 10), « régularisé » (modalités 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9), et « non régularisé » (modalité 8).

- le niveau d'études en 4 catégories : « jamais scolarisée », « enseignement primaire » (élémentaire), « enseignement secondaire » (collège, lycée) ou « enseignement supérieur » (supérieur au lycée).
- les difficultés de langage (avoir une difficulté pour comprendre, ou parler, ou lire ou écrire le français) en variable dichotomique (oui/non). Cette question n'était posée qu'aux femmes nées à l'étranger ; nous avons considéré que les femmes nées en France n'avaient pas de difficulté de langage.
- le temps passé en France : cumul des périodes passées en France antérieurement à la dernière date d'arrivée additionné, au délai depuis lequel l'enquêtée est en France. Nous avons catégorisé la variable « avoir passé plus ou moins d'un quart de sa vie en France » en 2 modalités (oui/non). Cette question n'était posée qu'aux femmes nées à l'étranger ; nous avons considéré que pour les femmes françaises nées en France, la réponse était « avoir passé plus d'un quart de sa vie en France ».

✓ **Ressources et situation professionnelle**

- la situation professionnelle était en 9 catégories : (1) travaille avec ou sans contrat de travail, hors petits boulots, (2) travaille en tant que bénévole, (3) ne travaille pas et recherche un emploi, (4) ne travaille pas et ne cherche pas d'emploi, (5) est retraitée, retirée des affaires, (6) est en stage, en formation professionnelle, (7) est étudiante ou encore scolarisée, (8) est en congés maternité ou parental de plus de 3 mois, (9) autre. Ces modalités ont été regroupées en 3 modalités grâce aux définitions Insee : « actives occupées »⁴⁵ (modalités 1, 2),

⁴⁵ Définition des actifs occupés selon l'Insee : « La population active occupée (ou population active ayant un emploi) comprend, au sens du recensement de la population, les personnes qui déclarent être dans l'une des situations suivantes : exercer une profession (salariée ou non), même à temps partiel ; aider une personne dans son travail (même sans rémunération) ; être apprenti, stagiaire rémunéré ; être chômeur tout en exerçant une activité réduite ; être étudiant ou retraité mais occupant un emploi. ».

Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1737>

- « sans emploi » (modalités 3, 4), et « inactives »⁴⁶ (modalités 5, 6, 7, 8) (selon la mention précisée, la modalité « autre » a été reclassée en chômeuses ou inactives).
- avoir bénéficié au moins d'une aide sociale durant les derniers mois (oui/non). Les différents types d'aides étaient : APL, aide aux demandeurs d'asile (allocation temporaire d'attente), aide financière pour les enfants (donnée par une assistante sociale), AAH, allocation chômage, allocation d'insertion, allocation de rentrée scolaire, API, allocation parentale d'éducation, des allocations familiales, un complément familial, dispositif Paje de la CAF, le RMI / RSA ou le RMA, pension alimentaire, pension de veuvage, autre aide.
 - Revenu mensuel par unité de consommation⁴⁷ (au-dessus ou en dessous de la valeur médiane du revenu dans cette population, soit 211€ par unité de consommation par mois).

✓ **Caractéristiques de la famille**

- la présence d'un conjoint/concubin en 3 modalités : « est en couple et vit avec le partenaire », « en couple mais ne vit pas avec le partenaire », « n'est pas en couple ».
- avoir accouché au moins une fois en France (à partir des questions sur le pays de naissance du ou des enfants de l'enquêtée) : oui/non
- le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée classé en 2 catégories : « au moins 3 enfants » ou « moins de 3 enfants » (définition de l'Insee⁴⁸ : « Une famille est dite nombreuse lorsqu'elle comprend trois enfants ou plus »).

✓ **Le parcours résidentiel**

⁴⁶ Définition des « inactifs » selon l'Insee : « Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler ».

Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2018>

⁴⁷ Définition de l'unité de consommation selon l'Insee : « Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). [...] L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. »

⁴⁸ Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1618>

- le type d'hébergement au moment de l'enquête classé en 4 catégories : « hôtel social », « CADA », « CHU », « CHRS ».
- la durée de vie sans-domicile, calculée avec la date où l'enquêtée s'est retrouvée pour la première fois à la rue, catégorisée en 2 classes : « plus ou moins 2 ans ».
- le nombre moyen de déménagement par an (changement de structures ou retour à la rue) depuis la première période d'absence de domicile, dichotomisé en « plus de 4 par an » ou « moins 4 par an ».

✓ **Couverture maladie et recours aux soins**

- avoir une couverture de sécurité sociale : oui/non.
- avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours de l'année : oui/non.
- avoir un suivi gynécologique régulier : oui/non.
- avoir déjà réalisé un frottis du col de l'utérus : oui/non.

✓ **Santé perçue et mesurée**

- l'état de santé perçue quant à la santé générale, physique et psychologique dont les modalités proposées pour chacun de ces 3 items étaient en 5 modalités : « très bon », « bon », « moyen », « mauvais », « très mauvais ». Les modalités ont été regroupées en « très bon, bon ou moyen » versus « mauvais ou très mauvais ».
- avoir eu un problème de santé (à partir de la question posée suivante « *Au cours de votre vie, avez-vous eu un (ou plusieurs) problème(s) de santé important(s) qui vous a (ont) gêné dans votre vie quotidienne ?* ») : oui/non.
- l'insécurité alimentaire (oui/non) mesurée à partir de la version française du Household Food Security Module questionnaire (Radimer et Radimer 2002; Martin-Fernandez et al. 2013).

✓ **Addictions**

- avoir connu une période de consommation excessive d'alcool (la consommation excessive était celle perçue par l'enquêtée) : oui/non.
- le statut tabagique actuel en 2 catégories : « fume actuellement » ou « ne fume pas ».

- avoir connu au moins une période de consommation régulière de drogues : oui/non.

✓ **Santé mentale et événements de vie difficiles**

- avoir été en dépression pendant les 12 derniers mois : oui/non. Cette variable a été mesurée à partir des réponses au questionnaire du CIDI (Kessler et Ustün 2004).
- avoir vécu un événement violent : oui/non. La question posée était : « *Avez-vous vécu à un moment donné de votre vie un évènement terrible, effrayant, horrible qui vous a occasionné des problèmes comme : des souvenirs ou des rêves bouleversants, le sentiment d'être détachée des autres, des problèmes de sommeil ou de concentration, ou bien une nervosité excessive ?* ».
- avoir subi dans sa vie une agression physique ou sexuelle : oui/non.
- être excisée : oui/non.

✓ **Opportunités de contacts sociaux**

- la fréquence de contact avec les amis, la famille, par téléphone ou par sms, internet ou mail : « au moins un contact tous les trois jours », « aucun ». Cette variable a été calculée à partir de la question suivante : « *Au cours des douze derniers mois, à quel rythme avez-vous communiqué par téléphone, texto, internet, courrier etc. avec les membres de votre famille ou des amis, ne résidant pas avec vous ?* » Cette variable était posée pour les contacts avec (1) le père, (2) la mère, (3) une personne qui a joué le rôle de parent dans l'enfance de l'enquêtée, (4) un des frères et sœurs et (5) avec d'autres membres de la famille. Les modalités de réponse étaient (1) chaque jour, (2) une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour), (3) plusieurs fois par mois, (4) une fois par mois, (5) au moins une fois par mois (mais moins d'une fois par mois), (6) jamais, (7) sans objet, décédé, inconnu, pas de frère, ou de sœur, pas d'ami. Nous avons attribué à chacune de ces modalités un nombre de contact, puis nous avons totalisé le nombre de contacts pour douze mois pour les différents types de contact (avec le père, la

mère etc...) et nous avons divisé par 122 (365 jours divisés par 3), pour obtenir le nombre de contact moyen sur 3 jours.

- la présence de membres de la famille (en dehors du ménage) en Ile-de-France : oui/non.
- s'être confiée à au moins une personne en dehors du conjoint et des enfants durant les douze derniers mois : oui/non.
- avoir été invitée par des amis ou de la famille pour une fête ou une cérémonie familiale : oui/non.

✓ **La mobilité quotidienne**

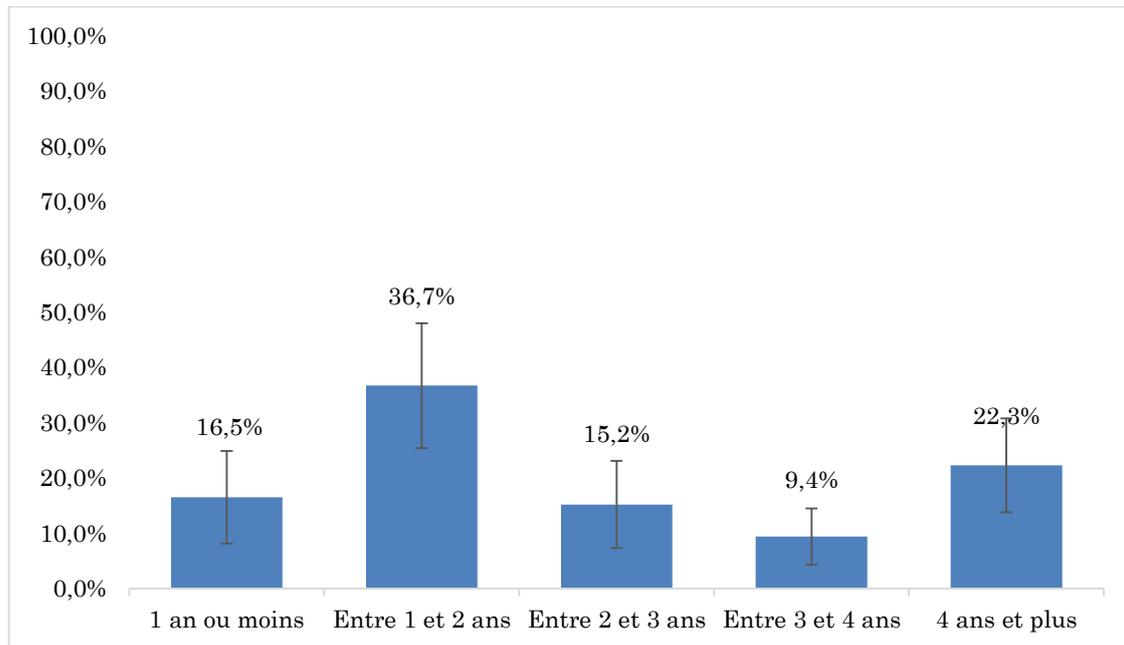
- la disposition propre d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé : oui/non
- les difficultés dans les transports en commun à partir de la question « *Eprouvez-vous des difficultés à vous déplacer en transport en commun ?* » : oui/non
- avoir quitté la région parisienne durant plus d'une journée durant les douze derniers mois : oui/non

2. Prévalence de l'absence de dépistage du cancer du sein

Si l'on considère la tranche d'âge ciblée par les recommandations actuelles, c'est-à-dire les femmes âgées de 50 à 74 ans (N=11), on estime que 28,1% d'entre elles [0 ; 56,9] ne seraient pas dépistées. Cette estimation est très imprécise, étant donné le faible effectif de l'échantillon âgé de plus de 50 ans. En considérant l'ensemble des femmes ayant répondu à la question sur la réalisation de la mammographie (N=759), on estime que 80,5% [76,9-84,1] d'entre elles n'ont jamais eu de mammographie au cours de leur vie. Sur les femmes ayant réalisé une mammographie au cours de leur vie (N=135), environ 50% l'ont fait dans les deux dernières années⁴⁹ (Figure 12).

⁴⁹ Calculé à partir des réponses à la question « *Quelle est la date de votre dernière mammographie ?* »

Figure 12 – Distribution du délai de la dernière mammographie chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013) (N=135).



Note : %, prévalences pondérées.

Champ : 135 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 et ayant répondu à la question sur le dépistage du cancer du sein, 127 répondantes.

3. Description de la distribution de l'absence de dépistage du cancer du sein

L'absence de dépistage du cancer du sein chez les femmes sans-domicile variait significativement selon plusieurs facteurs (Tableau 13) :

- **L'âge.** L'absence de dépistage était plus importante dans les catégories d'âge les plus jeunes (82,1% chez les femmes de la tranche des 18-29 ans contre 62,2% chez les femmes âgées de plus de 45 ans) ($p=0,009$).
- **La maîtrise de la langue.** Les personnes ayant déclaré avoir au moins une difficulté à comprendre, lire, écrire ou parler le français étaient moins dépistées que les femmes ne déclarant pas de difficultés en français (85,9% contre 72,7%) ($p<0,001$).
- **Le suivi gynécologique.** Les femmes déclarant ne pas avoir de suivi gynécologique régulier étaient moins dépistées (84,6%) que les autres (66,4%) ($p<0,001$).
- **Le fait de n'avoir jamais été dépistée du cancer du col de l'utérus.** Les femmes déclarant n'avoir jamais eu de frottis au cours de leur vie étaient moins dépistées (86,9%) que les autres (71,2%) ($p<0,001$).

- **Un mauvais état de santé perçue.** Les femmes déclarant que leur état physique était très bon, bon ou moyen étaient moins dépistées (81,6%) que celles qui se déclaraient en mauvais état physique (70,7%) ($p=0,045$).
- **Avoir connu un évènement de vie difficile.** L'absence de dépistage était plus fréquente chez les femmes n'ayant pas connu d'évènement difficile de vie (86,7%) que chez les autres (86,7%) ($p=0,010$).
- **Les violences physiques ou sexuelles.** L'absence de dépistage était moins fréquente chez les femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles (69,7%) que chez les autres (81,7%) ($p=0,009$).
- **L'excision.** L'absence de dépistage était plus fréquente chez les femmes excisées (90,0%) que chez les femmes non excisées (78,5%) ($p<0,001$).
- **La mobilité en région francilienne.** L'absence de dépistage du cancer du sein était plus élevée lorsque les femmes déclaraient ne pas avoir quitté la région francilienne durant plus d'une journée au cours de l'année (83,6% contre 68,9%) ($p<0,001$).

Les variables qui n'étaient significativement pas associées à l'absence de dépistage du cancer du sein sont dans l'Annexe 4 (le pays de naissance, le niveau d'études, le statut administratif, la situation professionnelle, la perception d'aides sociales, le revenu, la vie en couple, le pays d'accouchement, le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée, le type de lieu d'hébergement, la durée du sans-abrisme, le nombre moyen de déménagements par an, la couverture maladie, le recours à un médecin dans l'année, la déclaration d'un problème de santé important, l'état de santé générale perçue, l'état de santé psychologique perçue, l'insécurité alimentaire, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool au cours de la vie, la consommation régulière de drogues, la dépression, la fréquence de contact avec les amis et la famille, la présence de membres de la famille en IDF, la confiance en un tiers, avoir été invitée par un tiers à une cérémonie, la disposition d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé, la difficulté à se déplacer en transport en commun).

Tableau 13 – Facteurs associés significativement à l'absence de dépistage du cancer du sein chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).

Variabiles	n	(%)	IC 95%	pvalue
Age				<i>0,009</i>
25-29	103	82,1%	[66,7-97,5]	
30-34	412	86,6%	[82,8-90,4]	
35-44	209	72,7%	[65,7-79,7]	
45 ou +	35	62,2%	[45,9-78,6]	
Difficultés en français				<i><0,001</i>
Oui	459	85,9%	[82,4-89,4]	
Non	299	72,7%	[65,7-79,7]	
Suivi gynécologique régulier				<i><0,001</i>
Oui	186	66,4%	[57,0-75,9]	
Non	570	84,6%	[80,9-88,4]	
Avoir réalisé au moins un frottis				<i><0,001</i>
Oui	321	71,9%	[65,6-78,2]	
Non	411	86,6%	[81,9-91,3]	
Etat de santé physique perçu				<i>0,045</i>
Très bon, bon, moyen	682	81,6%	[77,7-85,4]	
Pauvre, très pauvre	75	70,7%	[59,4-82,0]	
Avoir connu un évènement de vie difficile				<i>0,010</i>
Oui	469	76,1%	[71,0-81,3]	
Non	265	86,7%	[81,5-91,8]	
Avoir subi une agression physique ou sexuelle				<i>0,009</i>
Oui	111	69,7%	[60,1-79,3]	
Non	622	81,7%	[77,9-85,6]	
Excision				<i>0,001</i>
Oui	159	90,0%	[85,8-94,2]	
Non	585	78,5%	[74,1-82,9]	
Avoir quitté l'IDF plus d'une journée l'année passée				<i><0,001</i>
Oui	140	68,9%	[59,7-78,0]	
Non	612	83,6%	[79,9-87,4]	

Note : n, Effectifs ; %, prévalences pondérées ; IC95%, Intervalles de confiance

Champ : 759 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 et ayant répondu à la question sur la mammographie.

III. Dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Méthodes

1.1. Critères d'inclusion de la population

La population a été sélectionnée sur l'âge ciblé par les recommandations actuelles (Haute Autorité de Santé 2010) qui, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, s'appliquent aux femmes âgées de 25 à 65 ans, soit 661 femmes de l'enquête (87%). L'analyse des facteurs associés a été réalisée en cas complets, c'est-à-dire sur un échantillon de femmes sans données manquantes pour toutes les variables choisies en analyse univariée, représentant 508 femmes âgées de 25 à 65 ans.

1.2. Prévalences et moyennes

L'estimation des prévalences et les moyennes ont été pondérées inversement à la probabilité d'inclusion de chaque participant en accord avec le plan de sondage (Ardilly et Le Blanc 2001; Observatoire du Samusocial 2014). La comparaison des prévalences et des moyennes a été réalisée à l'aide du test du chi-deux et du t-test.

1.3. Facteurs associés à l'absence de dépistage

Le « Behavioral Model for Health Service Use » (BMHSU) est un modèle conceptuel, développé en 1968 par Andersen pour conceptualiser les facteurs agissant sur l'utilisation des services de santé par une population (Andersen 1968, 1995; Aday et Andersen 1974). Il se base sur l'hypothèse selon laquelle le recours aux soins est fonction de trois catégories de facteurs : des facteurs prédisposant à utiliser les services de santé (« predisposing factors »), des facteurs favorisant (ou limitant) son utilisation (« enabling factors ») et des besoins de soins de l'individu (« need factors »). En 2000, ce modèle a été « adapté » pour les populations vulnérables en divisant chaque composante du modèle (predisposing, enabling, need) en deux parties : l'une composée des facteurs « classiques » utilisés dans le modèle d'origine du BMHSU et l'autre composée de facteurs de « vulnérabilité »⁵⁰. Cette révision du modèle a été intitulé « Behavioral Model for

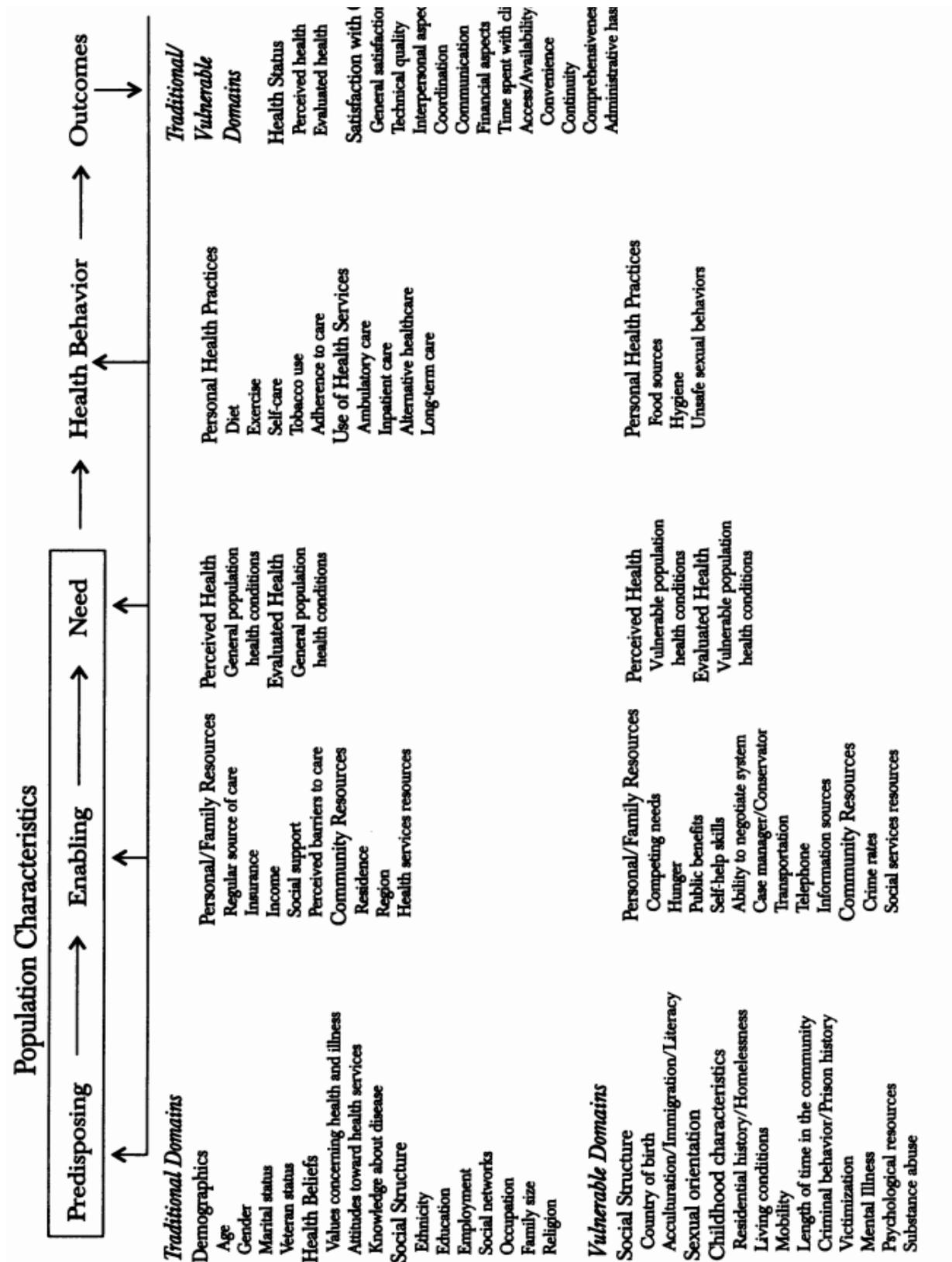
⁵⁰ Dans la suite du manuscrit, afin de faciliter la lecture, on nommera les 6 groupes de facteurs de la manière suivante : les facteurs prédisposants classiques, les facteurs

Vulnerable Populations » (BMVP) (Gelberg et al. 2000) (Figure 13). Les auteurs de ce modèle ont fait une distinction entre les facteurs « classiques » qui ont un impact sur le recours aux soins dans de nombreuses populations, et les facteurs que l'on retrouve davantage chez les personnes appartenant à des groupes de populations dites « vulnérables » comme par exemple chez les migrants (Velez et al. 2016), les personnes ayant des troubles du comportement (Stergiopoulos et al. 2016), les personnes séropositives (Andersen et al. 2000), et les femmes de l'Armée (Wooten et al. 2016).

Une revue de littérature a décrit l'ensemble des études utilisant le BMVP (Babitsch et al. 2012) et indiquait les facteurs les plus utilisés. Par exemple, les facteurs prédisposant classiques incluaient les facteurs démographiques et sociaux. Les facteurs prédisposant de vulnérabilité ont inclus les facteurs relatifs à la trajectoire de vie du parcours des personnes sans-domicile, les évènements de vie difficiles et la consommation d'alcool et de drogues. Les facteurs limitant l'utilisation de services de santé classiques incluaient les facteurs relatifs aux ressources financières, à l'absence de couverture maladie, et au suivi médical. Les variables de vulnérabilité limitant l'utilisation de services de santé concernaient les barrières liées aux transports, à la langue et à un faible réseau social. Enfin, les besoins en soins classiques incluaient les facteurs décrivant la santé perçue ou mesurée et dans les besoins de soins de vulnérabilité, on retrouvait des indicateurs mesurant la santé de la population étudiée.

prédisposants de vulnérabilité, les facteurs limitant classiques, les facteurs limitant de vulnérabilité, les besoins classiques et les besoins de soins de vulnérabilité.

Figure 13 – Schéma du modèle conceptuel de Gelberg : « the Behavioral Model for Vulnerable Populations ».



Source : (Gelberg et al. 2000)

1.4. *Choix des facteurs à inclure dans le modèle*

Les caractéristiques mobilisées dans la partie analytique (Figure 14) ont été sélectionnées (parmi les variables collectées dans l'enquête ENFAMS, à partir de l'article théorique d'Andersen *et al.* et de la revue de la littérature de Babitsch *et al.* Les variables décrites ci-dessous sont, pour la plupart, utilisées dans la partie du dépistage du cancer du sein (Partie II. 1.3). Nous listerons donc les variables utilisées dans le modèle mais sans détailler les modalités sauf pour certaines variables qui ne sont pas codées de la même manière que pour l'étude du dépistage du cancer du sein.

Les **facteurs prédisposants classiques** comprenaient les facteurs tels que l'âge (découpé en 4 catégories : 25-29, 30-34, 35-44 et 45 et plus), le pays de naissance, le niveau d'études, la situation professionnelle, la présence d'un conjoint/concubin, le nombre d'enfants.

Les **facteurs prédisposants liés à la vulnérabilité** étaient soit liés à la migration, tels que le statut administratif et le temps passé en France ; soit liés à l'absence de domicile, tels que la durée de vie sans-domicile, le type d'hébergement au moment de l'enquête, le nombre moyen de déménagements par an (changement de structure ou retour à la rue) depuis la première période d'absence de domicile ; soit liés aux événements de vie difficiles tels que l'excision, les violences physiques ou sexuelles ; soit liés à la consommation de substance, tels que l'histoire d'une consommation excessive d'alcool et le statut tabagique actuel.

Les **facteurs limitants classiques** étaient liés aux ressources financières comme le revenu et les aides sociales. Ils comprenaient aussi les facteurs liés à la couverture maladie ; au recours aux autres soins tels que la consultation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste au cours de l'année, la contraception, et la réalisation d'au moins une mammographie dans l'année (oui/non).

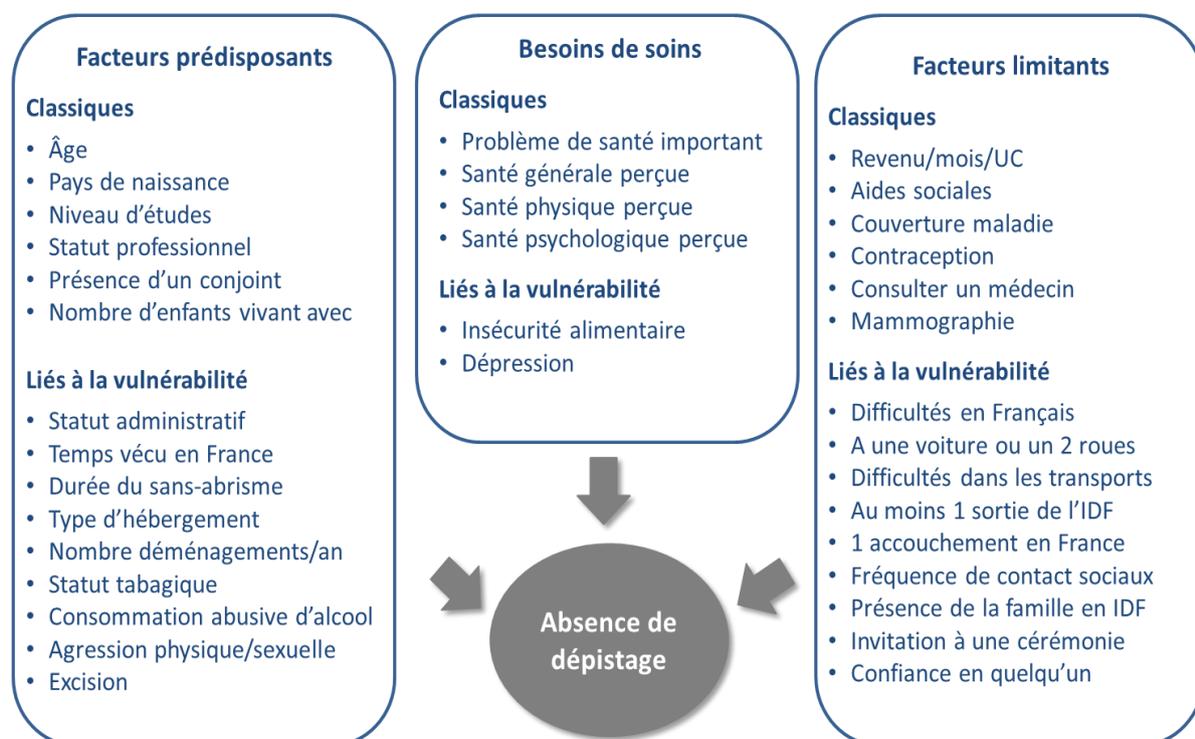
Les **facteurs limitants liés à la vulnérabilité** comprenaient les difficultés de langage ; les difficultés dans les transports en commun, la disposition propre d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé ; la mobilité hors de Paris et l'accouchement. Quatre variables étaient liées à l'opportunité de contacts sociaux telles que la fréquence de contact avec les amis, la famille, par téléphone ou par sms, internet ou mail, la présence de membres de la famille (en dehors du ménage) en Ile-de-France, s'être confiée à au

moins une personne en dehors du conjoint et des enfants durant les douze derniers mois, avoir été invitée par des amis ou de la famille pour une fête ou une cérémonie familiale.

Les **facteurs de besoins de soins classiques** étaient : la déclaration d'un problème de santé au cours de la vie important et gênant dans la vie quotidienne et la perception de l'état de santé générale, physique et psychologique ou émotionnelle.

Les **facteurs de besoins de soins liés à la vulnérabilité** étaient la dépression et l'insécurité alimentaire.

Figure 14 – « The Behavioral model for Vulnerable Populations » appliqué à l'absence de dépistage chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).



1.5. Méthodes statistiques

Afin de déterminer les facteurs associés à l'absence de dépistage, nous avons modélisé la probabilité que les femmes sans-domicile ne soient pas dépistées en fonction de plusieurs caractéristiques, à l'aide d'une régression de Poisson à variance robuste (Zou 2004). Les résultats ont été exprimés en rapport de prévalence (RP) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) ont été estimés. Ces rapports de prévalence s'interprètent comme des risques relatifs. Le modèle conceptuel « Behavioral Model for Vulnerable Population » (Gelberg et al. 2000; Stein et al. 2007) a été utilisé pour aider à la sélection des variables.

Les analyses ont été stratifiées sur le suivi gynécologique (absence ou non d'un suivi gynécologique régulier) puisqu'il existait une forte association entre la réalisation d'un frottis et l'existence d'un suivi gynécologique (association retrouvée en population générale) (Grillo et al. 2012). Les associations entre plusieurs variables d'un groupe défini⁵¹ et l'absence de dépistage ont été étudiées. Seules les variables dont la significativité était inférieure à 0,20 ont été incluses. Le modèle final est issu d'une procédure pas-à-pas descendante dont les variables étaient significativement associées à l'absence de dépistage ($p < 0,05$).

2. Comparaison des femmes ayant un suivi gynécologique à celles n'ayant pas de suivi.

Les femmes qui déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier avaient un niveau d'études plus faible (25,3% avaient un niveau d'études inférieur ou égal au primaire vs. 12,3% pour celles qui avaient un suivi), et étaient moins souvent en couple (45,9% vs. 60,1% ; $p=0,017$) (Tableau 14). Elles étaient sans-domicile depuis moins longtemps (52,4% étaient sans-domicile depuis moins de 2 ans vs. 36% ; $p=0,015$), étaient hébergées davantage en hôtel (77,6% vs. 61,4% ; $p < 0,001$) et moins souvent en CHRS (11,7% vs. 27,3% ; $p < 0,001$). Elles étaient plus nombreuses à déclarer avoir été victime d'agressions physiques ou sexuelles (16,1% vs. 4,1% ; $p < 0,001$). Elles étaient plus nombreuses à ne pas avoir de couverture maladie (18,0% vs. 8,3% ; $p=0,049$) (Tableau 15), à ne pas avoir consulté de médecin dans l'année (20,1% vs. 9,9% ; $p=0,015$), et à ne jamais avoir réalisé de mammographie (85,0% vs. 68,4% ; $p < 0,001$). Elles étaient plus nombreuses à déclarer avoir des difficultés à comprendre, lire, parler ou écrire le français (62,4% vs. 46,4% ; $p=0,011$).

3. Prévalence de l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus

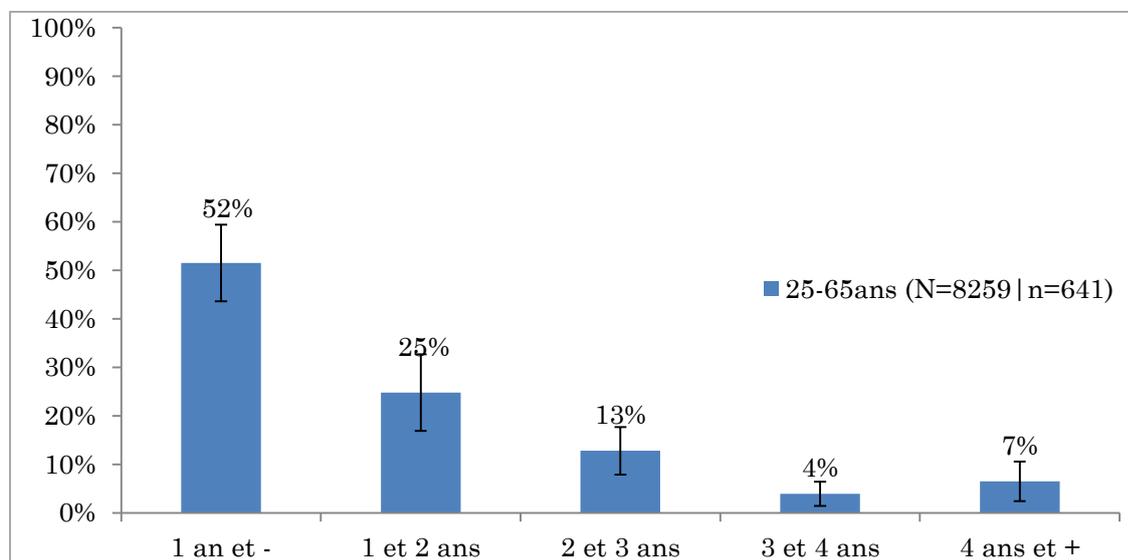
En considérant l'ensemble des femmes ayant répondu à la question sur la réalisation du frottis ($N=734$), 57,3% (IC_{95%}[53,2 ; 61,3]) d'entre elles n'avaient jamais eu de frottis au cours de leur vie. Si l'on considère la tranche d'âge ciblée par les recommandations

⁵¹ Les trois « groupes » sont ceux définis dans le modèle conceptuel (décrit dans le paragraphe précédent) : celui des facteurs prédisposant à utiliser les services de santé ("predisposing factors"), celui des facteurs favorisant (ou limitant) son utilisation ("enabling factors") et celui des besoins de soins de l'individu ("need factors").

actuelles, c'est-à-dire les femmes âgées de 25 à 65 ans (N=641), 58,1% (IC_{95%} [53,7 ; 62,5]) des femmes n'auraient jamais été dépistées. La prévalence de l'absence de dépistage était significativement différente selon le suivi gynécologique (p<0.001). En effet chez les femmes âgées de 25 à 65 ans qui n'avaient pas de suivi gynécologique, 64,2% (IC_{95%}[58,0 ; 70,4]) n'ont jamais été dépistées, contre 33,3% (IC_{95%}[23,3 ; 43,2]) chez les femmes ayant un suivi gynécologique régulier.

Parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans ayant déjà réalisé un frottis au cours de leur vie, 89,2% [84,5 ; 93,9] d'entre elles l'ont fait au cours des trois dernières années (Figure 15)

Figure 15 – Distribution du délai du dernier frottis réalisé chez les femmes sans-domicile, en IDF (ENFAMS, 2013).



Note : %, prévalences pondérées.

Champ : 641 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, et ayant répondu à la question sur le frottis.

4. Facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus

4.1. Analyse univariée

Chez les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier (N=383), l'absence de dépistage était significativement associée aux facteurs prédisposants suivants : un faible niveau d'études, l'absence d'emploi, et la consommation excessive d'alcool (Tableau 14). Les facteurs limitants étaient : le fait de ne pas avoir consulté de médecin dans l'année, l'absence d'invitation par la famille ou les amis durant l'année passée, le fait d'avoir des difficultés en Français, et ne pas avoir de véhicule motorisé (Tableau 15). Il n'y avait pas

de facteurs relatifs aux besoins de soins associés significativement à l'absence de dépistage (Note : SGR, Suivi gynécologique ; Fré, proportions pondérées ; Non dépi.(%), prévalences pondérées de l'absence de dépistage ; IC95% Intervalles de confiance. Champ : 508 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, ayant répondu à la question sur le frottis, ainsi qu'à toutes les autres questions utilisées dans cette analyse (cas complets).

Tableau 16). Les facteurs dont la significativité était comprise entre 0,05 et 0,20 (et qui ont été inclus dans l'analyse multivariée) étaient : l'âge, le temps passé en France, la durée de vie sans-domicile, la perception d'aides sociales, la couverture maladie, la mobilité hors de Paris, et le fait d'avoir accouché en France.

Chez les femmes ayant un suivi gynécologique régulier (N=125), l'absence de dépistage était significativement associée à deux facteurs prédisposants : l'âge et le fait d'être née à l'étranger (Tableau 14). Les facteurs limitants étaient : avoir un faible revenu, l'absence de couverture maladie, le fait de ne pas avoir consulté de médecin dans l'année, l'absence de dépistage du cancer du sein, et les difficultés en français (Tableau 15). Parmi les facteurs de besoins de soins, le fait d'être en mauvaise ou très mauvaise santé psychologique ou émotionnelle et d'être en insécurité alimentaire étaient deux facteurs significativement associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus (Tableau 16)

Tableau 14 – Facteurs prédisposants à l’absence de dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes sans logement personnel avec/sans un suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).

Variables	Pas de SGR (N=383)				SGR (N=125)				p-value
	Fré (%)	Non dépi. (%)	RP	IC 95%	Fré (%)	Non dépi. (%)	RP	IC 95%	
Facteurs prédisposants classiques									
Âge	0,062				<0,001				0,804
25-29	28,2	73,5	1,10	[1,02-1,17]	23,4	59,8	1,21	[1,03-1,42]	
30-34	29,5	59,2	Réf.		33,0	37,9	Réf.		
35-44	37,5	61,1	1,02	[0,94-1,11]	37,5	18,1	0,87	[0,75-1,02]	
45 ou +	4,8	65,5	1,03	[0,89-1,20]	6,1	0,0	0,77	[0,66-0,90]	
Pays de naissance	0,509				<0,001				0,801
Pas en France	94,7	65,0	1,03	[0,94-1,14]	94,2	35,3	1,25	[1,10-1,42]	
France	5,3	50,5	Réf.		5,8	0,0	Réf.		
Niveau d'études	<0,001				0,157				0,014
Jamais scolarisée	10,2	92,0	1,43	[1,29-1,58]	4,6	54,2	1,28	[0,95-1,74]	
Primaire	15,1	79,8	1,33	[1,19-1,48]	7,7	53,5	1,26	[0,97-1,63]	
Secondaire	56,5	64,0	1,20	[1,09-1,33]	73,5	32,6	1,06	[0,90-1,25]	
Supérieur	18,1	36,2	Réf.		14,2	18,9	Réf.		
Statut professionnel	0,015				0,710				0,797
Active occupé	22,9	48,4	Réf.		18,7	18,0	Réf.		
Sans emploi	31,5	73,9	1,16	[1,05-1,28]	34,2	30,0	1,07	[0,91-1,26]	
Inactive	45,6	65,5	1,09	[0,99-1,20]	47,1	41,7	1,04	[0,86-1,22]	
Présence d'un concubin	0,368				0,910				0,049
Est en couple et vit avec lui	45,9	67,9	Réf.		60,1	35,8	Réf.		
Est en couple mais vit seule	17,8	62,1	0,98	[0,90-1,06]	11,4	41,1	1,02	[0,84-1,23]	
N'est pas en couple	36,4	60,6	0,95	[0,89-1,02]	28,5	24,8	0,97	[0,85-1,11]	
Nombre d'enfant	0,553				0,557				0,548
Moins de 3	76,6	62,8	Réf.		73,2	31,5	Réf.		
3 ou plus	23,4	69,0	1,03	[0,95-1,12]	26,8	38,0	1,05	[0,89-1,23]	
Facteurs prédisposants liés à la vulnérabilité									
Statut administratif	0,503				0,107				0,663
Française	8,5	58,6	Réf.		7,9	0,0	Réf.		
Régularisée	58,5	60,3	0,95	[0,81-1,11]	37,9	36,0	1,27	[1,00-1,61]	
Non régularisée	32,9	72,6	0,99	[0,84-1,17]	54,3	36,3	1,26	[1,00-1,58]	
Temps vécu en France	0,052				0,692				0,561
Moins d'un quart de sa vie	74,4	69,5	1,10	[1,00-1,22]	71,3	38,6	1,04	[0,85-1,27]	
Plus d'un quart de sa vie	25,6	48,8	Réf.		28,7	20,1	Réf.		
Durée du sans-abrisme	0,151				0,922				0,015
2 ans ou moins	52,4	71,0	1,06	[0,98-1,15]	36,0	28,0	1,01	[0,83-1,23]	
Plus de 2 ans	47,6	56,8	Réf.		64,0	36,3	Réf.		
Type d'hébergement	0,939				0,289				<0,001
Hôtel social	77,6	65,1	1,02	[0,88-1,18]	61,4	39,3	1,13	[0,95-1,34]	
CADA	5,0	65,5	1,03	[0,88-1,21]	3,7	13,5	0,97	[0,75-1,26]	
CHU	5,6	66,5	1,00	[0,84-1,18]	7,7	39,8	1,17	[0,96-1,44]	
CHRS	11,7	56,6	Réf.		27,3	20,7	Réf.		
Nombre de déménagement	0,493				0,375				0,390
Moins de 4 par an	78,7	61,2	Réf.		83,2	34,8	Réf.		
4 ou plus	21,3	75,6	1,03	[0,95-1,11]	16,8	25,6	0,91	[0,74-1,12]	
Excision	0,433				0,279				0,052
Oui	19,2	66,5	1,03	[0,95-1,13]	29,1	45,9	1,10	[0,93-1,30]	
Non	80,8	63,7	Réf.		70,9	28,1	Réf.		

Variables	Pas de SGR (N=383)				SGR (N=125)				p-value
	Fré (%)	Non dépi. (%)	RP	IC 95%	Fré (%)	Non dépi. (%)	RP	IC 95%	
Violences physiques ou sexuelles				0,747				0,081	<0,001
Oui	16,1	63,3	0,99	[0,90-1,08]	4,1	19,5	0,80	[0,63-1,03]	
Non	83,9	64,4	Réf.		95,9	33,9	Réf.		
Statut tabagique				0,578				0,111	0,405
Fume actuellement	10,2	49,4	0,96	[0,82-1,11]	7,1	10,8	0,82	[0,64-1,05]	
Ne fume pas/plus	89,8	65,9	Réf.		92,9	35,0	Réf.		
Consommation excessive d'alcool pendant une période de la vie				0,015				0,118	0,406
Oui	6,5	34,6	0,84	[0,72-0,97]	4,3	30,0	1,20	[0,96-1,50]	
Non	93,5	66,3	Réf.		95,7	33,4	Réf.		

Note : SGR, Suivi gynécologique ; Fré, proportions pondérées ; Non dépi.(%), prévalences pondérées de l'absence de dépistage ; IC95% Intervalles de confiance.

Champ : 508 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, ayant répondu à la question sur le frottis, ainsi qu'à toutes les autres questions utilisées dans cette analyse (cas complets).

Tableau 15 – Facteurs favorisant l’absence de dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).

Variables	Pas de SGR (N=383)				SGR (N=125)				p-value
	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	
Facteurs favorisant classiques									
Revenu/mois/UC									
< 211€	45,6	72,0	1,05	[0,95-1,15]	49,7	39,5	1,17	[1,01-1,37]	0,480
≥ 211€	54,4	57,7	Réf.		50,3	27,1	Réf.		
Aides sociales au cours de l’année passée									
Aucune	63,3	75,1	1,08	[1,00-1,18]	66,2	36,0	0,89	[0,76-1,05]	0,627
Au moins une	36,7	57,9	Réf.		33,8	31,9	Réf.		
Couverture maladie									
Oui	82,0	63,6	Réf.		91,7	29,8	Réf.		0,049
Non	18,0	67,2	0,93	[0,85-1,01]	8,3	72,1	1,28	[1,05-1,57]	
Consultation d’un médecin dans l’année									
A consulté	79,9	59,9	Réf.		90,1	30,1	Réf.		0,015
N’a pas consulté	20,1	81,5	1,13	[1,06-1,21]	9,9	61,8	1,31	[1,08-1,57]	
Contraception									
Oui	60,8	61,3	Réf.		47,7	34,3	Réf.		0,203
Non	39,2	66,1	1,03	[0,96-1,11]	52,3	32,4	0,96	[0,85-1,09]	
Mammographie									
Oui	15,0	54,3	Réf.		31,6	16,6	Réf.		<0,001
Non	85,0	66,0	1,06	[0,96-1,16]	68,4	41,0	1,24	[1,09-1,40]	
Facteurs favorisant liés à la vulnérabilité									
Difficultés en Français									
Oui	62,4	72,5	1,11	[1,04-1,19]	46,4	47,5	1,21	[1,06-1,38]	0,011
Non	37,6	50,5	Réf.		53,6	20,9	Réf.		
A une voiture ou un deux-roues motorisé									
Oui	11,9	42,1	Réf.		9,4	19,7	Réf.		0,460
Non	88,1	67,2	1,15	[1,00-1,33]	90,6	34,7	1,06	[0,87-1,29]	
A des difficultés à prendre les transports en commun									
Oui	36,6	71,2	1,03	[0,97-1,09]	40,7	39,2	1,11	[0,97-1,27]	0,577
Non	63,4	60,2	Réf.		59,3	29,2	Réf.		
A quitté la région parisienne durant plus d’une journée dans l’année									
Oui	21,5	47,2	Réf.		21,7	42,2	Réf.		0,980
Non	78,5	68,9	1,08	[0,99-1,18]	78,3	30,8	0,88	[0,76-1,02]	
Au moins 1 accouchement en France									
Oui	74,5	60,2	Réf.		74,4	34,6	Réf.		0,985
Non	25,5	76,0	1,05	[0,99-1,11]	25,6	29,5	0,91	[0,80-1,04]	
Contact avec la famille, les amis par téléphone etc,									
Moins d’un tous les 3 jours	73,6	66,0	1,00	[0,93-1,07]	73,7	40,2	1,14	[0,98-1,32]	0,978
Au moins 1 tous les 3 jours	26,4	59,3	Réf.		26,3	13,7	Réf.		

Variables	Pas de SGR (N=383)				SGR (N=125)				p-value
	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	
Invitation par des amis, de la famille pour une fête ou une cérémonie				0,040				0,493	0,481
Non	41,9	77,4	1,08	[1,00-1,17]	37,3	35,6	0,96	[0,85-1,08]	
Au moins une fois	58,1	54,7	Réf.		62,7	31,9	Réf.		
Présence de membres de la famille en IDF				0,454				0,120	0,693
Oui	46,3	58,7	Réf.		44,0	21,5	Réf.		
Non	53,7	69,0	1,03	[0,96-1,10]	56,0	42,5	1,10	[0,98-1,24]	
S'être confiée à quelqu'un dans l'année				0,294				0,061	0,102
Oui	66,7	61,0	Réf.		77,0	30,2	Réf.		
Non	33,3	70,7	1,04	[0,97-1,11]	23,0	43,7	1,15	[0,99-1,34]	

Note : SGR, Suivi gynécologique ; Fré, proportions pondérées ; Non dépi.(%), prévalences pondérées de l'absence de dépistage ; IC95% Intervalles de confiance. Champ : 508 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, ayant répondu à la question sur le frottis, ainsi qu'à toutes les autres questions utilisées dans cette analyse (cas complets).

Tableau 16 – Facteurs liés aux besoins de soins associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).

Variables	Pas de SGR (N=383)				SGR (N=125)				p-value
	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	Fré (%)	Non dépi (%)	RP	IC 95%	
Besoins classiques									
Avoir eu un problème de santé important				0,362				0,355	0,268
Oui	30,0	61,1	0,96	[0,88-1,05]	36,9	27,2	0,93	[0,79-1,09]	
Non	70,0	65,6	Réf.		63,1	36,8	Réf.		
Etat de santé général perçu				0,215				0,416	0,979
Très bon, bon, moyen	88,1	63,3	Réf.		88,2	30,4	Réf.		
Mauvais, très mauvais	11,9	71,2	1,08	[0,96-1,23]	11,8	54,9	0,87	[0,63-1,21]	
Etat de santé physique perçu				0,605				0,127	0,608
Très bon, bon, moyen	90,1	64,3	Réf.		88,3	29,8	Réf.		
Mauvais, très mauvais	9,9	63,5	0,96	[0,82-1,12]	11,7	59,2	1,23	[0,94-1,59]	
Etat de santé psychologique et émotionnel perçu				0,863				0,006	0,269
Très bon, bon, moyen	78,1	63,8	Réf.		72,2	24,5	Réf.		
Mauvais, très mauvais	21,9	65,9	1,01	[0,92-1,11]	27,8	56,2	1,25	[1,07-1,47]	
Besoins liés à la vulnérabilité									
Insécurité alimentaire				0,873				0,012	0,367
Sécurité ou insécurité faible	53,6	64,1	Réf.		51,7	21,1	Réf.		
Insécurité modérée, sévère	46,4	64,3	1,01	[0,94-1,07]	48,3	46,3	1,21	[1,04-1,40]	
Dépression				0,479				0,698	0,412
Oui	30,5	61,2	0,97	[0,90-1,05]	25,4	30,9	0,97	[0,81-1,15]	
Non	69,5	65,5	Réf.		74,6	34,1	Réf.		

Note : SGR, Suivi gynécologique ; Fré, proportions pondérées ; Non dépi.(%), prévalences pondérées de l'absence de dépistage ; IC95% Intervalles de confiance. Champ : 508 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, ayant répondu à la question sur le frottis, ainsi qu'à toutes les autres questions utilisées dans cette analyse (cas complets).

4.2. *Analyse multivariée*

Chez les femmes **sans suivi gynécologique régulier** (Tableau 17), les facteurs associés à l'absence de dépistage étaient : un faible niveau d'études (avec un gradient non significatif, $p=0,597$) ; être sans emploi (RP=1,12 [1,02-1,23]); avoir vécu en France moins d'un quart de sa vie (RP=1,09 [1,01-1,18]) et être sans-domicile depuis moins de deux ans (RP=1,07 [1,01-1,13]). Les femmes non dépistées étaient plus nombreuses à ne pas avoir consulté de médecin dans l'année (comparées aux femmes dépistées) (RP=1,10 [1,04-1,17]), à ne pas avoir été invitée par un ami ou de la famille à une cérémonie (RP=1,09 [1,02-1,17]) et à ne jamais avoir accouché en France (RP=1,09 [1,03-1,16]). Deux facteurs étaient inversement associés à l'absence de dépistage : avoir eu une histoire de consommation excessive d'alcool (RP=0,86 [0,78-0,95]) et ne pas avoir de couverture maladie (RP=0,91 [0,84-0,98]).

Chez les femmes ayant un suivi gynécologique régulier (Tableau 17), les facteurs significativement liés à l'absence de dépistage étaient l'âge (sans effet de gradient), le fait de ne pas être citoyen français, d'avoir eu une histoire de consommation excessive d'alcool (RP=1,38 [1,07-1,80]) ; de ne pas avoir de couverture maladie (RP=1,27 [1,10-1,45]), de ne pas avoir consulté de médecin dans l'année (RP=1,21 [1,01-1,45]), de ne jamais avoir réaliser de dépistage du cancer du sein (RP=1,19 [1,07-1,33]); de ne pas avoir confiance en quelqu'un (RP=1,18 [1,05-1,33]) ; d'avoir des difficultés en Français (RP=1,13 [1,03-1,23]), et de déclarer avoir une mauvaise ou très mauvaise santé psychologique et émotionnelle (RP=1,27 [1,13-1,41]).

Tableau 17 – Facteurs prédisposants, limitants, et liés aux besoins de soins, associés à l’absence de dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes sans-domicile avec/sans suivi gynécologique régulier, en IDF (ENFAMS, 2013).

Variables	Pas de SGR(N=383)		SGR (N=125)	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Facteurs prédisposants classiques				
Âge		0,140		<0,001
25-29	1,09	[1,01-1,17]	1,09	[0,96-1,25]
30-34	Réf.		Réf.	
35-44	1,03	[0,96-1,10]	0,91	[0,82-1,02]
45 ou +	1,09	[0,95-1,26]	0,78	[0,69-0,87]
Niveau d'études		<0,001		
Jamais scolarisée	1,44	[1,30-1,61]		
Primaire	1,31	[1,17-1,47]		
Secondaire	1,20	[1,08-1,32]		
Supérieur	Réf.			
Statut professionnel		0,011		
Active occupé	Réf.			
Sans emploi	1,12	[1,02-1,23]		
Inactive	1,01	[0,92-1,10]		
Facteurs prédisposants liés à la vulnérabilité				
Statut administratif				<0,001
Français			Réf.	
Régularisée			1,34	[1,17-1,52]
Non régularisée			1,26	[1,09-1,45]
Temps vécu en France		0,026		
Moins d'un quart de sa vie	1,09	[1,01-1,18]		
Plus d'un quart de sa vie	Réf.			
Durée du sans-abrisme		0,019		
2 ans ou moins	1,07	[1,01-1,13]		
Plus de 2 ans	Réf.			
Consommation excessive d'alcool		0,002		0,015
Oui	0,86	[0,78-0,95]	1,38	[1,07-1,80]
Non	Réf.		Réf.	
Facteurs limitants classiques				
Couverture Maladie		0,016		<0,001
Oui	Réf.		Réf.	
Non	0,91	[0,84-0,98]	1,27	[1,10-1,45]
Consultation d'un médecin dans l'année		0,002		0,035
A consulté	Réf.		Réf.	
N'a pas consulté	1,10	[1,04-1,17]	1,21	[1,01-1,45]
Mammographie				0,002
Oui				
Non			1,19	[1,07-1,33]
Facteurs limitants liés à la vulnérabilité				
Invitation par des amis, de la famille pour une fête ou une cérémonie		0,015		
Au moins une fois	Réf.			
Non	1,09	[1,02-1,17]		
S'être confiée à quelqu'un dans l'année				0,006
Oui			Réf.	
Non			1,18	[1,05-1,33]
Difficultés en Français				0,009
Oui			Réf.	
Non			1,13	[1,03-1,23]
Au moins 1 accouchement en France		0,004		
Oui	Réf.			
Non	1,09	[1,03-1,16]		
Besoins classiques				
Etat de santé psychologique et émotionnel				<0,001
Très bon, bon, moyen			Réf.	
Mauvais, très mauvais			1,27	[1,13-1,41]

Note : SGR, Suivi gynécologique régulier ; Fré, proportions pondérées ; Non dépi.(%), prévalences pondérées de l'absence de dépistage ; IC95% Intervalles de confiance.

Champ : 508 femmes âgées de 25 à 57 ans, ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, ayant répondu à la question sur le frottis, ainsi qu'à toutes les autres questions utilisées dans cette analyse (cas complets).

IV. Les motifs de dépistage et le suivi des résultats anormaux des dépistages des cancers féminins : une étude complémentaire par entretiens

1. Méthodes

Comme mentionné en introduction de cette partie, en plus des barrières à l'accès au dépistage, les femmes en situation de précarité et/ou sans-domicile présentent aussi un risque plus élevé de ne pas être suivies après un frottis anormal. Les quatre questions sur le dépistage des cancers féminins du questionnaire ENFAMS ⁵² ne permettaient pas d'avoir des informations sur la qualité du suivi et de la prise en charge des femmes présentant des résultats anormaux.

Seuls des entretiens avec des femmes francophones ont pu être conduits (par nos soins). Au total, 64 femmes francophones ont été contactées, entre janvier et mars 2014, ce qui a permis d'amener des pistes de réflexion supplémentaires à ces travaux de recherche.

Sur 64 femmes appelées, 29 ont répondu à notre invitation, 12 avaient changé de numéro de téléphone, 8 ont demandé à être rappelées ultérieurement, 13 n'ont pu être contactées (répondeur) et 2 n'ont pas souhaité répondre.

Les dimensions enquêtées pour chaque cancer (sein et col de l'utérus) étaient :

- les dates des deux derniers examens
- le contexte de dépistage : était-ce à l'initiative de l'enquêtée, de son médecin, ou dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier ?
- les motifs du dépistage individuel : à l'initiative de l'enquêtée ou de son médecin ? quelles étaient les raisons du dépistage (grossesse, problème de santé...)
- les raisons de non dépistage : si l'enquêtée était concernée par la tranche d'âge recommandée pour la réalisation du dépistage, pour quelle(s) raison(s) n'avait-elle jamais réalisé ce dépistage ?

⁵² Ces 4 questions se limitaient aux formulations suivantes : « Avez-vous déjà fait une mammographie de dépistage ? » ; « Quelle est la date de votre dernière mammographie ? » ; « Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus ? », « A quand remonte votre dernier frottis ? ».

- la connaissance des résultats : est-ce que l'enquêtée avait eu connaissance des résultats ? Par quels moyens (était-ce par son initiative ou les avait-t-elle reçus par courrier ou en consultation avec son médecin ?)
- la compréhension des résultats
- le contenu des résultats : est-ce que les résultats étaient normaux, anormaux, ou précisaient-ils la réalisation à nouveau de l'examen ou la réalisation d'autres examens ?
- le suivi des recommandations : si le médecin recommandait de réaliser d'autres examens ou de suivre un traitement, est-ce que les femmes avaient pu suivre ces recommandations ? (si non, quelles en étaient les raisons ?)

Les réponses des 29 questionnaires ont été brièvement décrites afin d'apporter des pistes de réflexion.

2. Dépistage du cancer du sein

Sur les 29 femmes répondantes au questionnaire complémentaire : 13 d'entre elles ont répondu qu'elles avaient déjà effectué une mammographie et 16 qu'elles n'en avaient jamais réalisé (Tableau 18). Parmi les 13 femmes ayant répondu oui à la question de la réalisation d'une mammographie, 12 avaient répondu oui lors de l'enquête ENFAMS et 1 avait répondu non. Parmi les 16 femmes ayant répondu non à la réalisation d'une mammographie, 12 avaient répondu non et 4 avaient répondu oui.

Tableau 18 – Croisement des réponses du questionnaire ENFAMS et du questionnaire complémentaire relatives au dépistage du cancer du sein.

Avez-vous déjà fait une mammographie de dépistage ?		ENFAMS		
		Oui	Non	Total
Questionnaire complémentaire	Oui	12	1	13
	Non	4	12	16
	Total	16	13	29

Champ : 29 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 et ayant aussi répondu au questionnaire complémentaire au début de l'année 2014.

Parmi les 13 femmes qui ont répondu avoir déjà réalisé une mammographie, 8 femmes ont réalisé une seule mammographie et 4 en ont fait 2 et une ne sait pas combien, soit 16 mammographies réalisées.

Quel est le contexte de réalisation du dépistage ?

Majoritairement, les femmes ont déclaré avoir réalisé leur mammographie sur conseil de leur médecin ou à leur demande. Elles pensaient avoir un problème de santé (douleur et/ou grosseur à la poitrine dans la plupart des cas) ou l'ont fait dans le cadre d'un bilan de santé.

Ont-elles eu connaissance des résultats ? Les résultats ont-ils été compris ?

Elles ont pu connaître les résultats de la mammographie pour la plupart (12 sur 16 femmes ayant réalisé la mammographie). C'est principalement le radiologue qui a réalisé la mammographie qui les a informées du résultat. Elles ont déclaré avoir compris les résultats pour la plupart.

Quel était le résultat de la mammographie ? Ont-elles pu suivre les conseils du médecin qui leur a annoncé les résultats ?

Sur les 12 mammographies dont les résultats ont été transmis, 10 étaient normales, et 2 étaient anormales (tumeur bénigne et kyste). Celle qui a eu une tumeur s'est faite opérée. Celle qui avait le kyste n'avait pas eu de détails sur la conduite à tenir.

3. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Sur les 29 femmes répondantes au questionnaire complémentaire : 25 d'entre elles ont répondu qu'elles avaient déjà effectué un frottis, 2 n'en ont jamais réalisé et 2 ne savaient pas (Tableau 19).

Parmi les 25 femmes ayant répondu « oui » à ce questionnaire complémentaire, 8 avaient répondu « oui » lors de l'enquête ENFAMS, 16 avaient répondu « non », une ne savait pas. Parmi les 2 femmes ayant répondu « non », les 2 avaient déjà répondu « non ». Parmi les 2 femmes ayant répondu « ne sait pas », une avait répondu « oui », et une « non ».

Tableau 19 – Croisement des réponses du questionnaire ENFAMS et du questionnaire complémentaire relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus

Avez-vous déjà eu un frottis du col de l'utérus ?		ENFAMS			Total
		Oui	Non	Ne sait pas	
Questionnaire complémentaire	Oui	8	16	1	25
	Non	0	2	0	2
	Ne sait pas	1	1	0	2
	total	9	19	1	29

Champ : 29 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013 et ayant aussi répondu au questionnaire complémentaire au début de l'année 2014.

Quel est le contexte de réalisation du dépistage ?

Sur 42 frottis, 21 ont été réalisés sur les conseils d'un médecin, 10 ont été réalisés à la demande de la patiente et 4 dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier. Un quart des frottis ont été réalisés car elles n'en avaient jamais fait ou bien parce que le dernier frottis datait de plus de 2 ans. Un quart des frottis ont été réalisés dans le cadre d'une grossesse ou d'une suspicion de grossesse, et un quart à cause d'un problème de santé (douleur, infection). La majorité des frottis a été pratiquée par un médecin à l'hôpital, un tiers par un gynécologue en ville et un quart par des centres de consultation tels que les centres de PMI (Protection maternelle et infantile), un dispensaire ou un centre de soins. Dans un tiers des frottis réalisés, les femmes étaient enceintes lors de l'examen.

Ont-elles eu connaissance des résultats ? Les résultats ont-ils été compris ?

Dans la majorité des cas, les femmes ont eu accès aux résultats, pour moins de la moitié par courrier et un tiers lors d'une consultation médicale et 1/10 d'entre elles ont demandé elles-mêmes au laboratoire (à leur médecin traitant, ou à un médecin de PMI). La plupart ont compris les résultats des examens.

Quel était le résultat du frottis ? Ont-elles pu suivre les recommandations suite à un résultat négatif ?

Dans 4 cas, il y avait quelque chose d'anormal (3 infections, et 1 HPV). Elles ont déclaré avoir pu prendre des médicaments, et refaire d'autres examens (sans précisions).

V. Discussion

Une faible couverture de dépistage des cancers féminins

Parmi les femmes se situant dans les classes d'âge cibles des recommandations des dépistages des cancers féminins, près d'un tiers d'entre elles n'ont jamais réalisé de mammographie et plus de la moitié n'ont jamais réalisé de frottis. Ces résultats révèlent que la couverture de dépistage des cancers féminins des femmes sans-domicile est plus faible qu'en population générale.

En effet, une étude menée par l'Observation Régional de la Santé (ORS) Île-de-France, exploitant les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2008-2010, auprès de 2 661 femmes, montre que chez les femmes de la tranche d'âge concernée par le dépistage du cancer du sein, seules 4% n'avaient jamais été dépistée en Ile-de-France (et 7% France entière) (Beltzer 2014). Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 5 à 9% des femmes de 25-65 ans avaient déclaré n'avoir jamais été dépistée.

Dans la cohorte SIRS - menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de l'agglomération parisienne (dont plus de 1 800 femmes), 3,4% des femmes âgées de 50 à 74 n'ont jamais réalisé de mammographie, et 8,0% des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont jamais réalisé de frottis⁵³.

L'enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France » menée par Médecin du Monde, en 2013, auprès de 203 femmes accueillies dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientations (CASO), met en évidence de faibles taux de dépistage des cancers féminins (Médecins du Monde 2013b). En effet, près de 70% des femmes âgées de 50 à 74 ans n'ont jamais réalisé une mammographie et 67% des femmes âgées de 25 à 65 ans, ont déclaré n'avoir réalisé aucun frottis au cours de leur vie.

Les résultats des deux études menées en population générale sont difficilement comparables à ceux d'ENFAMS, étant donné la différence de structure d'âge entre ces enquêtes. Les femmes de l'enquête ESPS et de l'enquête SIRS sont âgées en moyenne de 47 ans contre 32 ans environ pour les femmes de l'étude ENFAMS. En revanche, les

⁵³ Estimation calculée dans la Partie 1

résultats de l'enquête de MDM sont similaires à ceux de l'étude ENFAMS (chez des femmes ayant des caractéristiques proches - femmes en situation de précarité et âgées en moyenne de 35 ans).

Les études américaines auprès des personnes sans-domicile rapportent différentes prévalences d'absence de dépistage des cancers féminins : entre 10% et 50% (Chau et al. 2002; Weinreb et al. 2002a; Lewis et al. 2003; Bharel et al. 2009). La différence de prévalences entre ces études s'explique par la diversité des populations et les lieux d'enquêtes : femmes s'adressant à un centre de santé, ou vivant en centre d'hébergement ou s'adressant à un service de distribution de nourriture, ou femmes accompagnées par des mineurs. Les indicateurs mesurés sont aussi difficilement comparables (l'une étudie l'absence de frottis vie entière, d'autres étudient la réalisation d'un frottis durant la dernière année ou sur les deux dernières années). Par ailleurs, les populations et le système de soins sont différents entre les Etats-Unis et la France (Horton et Ceschia 2016).

La prévalence d'absence de dépistage pourrait être sous-estimée, dans notre étude, à cause d'une possible incompréhension des enquêtées face à la question du frottis. Bien que les enquêteurs aient défini le frottis⁵⁴ aux enquêtées, il reste une incertitude sur la réelle compréhension de celles-ci, à cause de la langue, notamment pour celles dont l'arrivée en France était récente. Il est également possible qu'elles aient déjà eu un frottis sans le savoir. Sur les 19 femmes réinterrogées (dans l'étude complémentaire) qui avaient déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis en 2013, 16 ont déclaré l'avoir réalisé en 2014⁵⁵. On peut supposer que la sensibilisation au frottis (avec la brève explication du test) a permis un repérage plus facile de l'information lors d'une consultation ultérieure à l'enquête, et a pu induire une demande de dépistage des femmes non dépistées.

⁵⁴ La consigne donnée aux enquêteurs sur la question du frottis était la suivante : « un frottis du col de l'utérus est un petit prélèvement fait en frottant au fond du vagin, pendant un examen gynécologique ».

⁵⁵ L'interprétation des résultats de l'étude complémentaire doit être faite avec précautions aux vues des faibles effectifs et de la sélection de femmes francophones.

Le suivi gynécologique : un rôle crucial dans l'accès au dépistage des cancers féminins

Nos travaux ont souligné l'importance du suivi gynécologique régulier dans l'accès au dépistage des cancers féminins - constat retrouvé dans les études françaises en population générale (Grillo et al. 2012), avec une proportion de femmes non dépistées du cancer du col de l'utérus deux fois plus élevée chez les femmes sans suivi que chez celles avec un suivi. Les femmes qui déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier avaient un niveau d'études plus faible et étaient moins souvent en couple. Elles étaient sans-domicile depuis moins longtemps, étaient hébergées davantage en hôtel social et moins en CHRS. Elles étaient plus nombreuses à déclarer avoir des difficultés à comprendre, lire, parler ou écrire le français. Elles étaient plus nombreuses à déclarer avoir été victime d'agressions physiques ou sexuelles. Elles étaient plus nombreuses à ne pas avoir de couverture maladie et à ne pas avoir recours à d'autres soins.

Ces résultats mettent en évidence des inégalités d'accès au suivi, et témoignent de l'absence de prise en charge pour les femmes les plus en difficulté (barrières de la langue, conditions de vie plus difficiles). Une étude qualitative menée par l'Observatoire du Samusocial en 2005 avait décrit les profils de dépistage de recours aux soins gynécologiques (Brunet et al. 2005). Elle indiquait que les femmes qui n'avaient pas recours aux services de soins gynécologiques avaient un moindre recours aux autres soins, que leur recours était plutôt curatif et tardif que préventif, et qu'elles déclaraient consulter les services gynécologiques seulement lors d'une grossesse ou en cas de problème de santé aigu. Ces résultats viennent ainsi renforcer l'idée qu'améliorer l'accès au suivi gynécologique est probablement le meilleur moyen d'augmenter la couverture de dépistage.

Bien que notre étude sur le dépistage du cancer du sein n'ait pu être réalisée – à cause d'effectifs trop faibles dans la tranche d'âge concernée – nos analyses ont suggéré, comme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, qu'avoir un suivi médical (médecin ou suivi gynécologique) améliorerait l'accès au dépistage du cancer du sein.

Enfin, nous avons également montré que la non-réalisation de l'un des examens de dépistage est associée à la non-réalisation de l'autre.

Caractéristiques associées à l'absence de frottis

La littérature relative au dépistage des cancers féminins chez les femmes sans logement est assez éparsée et principalement nord-américaine (Weinreb et al. 1998, 2002a; Chau et al. 2002; Lewis et al. 2003; Bharel et al. 2009). Les études interrogeant cette question indiquent qu'il existe de nombreuses barrières à la réalisation du frottis telles que la langue, les moyens de transport, le coût, le déni des besoins en soins et la compétitivité des « besoins primaires » (logement, alimentation, santé) – en plus des facteurs identifiés en population générale.

Dans notre étude, en l'absence de suivi gynécologique, les barrières identifiées à l'accès au dépistage du col étaient principalement liées au statut économique (niveau d'étude et emploi) – résultats fréquemment retrouvés dans la littérature (Long et al. 1998; Weinreb et al. 1998, 2002a; Chau et al. 2002; Bharel et al. 2009). Notre étude a permis de montrer le rôle d'autres facteurs plus rarement étudiés, comme le fait d'avoir accouché au moins une fois en France qui semble jouer un rôle dans le dépistage, avec une proportion plus importante de femmes non dépistées parmi celles qui n'ont jamais accouché en France. Ce résultat s'explique probablement du fait de la réalisation en routine d'un frottis lors du suivi de grossesse. Selon les recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes de la Haute Autorité de Santé (HAS), si la patiente n'a pas été dépistée – ou qu'elle l'a été mais depuis plus de 3 ans, il est recommandé qu'elle réalise un frottis (Haute Autorité de Santé 2007). Comme cité plus haut, l'étude de l'Observatoire du Samusocial de 2005 au près des femmes en grande précarité, suggérait que la grossesse pouvait constituer la seule porte d'entrée dans le système de soins gynécologiques, et dans une démarche de dépistage (Brunet et al. 2005).

Bien que la couverture de dépistage soit plus élevée parmi les femmes ayant un suivi gynécologique, un tiers d'entre elles restent non dépistées. Des biais de déclaration peuvent être à l'origine du faible taux de dépistage étant donné que ce sont des données déclaratives. Les facteurs associés à l'absence de dépistage chez les femmes ayant un suivi gynécologique régulier sont principalement liés au statut migratoire et à l'absence de recours aux autres soins. Ces facteurs ont classiquement été retrouvés dans les études en population générale (Jepson et al. 2000; Akers et al. 2007; Dupont et al. 2008; Grillo et al. 2012). Certains facteurs comme le niveau de revenu et le statut matrimonial n'étaient

pas associés à l'absence de frottis dans notre étude. On peut penser que l'absence d'association était liée à l'homogénéité de certaines caractéristiques des femmes de notre étude. La grande majorité des femmes de l'enquête ayant des revenus en dessous du seuil de pauvreté, nous n'avons pas pu retrouver l'association classique entre l'absence de dépistage et le fait d'avoir de faibles revenus.

Limites et forces de l'étude

Cette étude comportait un certain nombre de limites comme le fait que les questions relatives aux dépistages étaient déclaratives et donc introduisaient éventuellement un biais de mémoire et de déclaration.

Deuxièmement, la taille de l'échantillon ainsi que la grande diversité de la population (plus de soixante pays) ne nous a pas permis d'investiguer l'influence des facteurs culturels. Le questionnaire ENFAMS ne comportait pas non plus de questions sur les représentations culturelles de la santé, du système de soins ou du corps. Pourtant, ces notions auraient utiles puisque, dans notre étude, les enquêtées se trouvent être en situation de grande précarité, et majoritairement immigrées. Or, les représentations de la maladie et de la santé sont différentes de celles de la population née en France et ayant un milieu de vie plus aisé. Une étude (Cambon et al. 2008) indiquait que la faible estime de soi chez les femmes en situation de précarité fait qu'elles ne se reconnaissent pas en tant que femmes – laissant de côté leur santé gynécologique. La préoccupation des contraintes de la vie quotidienne engendre un ancrage de leurs pensées dans le présent, excluant tout projet futur et entraîne une tendance à adopter une attitude générale défavorable vis-à-vis de la prévention. Une autre étude (Duverger et Guiraudou 2007) qui s'est intéressée à la prévention et au dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en région PACA montre que certaines populations associent le cancer à la peur et à la mort, et représente une maladie « tabou » - puisque cela peut être perçu comme la conséquence d'une décision divine.

Troisièmement, les relations causales entre les facteurs prédisposants, limitants et les besoins n'ont pas été démontrés (nous aurions pu réaliser un modèle à équations structurelles afin de tester les liens entre ces trois « types » de facteurs).

Quatrièmement, l'extrapolation des résultats de cette étude à l'ensemble des femmes sans-domicile ne semble pas pertinente. Les femmes sans-abri – c'est-à-dire dormant à la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation - et les femmes hébergées mais n'ayant pas d'enfant ne font pas partie du champ d'enquête. On peut penser que l'absence de dépistage serait plus importante chez les femmes sans-abri. En effet elles rencontrent davantage de barrières au recours aux soins et à la prévention par rapport aux femmes hébergées (Nyamathi et al. 2000). Quant aux femmes n'ayant pas d'enfant, elles ont moins d'opportunités d'avoir déjà eu un frottis au cours de leur vie (Boxwala et al. 2010).

Outre les atouts propres à l'enquête ENFAMS (nombreuses données recueillies sur une population rarement étudiée) cette étude sur les dépistages des cancers féminins comporte quelques forces. Grâce au grand nombre de données recueillies, nous avons pu raisonner de manière conceptuelle (en utilisant le BMVP) et ainsi mieux prendre en compte l'existence de liens entre les différents facteurs. La richesse des données de l'enquête ENFAMS, nous a aussi permis d'étudier des facteurs originaux (tels que le fait d'avoir accouché en France) et nous avons pu suggérer l'existence de nombreuses barrières à l'accès au dépistage qui n'étaient pas seulement liées au statut économique telles que les difficultés en français, un mauvais état de santé psychologique perçue et l'absence de régularisation administrative.

Partie 3 – Étude du renoncement
aux soins des femmes sans
logement personnel

I. Introduction

La mesure de l'accès au système de soins est un bon indicateur de la qualité de la protection sociale d'un pays. Cependant, la description de l'accès aux soins, ou du non-recours aux soins ne permet pas de décrire les attentes et les besoins de soins des individus. En effet, certains non-recourants n'ont pas consommé de soins et/ou n'ont pas eu de contact avec le système de soins dans l'année (indicateur souvent mesuré durant les douze derniers mois) parce qu'ils n'en avaient pas ressenti le besoin.

Le renoncement aux soins permet donc de prendre en compte la notion de besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié (du point de vue des personnes). Il permet ainsi de mesurer directement un problème d'équité à l'accès aux soins. Ce type de renoncement est parfois qualifié de « renoncement barrière » : l'individu fait face à des contraintes qui ne lui permettent pas d'accéder aux soins dont il avait auparavant identifié le besoin. Il s'oppose au « renoncement refus » qui traduit le refus de l'individu d'entreprendre une démarche de soins spécifiques ou sur le fait même de se soigner en général (Després et al. 2011; Warin 2011).

La notion de renoncement aux soins est apparue en France vers 1990, mais n'est vraiment utilisée que depuis la fin des années 1990, en particulier depuis la publication du rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la CMU-c (Boulard 1998). Depuis, il fait partie des indicateurs utilisés pour évaluer indirectement l'équité du système de santé, et notamment l'efficacité de la CMU-c en comparant la prévalence du renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-c et des non-bénéficiaires. Cependant, les études sur le renoncement aux soins sont encore rares (Bazin et al. 2005, 2006; Chauvin et al. 2012). L'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a mené des études françaises grâce aux données de l'enquête ESPS qui interroge le renoncement aux soins tous les deux ans depuis 1992 (Després et al. 2011; Jusot et al. 2011). Au niveau européen, deux enquêtes annuelles ont interrogé le renoncement : l'enquête annuelle sur le revenu et les conditions de vie (SILC) réalisée par l'Insee, et l'enquête annuelle International Health Policy Survey coordonnée par le Commonwealth Fund (11 pays européens) (Lafortune et Devaux 2012). Cet indicateur

est de plus en plus utilisé dans les études européennes ou américaines sur l'accès aux soins (Allin et al. 2010).

Le renoncement aux soins en situation de précarité comporte des dimensions complexes et d'autres logiques explicatives particulières (Desprès 2013). Ainsi, au-delà des obstacles financiers du recours aux soins, le recours continue à se différencier socialement même si des phénomènes de rattrapage sont observés (Lombrail et al. 2004) – par exemple, bénéficier de la CMU-c permettrait à des personnes qui ne consultaient pas des médecins spécialistes de pouvoir consulter (Grignon et Perronnin 2003).

Il existe peu de publications sur le renoncement aux soins des personnes sans-domicile. Des études américaines (Gelberg et al. 1997, 2000; Desai et Rosenheck 2005; Kertesz et al. 2009, 2014; Baggett et al. 2010; Robbins et al. 2010; Teruya et al. 2010; Rhoades et al. 2014; Salem et al. 2015), ou canadiennes (Wojtusik et White 1998; Hwang et al. 2010; Stergiopoulos et al. 2010; Argintaru et al. 2013; Durbin et al. 2014; Winetrobe et al. 2016) ont étudié le renoncement aux soins des personnes sans-domicile et indiquent des prévalences qui peuvent varier de 17% à 70%. Outre la différence du système de soins entre les pays – et donc d'attentes différentes vis-à-vis du système de soins, l'écart entre ces prévalences résulte également de la diversité des populations d'études : ces études s'intéressent à des groupes spécifiques tels que les usagers de drogues ou les personnes atteintes de maladies mentales etc. En France, il existe très peu de données sur le renoncement des personnes sans-domicile. Une étude, réalisée à partir des données de l'enquête Insee SD 2012, montre que pour 56% des personnes sans-domicile francophones en Île-de-France, le coût est la principale raison évoquée pour ne pas fréquenter un centre médical malgré un souci de santé (Pierre-Marie et Roger 2014). Cependant la question sur le renoncement n'est pas posée explicitement dans cette dernière étude (Moisy 2015)⁵⁶.

Ainsi, grâce aux données de l'enquête ENFAMS, nous avons pu (i) estimer la prévalence du renoncement aux soins chez les femmes sans logement en Île-de-France en 2013 et (ii)

⁵⁶ L'auteur explique que « *les enquêtés ayant répondu ne pas avoir vu de médecin au cours des douze derniers mois sont d'abord questionnés sur le fait d'avoir eu, ou non, des problèmes de santé pendant cette période*³. *Ceux ayant répondu positivement à cette dernière question sont invités à préciser les raisons pour lesquelles ils n'ont pas recouru à un médecin*⁴. *En raison des filtres posés dans l'enchaînement des questions, il n'est pas possible de mesurer la part du renoncement aux soins, mais seulement une partie des besoins de soins non satisfaits* ».

identifier les facteurs associés au renoncement aux soins avec une approche par modèle à équations structurelles.

II. Méthodes

2. Matériel

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête ENFAMS. Les questions du renoncement aux soins étaient les suivantes :

- « *Durant ces 12 derniers mois, avez-vous renoncé pour vous-même à voir un médecin ou renoncé à des soins médicaux (dentiste, lunettes), quelles qu'en soient les raisons ?* »
- « *À quels soins avez-vous renoncé ?* »
- « *Pour quelle raison principale avez-vous renoncé ?* »

Parmi les 764 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS, 3 n'ont pas répondu à la question sur le renoncement aux soins (0,4%), et 105 étaient arrivées en France moins d'un an avant l'enquête⁵⁷ (13,8%). La population d'étude était donc constituée de 656 femmes.

3. Modèle à équations structurelles

3.1. Principe

Les modèles à équations structurelles (SEM : *structural equation modeling*) servent à tester et à estimer des relations causales entre une ou plusieurs variables indépendantes et une ou plusieurs variables dépendantes. C'est une combinaison entre les DAG (*Direct Acyclic Graphs*) pour la construction d'un modèle conceptuel et les analyses de régression pour tester ces modèles (Tu 2009; Mansiaux et al. 2015). Bien que les équations structurelles aient été développées au début des années 1900 avec le développement de l'analyse factorielle⁵⁸ (Spearman 1904) et de l'analyse causale⁵⁹ (Wright 1918, 1921, 1934), le premier livre les introduisant n'a été publié qu'en 1984 (Saris et Stronkhorst 1984). Les premières études utilisant cette méthode se sont multipliées à partir des années 1980 dans le domaine des sciences humaines et sociales (particulièrement en psychologie et en économétrie) (MacCallum et Austin 2000; Amorim et al. 2010; Beran et

⁵⁷ Puisque la question sur le renoncement portait sur les douze mois précédents l'enquête, il fallait que les femmes interrogées soient arrivées en France depuis au moins un an.

⁵⁸ L'analyse factorielle est un ensemble de techniques permettant d'étudier les relations entre des variables mesurées et des facteurs non observés.

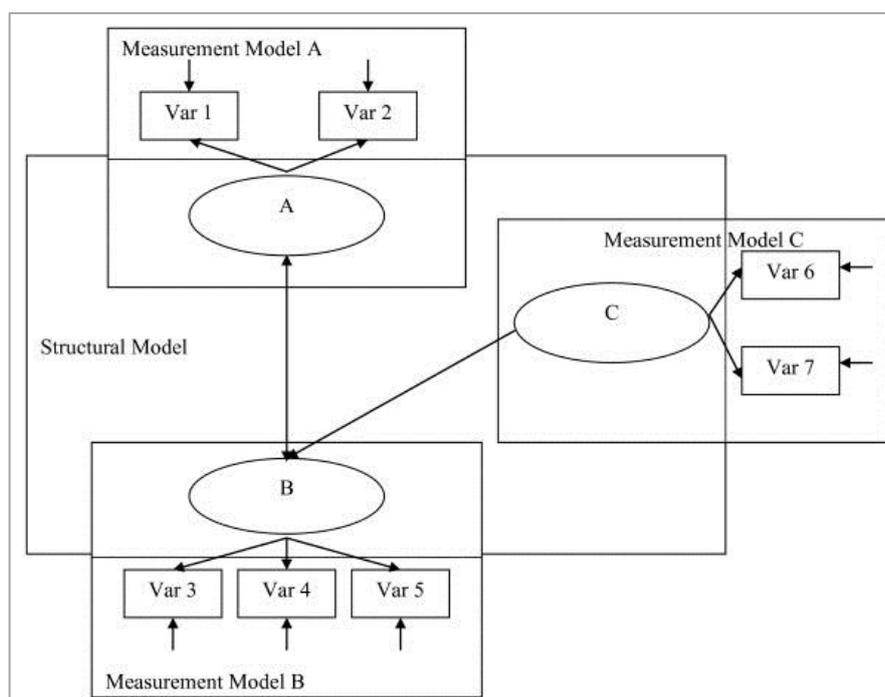
⁵⁹ L'analyse causale étudie les associations directes parmi un ensemble de variables.

Violato 2010). L'utilisation des SEM en épidémiologie est en augmentation depuis les années 2000 (Amorim et al. 2010) et les méthodes ont également évolué⁶⁰(Beran et Violato 2010).

Les SEM permettent de représenter, d'estimer et de tester des relations entre un ensemble de variables. Ces variables peuvent être des variables mesurées (observées), ou variables non observées (latentes) qui représentent des concepts construits à partir de variables observées. Ces modèles peuvent donc servir à tester, valider des scores dimensionnels⁶¹, et à mesurer des relations complexes où la variable explicative peut être expliquée aussi.

Les SEM sont constitués (1) d'un modèle de mesure qui comprend les relations entre les variables latentes et leurs variables indicatrices et (2) d'un modèle structurel qui comprend les relations entre les variables latentes (Figure 16).

Figure 16 – Schéma théorique d'un modèle à équations structurelles.



Source : Beran TN, Violato C. Structural equation modeling in medical research: a primer. BMC Research Notes. 2010;3:267. doi:10.1186/1756-0500-3-267. Légende : A, B, et C sont des variables latentes. Var 1, Var 2, Var 3, Var 4, Var 5, Var 6, Var 7 sont des variables observées. A est constituée de 1 et 2, B de 3,4 et 5 et C de 6 et 7.

⁶⁰ À leur création, leur utilisation était limitée : les outcomes devaient être continus et les relations non linéaires ne pouvaient être testées

⁶¹ Par exemple, le SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) est un questionnaire comportant 5 items (variables latentes) mesurés à partir de 25 questions (variables observées) donnant un score total mesurant les troubles du comportement chez l'enfant (Goodman 1997).

3.2. *Élaboration d'un modèle à équations structurelles.*

À partir de plusieurs articles ou documents méthodologiques traitant des équations structurelles (Anderson et Gerbing 1988; MacCallum et Austin 2000; McDonald et Ho 2002; Suhr 2006; Amorim et al. 2010; Beran et Violato 2010), nous avons construit le modèle de la manière suivante :

1. **Construction du modèle théorique.** À partir de l'étude de la littérature, nous avons émis des hypothèses et élaboré des relations entre des « concepts théoriques » (=variables latentes) et le renoncement aux soins. Les variables latentes ont été construites à partir des variables disponibles (et donc observées) dans l'enquête ENFAMS (voir plus bas).
2. **Construction et estimation du modèle de mesure**
 - (i) **Estimation des corrélations entre les variables observées d'une variable latente.** Les corrélations ont été estimées à l'aide du calcul de la matrice de corrélation pondérée (inversion de la matrice pondérée de covariance). Les corrélations deux à deux devaient être globalement supérieures à 0,30 sinon la ou les variables n'étaient pas retenues.
 - (ii) **Test de l'unidimensionnalité de chaque variable latente à l'aide de *scree plots*** (en français : « diagramme en cône »). Le scree plot affiche les valeurs propres associées à une composante dans l'ordre décroissant, en fonction du nombre de facteurs. Comme dans une analyse en composantes principales, cela permet d'évaluer visuellement le nombre de facteurs qui expliquent la majeure partie de la variabilité des données. Dans notre cas, on a cherché à vérifier si les facteurs constituaient bien une seule dimension. Sur le graphique, le point d'abscisses $x=2$ devra donc se situer sous l'axe passant par l'ordonnée $y=1$.
 - (iii) **Estimation du modèle de mesure par analyse confirmatoire.** Cette étape est la vérification de la capacité du modèle théorique à expliquer la variance commune entre plusieurs variables à l'aide d'une variable latente identifiée a priori. Chaque lien a été testé entre chaque variable observée et la variable latente à laquelle elle appartient.

3. **Estimation du modèle complet.** L'ensemble des relations (entre variables latentes) est estimé à l'aide de l'estimateur WLSMV (Weighted least squares means and variance). Les coefficients estimés sont pondérés et standardisés (afin de pouvoir les comparer entre eux), leur valeur se situe entre -1 et 1.
4. **Déterminer le bon ajustement du modèle.** Plusieurs indices peuvent être calculés afin de déterminer la qualité de l'ajustement entre le modèle théorique et le modèle observé. Ce sont les indices les plus utilisés dans la littérature qui ont été choisis dans ce travail :
 - RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) permet d'évaluer les écarts normalisés entre la matrice observée et la matrice estimée. Si la valeur du RMSEA est égale ou inférieure à 0,08 ; cela traduit un bon ajustement du modèle.
 - Le CFI (Comparative Fit Index) est un indice qui est basé sur l'écart au modèle d'indépendance. On considère qu'il indique un bon ajustement à partir de valeurs de l'ordre de 0,90.
5. **Re-spécifier le modèle.** À l'aide des indices et des p-values de chaque relation estimée entre les variables latentes, nous avons réalisé une sélection pas à pas descendante en enlevant les variables dont la p-value était la plus élevée.

4. Hypothèses utilisées dans la construction du modèle théorique

Le modèle a été construit à partir d'hypothèses et de résultats retrouvés dans la littérature, en prenant en compte la définition même du renoncement (notamment ses dimensions subjectives) et, bien entendu, les variables disponibles dans le jeu de données. Le renoncement aux soins est en effet une notion subjective propre à l'individu puisqu'elle dépend de la capacité à (i) identifier et à interpréter un symptôme (et/ou à juger de son état de santé) comme un problème médical pour lequel le recours aux services de soins pourrait être utile et (ii) ensuite de juger que le(s) service(s) de soins est/sont inaccessible(s) pour une ou plusieurs raisons. Autrement dit, le renoncement aux soins dépend de facteurs qui influent sur la perception de l'état de santé qui elle-même impacte le renoncement (liens indirects via la santé perçue) et d'autres facteurs qui limitent l'accès aux soins (liens directs). Ces deux postulats nous ont amenés à tester les hypothèses suivantes à l'aide du modèle à équations structurelles (Figure 17) :

- (i) La perception de l'état de santé et/ou l'interprétation de symptômes varient d'un individu à l'autre (Wojtusik et White 1998) selon les normes, les codes face à la santé (Teruya et al. 2010), les histoires de vie (Bassuk et al. 1998; Wenzel et al. 2000), l'état psychologique (Currie et al. 2014), l'expérience du sans-abrisme (Elwell-Sutton et al. 2017), le réseau social (Bazin et al. 2005), les connaissances sur la santé (Berkman et al. 2011; Campbell et al. 2015), les expériences passées et les attentes face à la maladie et au système de soins (Lewis et al. 2003).

Nous avons donc testé les relations entre le renoncement aux soins et 6 variables latentes et deux variables observées :

- Variables latentes : le parcours d'hébergement, le statut migratoire, les événements de vie difficiles, les opportunités de contacts sociaux, le recours aux soins (supposé être influencé par la présence ou l'absence d'une couverture maladie) et la santé perçue.
- Variables observées : la dépression et l'expérience de discrimination.

Nous avons également testé les relations entre la santé perçue et trois de ces variables latentes telles que le statut migratoire, les événements de vie difficiles, les opportunités de contacts sociaux, et une variable observée, la dépression.

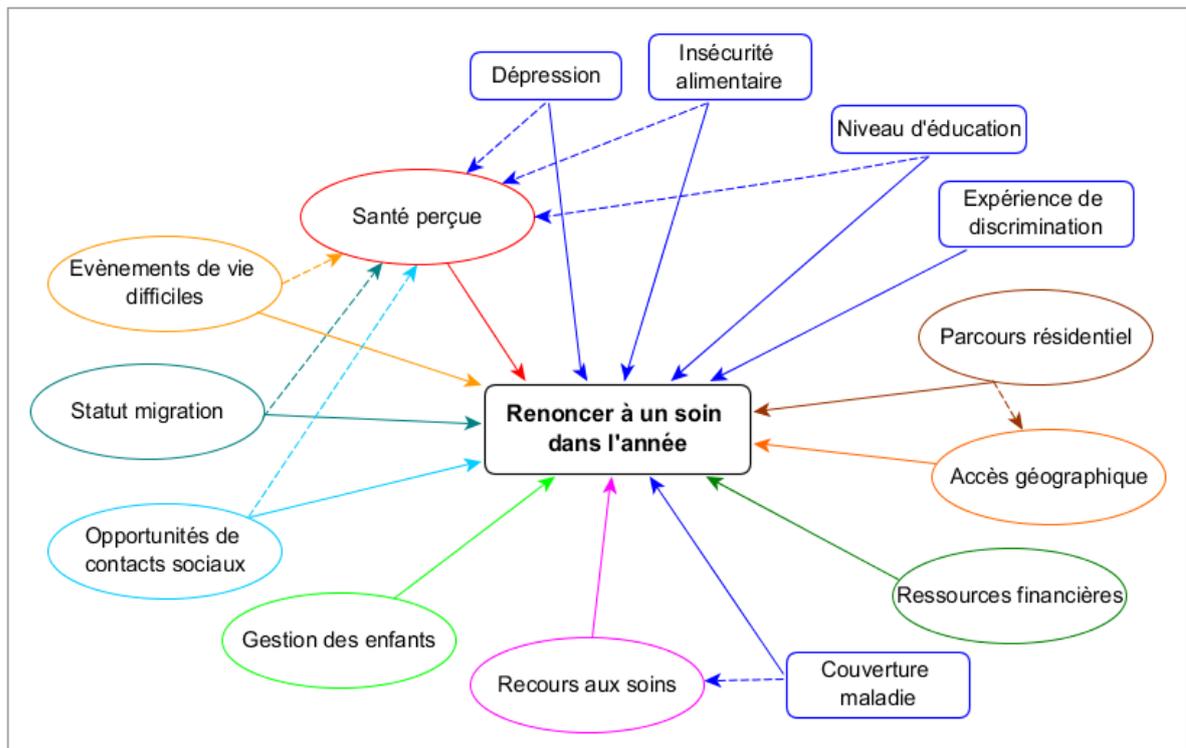
- (ii) Si les individus renoncent à un soin, c'est qu'ils l'ont jugé inaccessible soit pour raisons financières - le niveau de revenus ainsi que la couverture maladie sont régulièrement évoqués dans les études à ce sujet (Robertson et Cousineau 1986; Wojtusik et White 1998; Hwang et al. 2010; Winetrobe et al. 2016) -, soit pour des raisons non financières telles que l'accessibilité géographique (la distance au centre de soins le plus proche, les moyens de transport à disposition), la disponibilité temporelle de la personne et des services (Wojtusik et White 1998; Kushel et al. 2001; Lim et al. 2002; Baggett et al. 2010), et la compétitivité entre les différents besoins fondamentaux (hébergement, alimentation, habillement, soins aux enfants) (Gelberg et al. 1997).

Nous avons donc étudié les relations entre le renoncement aux soins et trois variables latentes telles que les ressources financières, les contraintes

géographiques (supposées liées au parcours d'hébergement) et la gestion des enfants, ainsi que 3 variables observées : le niveau d'études, la couverture maladie et l'insécurité alimentaire.

Les liens entre la santé perçue et le niveau d'études et l'insécurité alimentaire ont aussi été testés.

Figure 17 – Modèle d'équations structurelles théorique appliqué aux relations entre le renoncement aux soins, la santé perçue et différents déterminants sociaux de la santé.



5. Données mobilisées

5.1. Outcome

Les informations sur le renoncement aux soins étaient collectées grâce à la question suivante : « *Durant ces 12 derniers mois, avez-vous renoncé pour vous-même à voir un médecin ou renoncé à des soins médicaux (dentiste, lunettes), quelles qu'en soient les raisons ?* »

5.2. Construction des variables latentes

Les variables latentes ont été construites à partir des variables disponibles décrites dans le Tableau 20.

5.3. Autres variables observées

Cinq variables observées ont été incluses dans le modèle en plus des variables latentes, car elles ne s'incluaient dans aucun des 9 concepts, mais elles étaient des facteurs connus dans la littérature comme étant associés au renoncement aux soins (comme décrit ci-dessous) :

- Avoir un faible niveau d'études (aucun/primaire/secondaire/supérieur).
- Ne pas avoir de couverture maladie (oui/non).
- Avoir connu une expérience de discrimination mesurée à partir de la question : « *Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous reçoive moins bien que les autres patients ?* » (oui/non).
- Être en insécurité alimentaire (sévère/modérée/légère/aucune) : mesurée à partir de la version française du questionnaire « Household Food security Module » (Radimer et Radimer 2002) .
- Avoir eu des symptômes dépressifs durant l'année passée (oui/non) mesurés à partir du CIDI (Kessler et Ustün 2004).

Tableau 20 – Variables observées utilisées pour la construction des variables latentes.

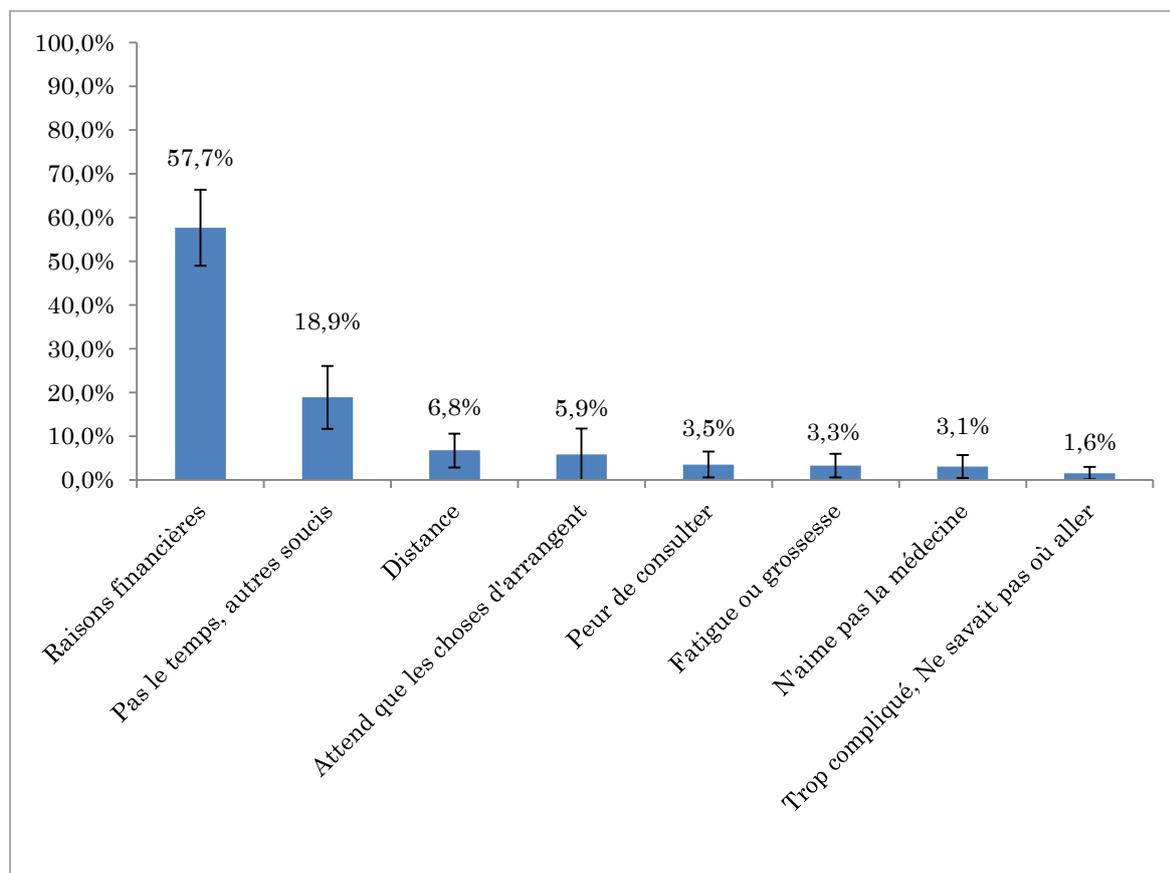
Parcours d'hébergement	1	Être sans-domicile depuis plus de 24 mois (oui/non)
	2	Avoir déménagé plus que 4 fois par an (oui/non)
	3	Être dans le même hébergement depuis plus d'un an (oui/non)
Accès géographique	4	Difficultés à utiliser les transports publics (oui/non)
	5	Ne pas être satisfait de la disponibilité des transports publics dans le quartier de l'hébergement (« Tout à fait d'accord/plutôt d'accord/plutôt pas d'accord/pas du tout d'accord »)
	6	Ne pas être satisfait de l'offre de soins dans le quartier de l'hébergement (« Tout à fait d'accord/plutôt d'accord/plutôt pas d'accord/pas du tout d'accord »).
Ressources financières	7	Revenu mensuel du ménage inférieur à 211€/UC (oui/non)
	8	Ne pas avoir reçu d'aides sociales l'année passée (oui/non)
	9	Ne pas avoir d'emploi (oui/non)
Recours aux soins	10	Consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste durant l'année passée (oui/non)
	11	Ne jamais avoir eu un frottis du col de l'utérus (oui/non)
	12	Avoir un suivi gynécologique régulier (oui/non)
Gestion des enfants	13	Au moins un enfant qui ne va pas à l'école (oui/non)
	14	Au moins un enfant ne mange pas à la cantine de l'école (oui/non)
	15	Au moins un enfant est âgé de moins de 3 ans (oui/non)
	16	Vivre avec au moins 3 enfants (oui/non)
Opportunités de contacts sociaux	17	Ne pas avoir été invité par un ami ou pour une fête familiale au cours de l'année passée (oui/non)
	18	Ne pas avoir déclaré faire « une activité culturelle » (oui/non)
	19	Ne pas se rendre dans des cafés ou des restaurants (oui/non)
Statut migratoire	20	Être né dans un autre pays que la France (oui/non)
	21	Avoir passé moins d'un quart de sa vie en France (oui/non)
	22	Difficultés en Français (oui/non)
	23	Être sans papiers/titre de séjour valable(s) (oui/non)
Evénements de vie difficiles	24	Avoir connu dans sa vie un évènement violent (oui/non)
	25	Avoir subi une agression physique ou sexuelle (oui/non)
	26	ESPT (mesuré à partir du MINI) (oui/non)
Santé perçue	27	Avoir un mauvais état de santé général perçu (« Très bon/bon/moyen/mauvais/très mauvais »)
	28	Avoir un mauvais état de santé physique perçu (« Très bon/bon/moyen/mauvais/très mauvais »)
	29	Avoir un mauvais état de santé psychologique perçu (« Très bon/bon/moyen/mauvais/très mauvais »)

III. Résultats

1. Prévalence, types et raisons du renoncement aux soins

Sur les 656 femmes répondantes, 25,1% (IC_{95%}[21,3-29,0]) (N=160) ont déclaré avoir renoncé au moins une fois à un soin dans les douze derniers mois. La principale raison déclarée était financière (57,8% IC_{95%}[49,0-66,4]) (Figure 18). Elles ont déclaré avoir renoncé par manque de temps ou en raison de priorisation d'autres besoins (18,9% IC_{95%}[11,7-26,1]), de la distance entre l'hébergement et le lieu de soin (6,8% IC_{95%}[3,0-10,7]), de l'amélioration des choses par elles-mêmes sans consulter (5,9% IC_{95%}[0,1-12,3]), de la peur de consulter (3,5% IC_{95%}[0,5-6,4]), de la fatigue ou de la grossesse (3,3% IC_{95%}[0,6-6,0]), parce qu'elles déclaraient ne pas aimer la médecine (3,1% IC_{95%}[0,5-5,7]) ou encore que c'était trop compliqué ou ne savaient pas où aller (1,6% IC_{95%}[0,2-3,0]).

Figure 18 – Principales raisons du renoncement aux soins durant les douze derniers mois chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).

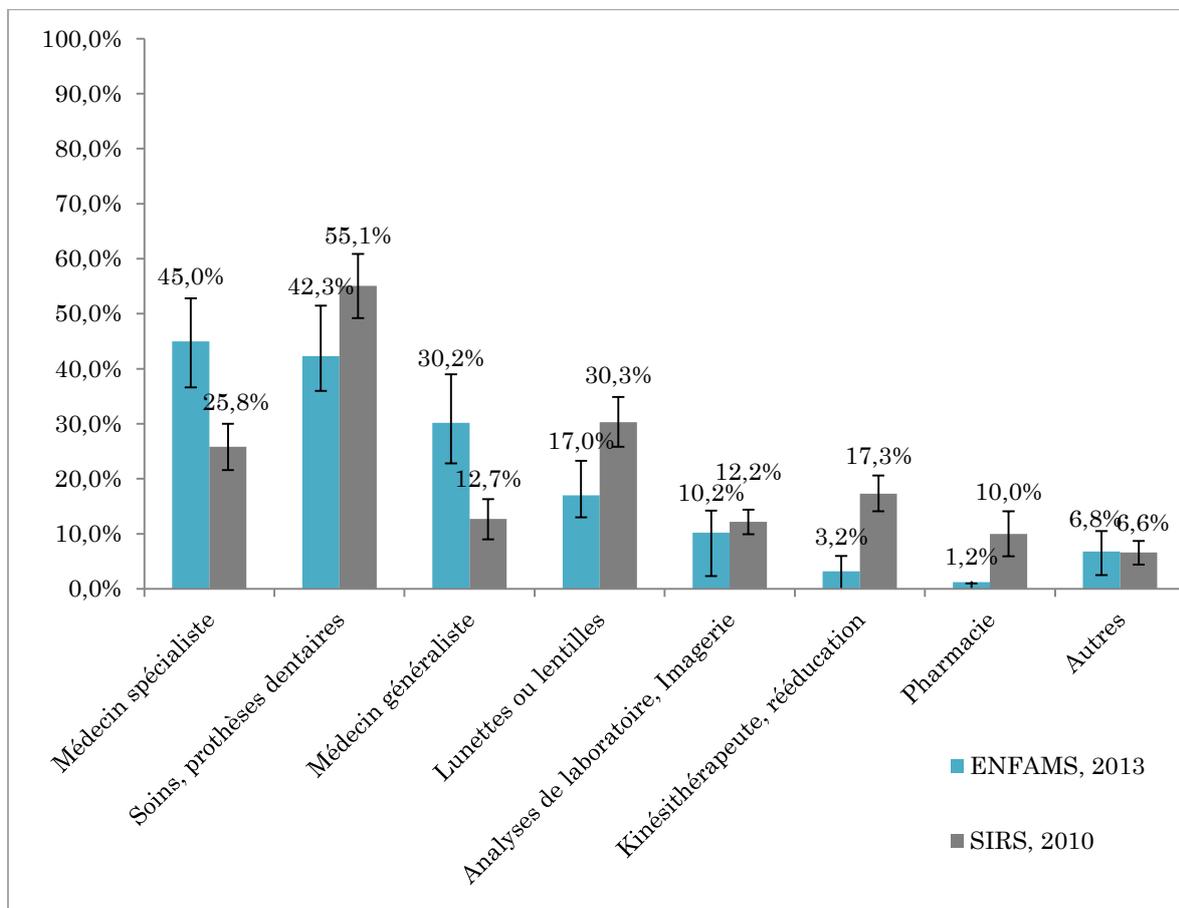


Note : %, prévalences pondérées.

Champ : 160 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête et ayant renoncé à au moins un soin dans l'année.

Les principaux soins auxquels les femmes ont déclaré avoir renoncé étaient : la consultation d'un médecin spécialiste (45,0% IC_{95%}[36,1-53,9]), les soins ou prothèses dentaires (42,3% IC_{95%}[33,6-50,9]) et la consultation d'un médecin généraliste (30,2% IC_{95%}[21,4-38,9]) (Figure 19). Le renoncement concernait aussi l'obtention de lunettes ou lentilles de contact (17,0% IC_{95%}[10,9-23,2]), les analyses de laboratoires ou les examens d'imagerie (10,2% IC_{95%}[4,2-16,3]), les séances de kinésithérapie ou de rééducation (3,2% IC_{95%}[0,9-5,6]) ainsi que la pharmacie (1,2% IC_{95%}[0,1-2,3]). Dans l'enquête SIRS, les femmes ont déclaré renoncer le plus souvent aux soins dentaires (55,1% IC_{95%}[49,3-61,0]), à l'obtention de lunettes ou de lentilles de contact (30,3% IC_{95%}[25,8-34,9]) et à voir un médecin spécialiste (25,8% IC_{95%}[21,6-30,0]). Le renoncement à consulter un médecin généraliste est deux fois plus important chez les femmes sans-domicile : elle est de 30,2% contre 12,7% (IC_{95%}[9,1-16,4]) en population générale. En revanche, les femmes en population générale ont plus souvent déclaré avoir renoncé à consulter un kinésithérapeute (17,3% IC_{95%}[21,6-30,0]) ou à aller en pharmacie (10,0% IC_{95%}[5,9-14,1]) que les femmes sans-domicile.

Figure 19 – Comparaison entre les types de soins renoncés chez les femmes sans-domicile (ENFAMS, 2013) et chez les femmes de la population générale (SIRS, 2010), en IDF.



Note : %, prévalences pondérées.

Champ : 160 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête et ayant renoncé à au moins un soin dans l'année. 627 femmes ayant participé à l'enquête SIRS en 2010, étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête et ayant renoncé à au moins un soin dans l'année.

2. Relation entre le renoncement aux soins et les caractéristiques des femmes sans logement

2.1. Validation des variables latentes

Les corrélations pondérées entre les variables observées de chaque variable latente allaient de 0,20 à 0,70 (Tableau 21). À la suite de cette analyse, la variable latente « gestion des enfants » n'a pas été retenue, car les coefficients de corrélation étaient trop faibles (inférieurs à 0,20). La variable observée « statut administratif » a été retirée de la variable latente « statut migratoire » à cause de corrélation trop faible (inférieur à 0,20).

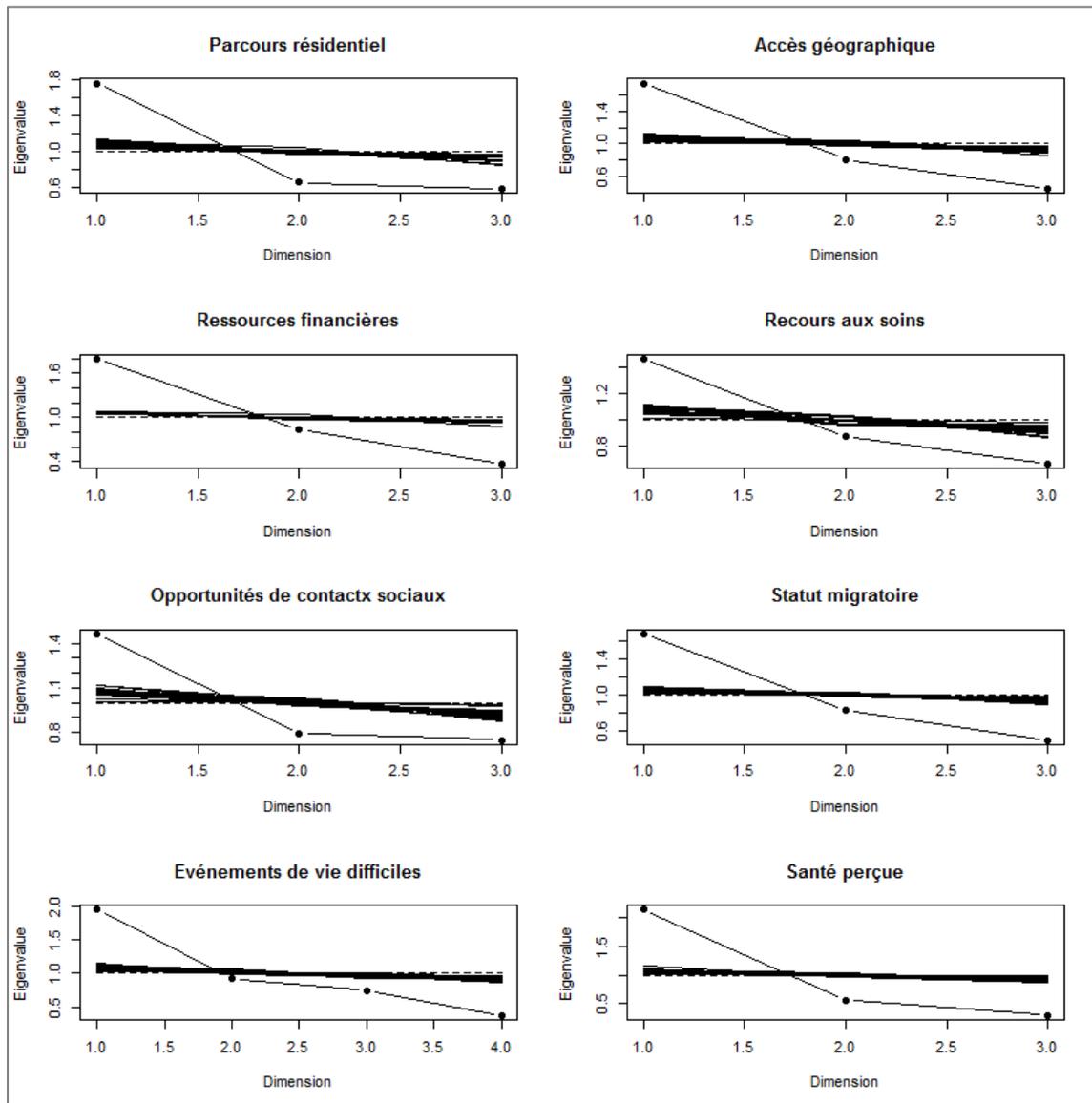
Tableau 21 – Corrélations pondérées entre les variables observées de chaque variable latente.

Parcours d'hébergement	1	2	3	
1. Sans-domicile depuis plus de 24 mois	1			
2. Avoir déménagé plus que 4 fois par an	-0,46	1		
3. Être dans le même hébergement depuis plus d'un an	-0,41	0,32	1	
Accès géographique	4	5	6	
4. Difficultés à utiliser les transports	1			
5. Ne pas être satisfait des transports publics dans le quartier	0,28	1		
6. Ne pas être satisfait de l'offre de soins dans le quartier	0,24	0,50	1	
Ressources financières	7	8	9	
7. Ne pas avoir d'emploi	1			
8. Revenu mensuel du ménage < à 211 €/UC	0,34	1		
9. Ne pas avoir reçu d'aides sociales l'année passée	0,20	0,65	1	
Recours aux soins	10	11	12	
10. Pas de consultation d'un médecin durant l'année passée	1			
11. Pas de suivi gynécologique régulier	0,09	1		
12. Ne jamais avoir eu un frottis du col de l'utérus	0,21	0,33	1	
Gestion des enfants	13	14	15	16
13. Au moins un des enfants ne va pas à l'école	1			
14. Au moins un des enfants ne mange pas à la cantine de l'école	-0,11	1		
15. Au moins un des enfants est âgé de moins de 3 ans	0,06	0,43	1	
16. Vivre avec au moins 3 enfants	0,04	0,27	0,01	1
Opportunités de contacts sociaux	17	18	19	
17. Ne pas avoir été invitée pour une fête familiale dans l'année	1			
18. Ne pas faire « d'activité culturelle »	0,28	1		
19. Ne pas se rendre dans des cafés ou des restaurants	0,26	0,24	1	
Statut migratoire	20	21	22	23
20. Être né dans un autre pays que la France	1			
21. Avoir passé moins d'un quart de sa vie en France	0,46	1		
22. Difficultés en Français	0,33	0,18	1	
23. Être sans papiers/titre de séjour valable(s)	0,20	0,17	0,22	1
Événements de vie difficiles	24	25	26	
24. Avoir connu dans sa vie un événement violent	1			
25. Avoir subi une agression physique ou sexuelle	0,29	1		
26. ESPT	0,64	0,27	1	
Santé perçue	27	28	29	
27. Avoir un mauvais état de santé général perçu	1			
28. Avoir un mauvais état de santé physique perçu	0,70	1		
29. Avoir un mauvais état de santé psychologique perçu	0,52	0,52	1	

Champ : 656 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, et étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête.

L'unidimensionnalité de chaque variable latente a bien été démontrée (Figure 20) : les scree-plots étaient tous satisfaisants (toutes les courbes se situaient en dessous de 1 à partir du deuxième point).

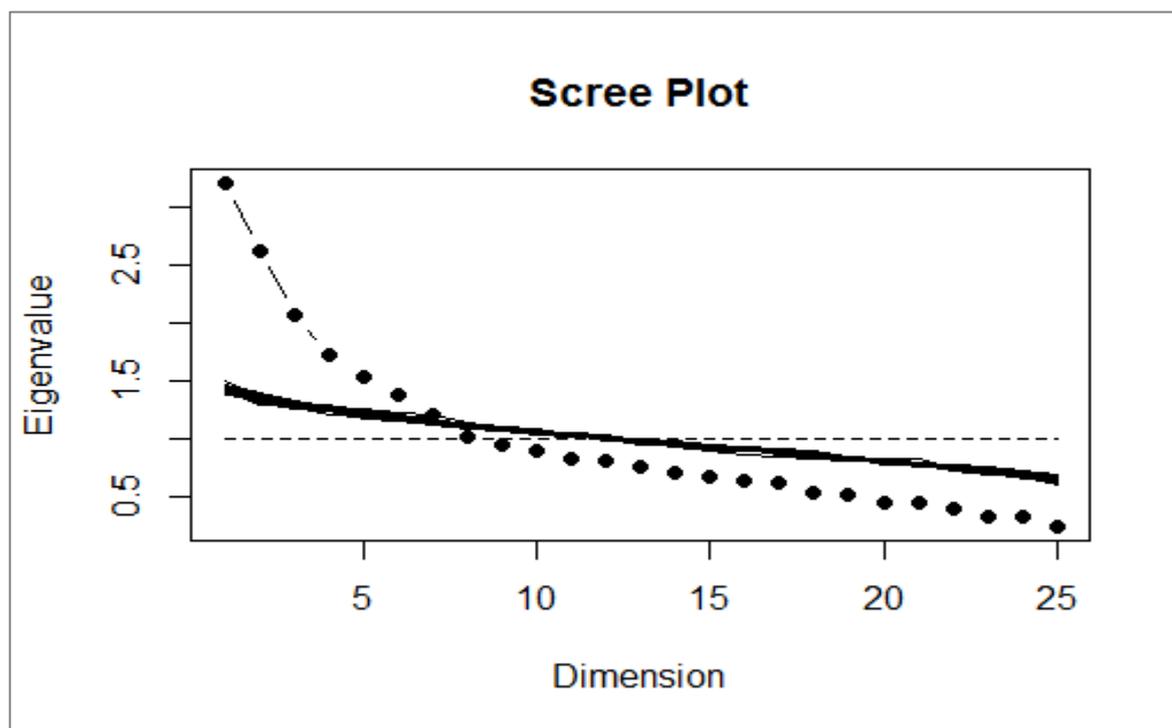
Figure 20 – Ensemble des scree-plot de chaque variable latente du modèle de mesure théorique du renoncement aux soins, de la santé perçue et des déterminants sociaux de la santé, chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).



Champ : 656 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, et étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête.

Sur le scree-plot de l'ensemble des variables observées, 8 facteurs se trouvaient au-dessous de 1, suggérant qu'il existait bien 8 dimensions (et donc 8 variables latentes) (Figure 21).

Figure 21 – Scree-plot de l'ensemble des variables utilisées dans le modèle de mesure théorique du renoncement aux soins, de la santé perçue et des déterminants sociaux de la santé chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).



Note : Les variables utilisées dans le modèle de mesure sont celles du Tableau 20 sauf les variables 13, 14, 15 et 16).

Champ : 656 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, et étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête.

2.2. Modèle de mesure

Les relations entre les variables latentes et les variables observées du modèle de mesure ont été estimées avec l'analyse factorielle confirmatoire. L'ensemble des coefficients (factor loadings) était statistiquement significatif ($p < 0,05$). Les indices mesurant la qualité de l'ajustement étaient satisfaisants : CFI=0,853 et RMSEA=0,046 (IC_{95%} [0,042-0,050]).

2.3. *Modèle final*

Quatre variables latentes sur huit et trois variables observées sur les cinq ont été conservées (Figure 22). Le modèle final amène aux conclusions suivantes :

Le statut migratoire et le niveau d'études ont un effet sur le renoncement aux soins, mais de manière inverse à celui envisagé dans nos hypothèses. Les femmes migrantes (nées hors de France, ayant vécu moins d'un quart de leur vie en France et ayant des difficultés en Français) renonceraient moins que les autres ($\beta_{sd}=-0,15$ IC_{95%}[-0,26 ; -0,04]). Les femmes qui ont un niveau d'études plus faible déclarent renoncer également moins que les autres ($\beta_{sd}=-0,10$ IC_{95%}[-0,17 ; -0,03]).

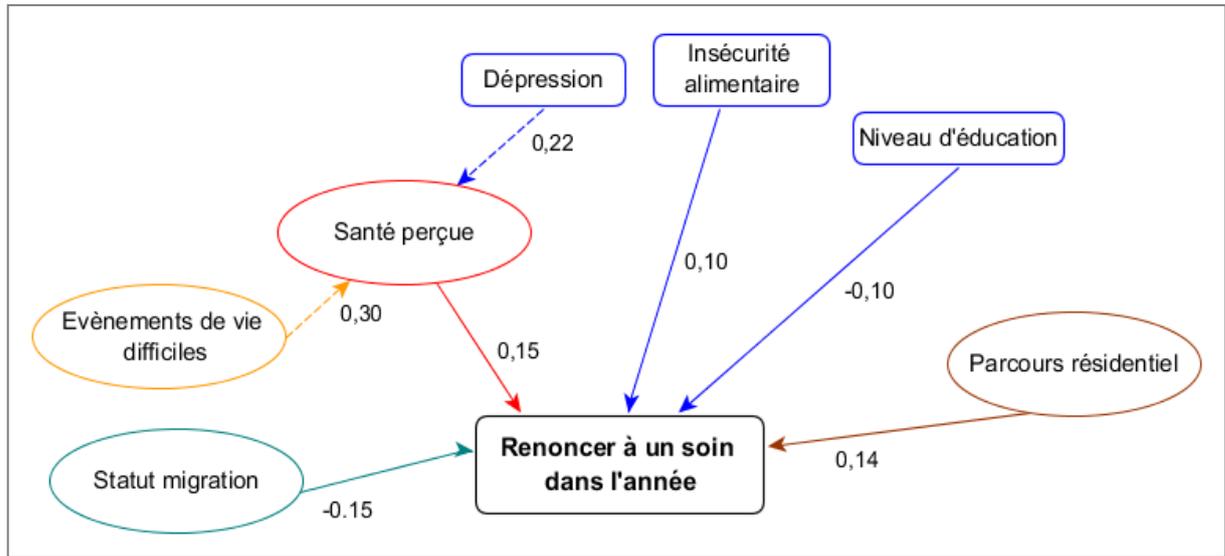
L'insécurité alimentaire est associée positivement au renoncement aux soins avec un coefficient de $\beta_{sd}=0,10$ (IC_{95%}[0,01 ; 0,19]). L'accessibilité géographique a un effet significatif sur le renoncement : une mauvaise accessibilité augmente ainsi le renoncement ($\beta_{sd}=0,14$ IC_{95%}[0,02 ; 0,26]).

La santé perçue a un impact sur le renoncement aux soins avec un renoncement plus important si l'état de santé perçue est « mauvais » ou « très mauvais » ($\beta_{sd}=0,15$ IC_{95%}[0,05 ; 0,26]).

La dépression et les événements de vie difficiles ont un effet sur la santé perçue avec respectivement les coefficients et intervalles standardisés suivants : ($\beta_{sd}=0,22$ IC_{95%}[0,10 ; 0,34]) et ($\beta_{sd}=0,30$ IC_{95%}[0,18 ; 0,41]). La dépression et les événements de vie difficiles n'ont pas d'effet direct sur le renoncement aux soins.

Les indices sur la qualité de l'ajustement du modèle final étaient satisfaisants : CFI=0,856 et RMSEA=0,066 (IC_{95%}[0,059 ; 0,072]).

Figure 22 – Modèle d'équations structurelles final des relations entre le renoncement aux soins, la santé perçue et différents déterminants sociaux de la santé chez les femmes sans-domicile en IDF (ENFAMS, 2013).



Champ : 656 femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS en 2013, et étant arrivées en France depuis au moins un an avant l'enquête.

IV. Discussion

Une prévalence du renoncement aux soins modérée

La prévalence du renoncement aux soins chez les femmes sans-domicile (25,1%) en 2013 était plus faible qu'en population générale en Île-de-France qui était de 32,3% en 2010 (Chauvin et al. 2012). De manière générale, les résultats d'études sur le renoncement aux soins sont difficilement comparables, étant donné la subjectivité de la mesure. C'est une notion qui peut être influencée par des facteurs culturels ou par des attentes différenciées vis-à-vis du système de soin (Lafortune et Devaux 2012). Or, les études internationales sur le renoncement aux soins des populations sans-domicile sont menées auprès de groupes ciblés au sein de cette population tels que les usagers de drogues (Robbins et al. 2010), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Salem et al. 2015), les personnes ayant des pathologies mentales lourdes (Desai et Rosenheck 2005), ou les adolescents et jeunes adultes (12-25 ans) (Winetrobe et al. 2016). De plus, les outils pour interroger le renoncement sont différents : dans l'étude de Desai and Rosenheck, les personnes sans-domicile sont interrogées à travers quatre questions (leurs besoins actuels, s'ils ont pu consulter etc.) alors que nous n'avions qu'une question dans l'enquête ENFAMS. Enfin, la durée sur laquelle le renoncement était interrogé était également différent entre les études (six mois, durant la période sans domicile, sans précision) (Wojtusik et White 1998; Kertesz et al. 2009). Les trois études qui semblent se rapprocher le plus de notre étude en terme de population et de méthode de mesure rapportent des prévalences de renoncement très différentes : 17% à Toronto (Hwang et al. 2010), 37% en 2013 dans 3 villes canadiennes (Ottawa, Toronto, et Ontario) (Argintaru et al. 2013), et 73% aux États-Unis (Baggett et al. 2010). Ces trois études indiquent que le renoncement est plus important chez les personnes sans-domicile qu'en population générale – résultat inverse dans notre étude.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer que, dans notre étude, on observe une prévalence de renoncement aux soins des personnes sans-domicile plus faible qu'en population générale :

La compétitivité des besoins ? Les conditions de vie difficiles de ces femmes font qu'elles priorisent leurs besoins : l'accès à la nourriture, à un endroit où dormir sont

alors des besoins fondamentaux et prioritaires sur la santé. En particulier, pour ces enquêtées qui sont toutes mères, la sécurité et le bien-être de leurs enfants rentrent en compétition avec leurs propres besoins en soins (Kinzel 1991; Gelberg et al. 1997, 2000).

Effets d'enfermement temporel ? Le rapport au temps est un facteur important à considérer dans l'analyse des situations de précarité (Singh-Manoux et Marmot 2005; Fieulaine et al. 2012). L'expérience de la précarité économique enferme dans le présent ceux qui y sont soumis et crée une temporalité de l'urgence (Millet et Thin 2005). L'instabilité professionnelle, la restriction des moyens économiques, l'absence de pérennité des revenus empêchent la planification de l'avenir et donc d'avoir un comportement préventif envers sa santé. Dans cette logique, consulter un médecin en dehors d'une urgence perd son sens (Millet et Thin 2005). Ces familles sans logement rencontrent sûrement des difficultés à anticiper et leur niveau en besoin de soins peut donc être diminué par l'absence de planification de soins préventifs (Gelberg et Linn 1992; Brunet et al. 2005).

Des attentes faibles vis-à-vis du système de soins ? Plusieurs hypothèses pourraient expliquer que les individus en situation de précarité aient de faibles attentes vis-à-vis du système de soins. Des chercheurs ont identifié dans certains milieux précaires, des situations dans lesquelles les individus sont inscrits dans une « culture du renoncement » (Despres 2012). La privation des besoins primaires, engendrée par la pauvreté, pourrait entraîner les individus à s'accoutumer aux symptômes et ne pas avoir le sentiment de renoncer à un soin. Une autre hypothèse : le « renoncement-refus », défini comme le fait d'avoir identifié un symptôme, une maladie et un besoin de soins sans pour autant vouloir consulter, pourrait aussi être important. De plus, le rapport avec les institutions, parfois difficile dans les milieux précaires, vécu comme une humiliation (De Gaulejac 2011; Despres 2012) ; les mauvaises expériences avec le système de soins, notamment discriminatoires peuvent constituer de vraies barrières (Encadré 4). En effet, dans notre étude, 13,6% des femmes ont déclaré avoir été déjà moins bien reçues que les autres patients (page 83). Par ailleurs, sur 561 femmes bénéficiant de l'AME ou de la CMU, 22,1% ont déclaré qu'on leur avait déjà refusé une consultation médicale parce qu'elles avaient la CMU ou l'AME.

Encadré 4 : Quelques extraits résumés du récit (du 12 décembre 2013) d'une femme Malienne arrivée en France en 2008, hébergée à Asnières, avec son conjoint et ses deux enfants de 4 ans et demi et 3 ans, qui décrit trois expériences discriminatoires à cause de l'AME.

Son deuxième accouchement a été dur car elle a eu des agrafes, et trois jours après son accouchement, elle est sortie de l'hôpital. Elle avait du mal à marcher avec sa césarienne. Les agrafes auraient dû être retirées trois jours après sa sortie, mais elle ne trouvait pas d'infirmières. Toutes lui disaient qu'elles étaient soit en vacances soit qu'elles refusaient l'AME [...].

À la naissance de son deuxième enfant, ils lui ont mis un implant contraceptif. Elle dit qu'elle saignait beaucoup avec l'implant alors elle voulait consulter un gynécologue. Elle est allée voir un gynécologue dans le 19^{ème} mais il ne voulait pas la prendre car elle avait l'AME. Puis finalement, il l'a acceptée. Il lui a retiré l'implant et il lui a dit de revenir plus tard pour le stérilet. Pour le rendez-vous pour le stérilet, il a, à nouveau, refusé de la prendre en rendez-vous puis a accepté, car elle lui a dit dans ce cas-là il ne fallait pas retirer son implant. Elle a dit qu'elle ne voulait pas du tout tomber enceinte. Le gynécologue lui a posé un stérilet et lui a dit de reprendre un rendez-vous deux mois après la pose du stérilet pour un contrôle. Lorsqu'elle a voulu prendre rendez-vous pour le contrôle, ils n'ont jamais accepté. Cela fait un an qu'elle a son stérilet sans contrôle. Elle dit que dans le 92, souvent les professionnels de santé ne prennent pas les gens avec l'AME [...].

Le premier garçon a des problèmes aux yeux. La mère avait remarqué qu'il avait les yeux qui pleuraient souvent. Elle en a parlé à la maîtresse qui lui a confirmé qu'il avait du mal à voir au tableau alors elle a conseillé à la maman d'aller voir un ophtalmologue. Lorsqu'elle a pris le rendez-vous, elle n'a pas dit qu'elle avait l'AME. À son arrivée, ils lui ont dit qu'ils ne prenaient pas l'AME. Elle a discuté avec eux et ils lui ont dit alors qu'il fallait qu'elle paie 20 € de frais de dossier alors. Elle a payé les 20 € mais l'ophtalmologue a été très vite pendant la consultation et il ne l'a pas bien regardé. Il a dit que tout allait bien.

Note : Cet entretien a lieu dans le cadre d'entretiens supplémentaires de l'enquête ENFAMS sur la santé gynécologique et le recours aux soins, menés par Candy Jangal (doctorante, géographe de la santé). Cette femme, dont on expose des extraits de son récit, avait participé à l'enquête ENFAMS en 2013.

Enfin, comme on l'a décrit, certaines femmes (13,5%) de l'enquête sont arrivées en France moins d'un an avant l'enquête et/ou déclarent avoir des difficultés à comprendre, parler, lire ou écrire le français (58,2%). Des difficultés dans la langue et une arrivée récente dans un pays engendrent une méconnaissance et/ou une incompréhension du fonctionnement du système de santé (« health literacy » en anglais), ce qui ne leur permet pas de savoir si le système peut répondre à un besoin spécifique (Lombrail et al. 2004).

Le renoncement à un médecin généraliste élevé

Parmi les types de renoncement aux soins déclarés dans l'enquête ENFAMS, le renoncement à un médecin généraliste est deux fois plus important chez les femmes sans-domicile qu'en population générale. Pourtant, comme nous l'avions décrit dans l'étude des dépistages des cancers du col, l'accès à un médecin généraliste joue un rôle clé dans l'accès à la prévention.

Dimensions ayant un effet direct sur le renoncement aux soins

Nous avons observé que le statut migratoire, le niveau d'études, l'insécurité alimentaire et l'accès géographique ont des « effets directs » sur le renoncement aux soins.

Migration. La migration a un impact sur le renoncement aux soins - indépendamment du niveau d'études et de la santé perçue. Ce résultat peut être le reflet de ce que nous avons énoncé plus haut, à savoir un manque de connaissances sur le fonctionnement du système de soins et/ou des attentes plus faibles vis-à-vis de la médecine – en particulier si elles viennent d'un pays dont le système de soins est peu développé. Cette étude ne montre pas de lien significatif entre la migration et la santé perçue, qui pourtant est une association retrouvée fréquemment dans la littérature (Dourgnon et al. 2008). Cette absence d'association peut s'expliquer par l'existence de deux phénomènes opposés : le « healthy migrant effect » (effet positif sur la santé) et le « exhausted migrant effect » (effet négatif sur la santé) (Domnich et al. 2012). Les immigrants auraient un meilleur état de santé que les individus de leur pays d'origine (il faut être relativement en bonne santé pour se déplacer et voyager, surtout pour les migrations de travail), et aussi que les individus du pays d'accueil (les habitudes de vie, notamment alimentaires sont plus

favorables dans leur pays d'origine) (Berchet et Jusot 2012). Cependant, cet effet positif s'inverserait par la suite en raison des conditions de vie des immigrés dans le pays d'accueil (le « exhausted migrant effect »), combinant l'adoption d'habitudes de vie du pays d'accueil néfastes pour la santé (nourriture moins saine, tabagisme, alcoolisme, etc.) et des conditions socio-économiques plus difficiles : pénibilité et précarité des emplois, pauvreté, affaiblissement des liens sociaux (Khlat 2012).

Niveau d'études. La relation inverse entre le renoncement aux soins et le niveau d'études (renoncement plus élevé chez les femmes ayant un niveau d'études plus élevé) se retrouve dans différentes études en population générale française (Bazin et al. 2005). Les individus ayant un niveau d'études bas ont pourtant tendance à être en moins bonne santé et à avoir un recours aux soins moindre que les individus ayant un niveau d'études élevé. Cette relation est habituellement expliquée par le fait que les individus ayant un niveau d'études faible ont moins de connaissances sur la santé, le système de soins, leurs droits sociaux et ont moins d'attentes vis-à-vis du système de soins et donc déclarent moins souvent avoir renoncé à un soin (Berkman et al. 2011; Delpierre et al. 2011).

Insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire a un impact direct sur le renoncement aux soins et confirme notre hypothèse selon laquelle il existe une compétitivité des besoins : les individus ont d'abord besoin de combler un besoin vital (se nourrir) avant de porter attention à leur santé et leur besoin en soins – résultat retrouvé dans la littérature chez les personnes sans-domicile (Gallagher et al. 1997; Gelberg et al. 1997; Kushel et al. 2001).

Accès géographique. Les contraintes spatiales ont un effet sur le renoncement aux soins, résultat retrouvé classiquement dans les études sur le non-recours ou sur le renoncement aux soins (Lewis et al. 2003; Hwang et al. 2010; Currie et al. 2014). Notre hypothèse de l'effet de l'instabilité résidentielle sur l'accès spatial n'a pourtant pas été vérifiée. Ce résultat peut être la conséquence de l'existence de deux relations inverses. Pour certaines femmes, l'instabilité résidentielle et, notamment la multiplication des déménagements, peut se traduire par une meilleure connaissance de l'espace francilien et des moyens de transport en commun ; pour d'autres au contraire, elle se traduit par un confinement et un isolement social croissant dans leurs hébergements successifs.

Gestion des enfants. L'absence de relation statistiquement significative entre la gestion des enfants et le renoncement aux soins peut résulter de deux phénomènes opposés. Des études ont indiqué qu'avoir des enfants impacte le renoncement aux soins, car les mères sont plus difficilement mobiles, et comme la plupart d'entre elles sont isolées, elles ne peuvent confier leurs enfants en leur absence (Lewis et al. 2003; Hwang et al. 2010). Au contraire, d'autres études montrent que la maternité et le fait d'avoir des enfants constituent des opportunités d'une plus grande proximité au système de soins et des portes d'entrée dans le soin pour les mères (Bassuk et Weinreb 1993). Dans l'étude de Brunet et al., certaines femmes déclaraient consulter les services gynécologiques seulement lors d'une grossesse ou en cas de problème de santé aigu. Par ailleurs, la grossesse donnerait un statut à ces femmes auprès des autres individus, notamment des travailleurs sociaux qui seraient plus nombreux à les entourer lors de la grossesse qu'à d'autres moments de la vie (Brunet et al. 2005).

Ressources financières. Les relations classiquement établies entre le renoncement aux soins et les barrières financières (revenu, emploi et couverture maladie) n'ont pas été retrouvées dans notre étude. Cependant, les ressources financières et la couverture maladie ne suffisent pas à assurer les besoins en soins des individus (Kreider et Nicholson 1997; Lewis et al. 2003; Guessous et al. 2012). Dans les années 1970, un chercheur montrait déjà que la gratuité des soins n'engendrait pas un niveau égal de consommation de soins (Tuckett 1976). L'absence de lien existant entre l'aspect financier et le renoncement aux soins dans notre étude peut être due à l'homogénéité de la situation financière de ces femmes. En effet, une majorité d'entre elles sont sans emploi et vivent en dessous du seuil de pauvreté, ce qui ne permet pas d'avoir un écart assez important pour mettre en évidence une différence statistique.

Isolement social. Contrairement aux études françaises sur le renoncement aux soins en population générale, les contacts sociaux ne sont pas associés à la déclaration du renoncement aux soins (Bazin et al. 2005). Nous supposons que cette absence de lien peut être due – comme pour les ressources financières – à un manque d'hétérogénéité des caractéristiques des enquêtées : la plupart des enquêtées sont socialement isolées. Une autre hypothèse sur l'absence de lien : le réseau social de ces femmes – quand elles ont

en un – est probablement constitué d’individus ayant des conditions de vie proches et qui ne peuvent alors constituer un support dans l’accès aux soins.

Dimensions ayant un effet indirect sur le renoncement via la santé perçue

Notre étude suggère que la victimisation et la dépression ont un impact sur la santé perçue, comme cela est fréquemment retrouvé dans la littérature (Bassuk et al. 1998; Wenzel et al. 2000; Britt 2001). Il semble que la victimisation ait un impact sur la santé : suite à des événements de vie difficiles, la santé mentale et aussi bien la santé physique des individus peuvent être impactées. Dans une étude américaine de 2016 (Tan et Haining 2016), les auteurs rapportent que les femmes appartenant à des minorités ethniques – ce qui est le cas pour de nombreuses femmes d’ENFAMS – souffriraient davantage de maladies mentales et seraient plus en proie à connaître des événements de vie difficiles. Plus généralement, la victimisation aurait ainsi pour conséquence des besoins de soins accrus dus à un mauvais état de santé perçue (Ullman et Siegel 1996), ce qui expliquerait ce lien indirect avec le renoncement aux soins.

Forces et limites de l’étude

Cette étude comporte principalement deux limites. (1) Le renoncement aux soins est déclaratif. Cependant, cet indicateur de plus en plus étudié permet de placer l’individu comme « acteur de sa prise en charge et non comme objet » (Despres 2012). (2) Nous ne disposons pas d’informations sur les connaissances des individus sur le système de soins, la santé et la médecine, et sur les comportements des individus face aux médecins et aux professionnels de santé. Il aurait été intéressant de connaître ces éléments puisque les déclarations du renoncement peuvent aussi refléter le mécontentement face à des réformes récentes du système de santé (par exemple, la hausse du reste à la charge du patient) (Lafortune et Devaux 2012).

Cette étude a aussi des forces : c’est la première étude sur le renoncement aux soins chez les femmes sans-domicile, hébergées en famille en Île-de-France (Moisy 2015). La principale force de cette étude réside dans l’approche par équations structurelles qui permet de considérer les relations entre différents concepts, et se rapproche donc plus de

la réalité (méthode rendue possible par l'existence d'un grand nombre de variables recueillies dans l'enquête ENFAMS). Il serait intéressant de tester ce modèle lors d'une nouvelle enquête sur les familles sans logement.

Conclusion

Cette étude a permis pour la première fois chez les femmes sans-domicile en Île-de-France d'examiner les relations entre des caractéristiques sociales ou liées à la santé et le renoncement aux soins. Dans le contexte français d'une couverture maladie universelle (même si une part non négligeable des femmes sans-domicile interrogées n'était pas couverte au jour de l'enquête⁶²) et de filets de protection sociale encore nombreux, nous ne retrouvons pas les associations classiques entre renoncement aux soins et ressources financières ou assurance maladie. Pour autant, les autres associations que nous avons observées démontrent que les stratégies d'amélioration à l'accès aux soins ne doivent pas seulement viser à lever les obstacles financiers. Des études supplémentaires pourraient être menées par type de soins ayant fait l'objet de renoncement et par raisons de renoncement. Les attentes et les connaissances de ces femmes vis-à-vis du système de soins devraient être mieux connues et analysées afin d'éclaircir certaines des relations que nous avons testées et d'apporter des pistes de réflexion empiriques supplémentaires.

⁶² Un quart des femmes enquêtées ne disposaient d'aucune couverture maladie en 2013 et presque deux tiers n'avaient bénéficié d'aucune aide l'année précédant l'enquête.

Discussion générale

Après un résumé des principaux résultats de cette thèse, seront présentés les apports et les limites de l'utilisation des données de l'enquête ENFAMS dans le cadre de cette thèse, et nos choix méthodologiques. Une dernière partie présentera les apports et les implications en santé publique de ce travail dans le but d'améliorer la santé et le recours aux soins des femmes sans logement personnel, ainsi qu'une description de quelques dispositifs et lois créés depuis l'enquête ENFAMS.

I. Synthèse des principaux résultats

1. Les familles sans-domicile : une population peu étudiée en France, différente des adultes « isolés ».

La santé et le recours aux soins des femmes sans-domicile accompagnées d'enfants ont été peu étudiés en France avant le projet ENFAMS. Les enquêtes nationales SD 2001 et 2012 (Mordier 2016), ainsi que des travaux européens (FEANTSA 2012) ont constaté cette modification du profil des personnes sans-domicile : une hausse de femmes, de jeunes et de familles avec enfants.

Cette thèse a permis de décrire le profil des femmes sans-domicile hébergées et vivant en famille. Leur profil est différent des femmes qui ont été enquêtées dans les enquêtes SD 2001 et 2012. Les études des données des enquêtes SD ont parfois stratifié leurs résultats selon si les adultes enquêtés étaient nés à l'étranger et/ou avaient des enfants. Ainsi, nous pouvons comparer certaines caractéristiques des profils des enquêtés de ENFAMS ou de SD 2001 et 2012. Les femmes d'ENFAMS sont en moyenne plus jeunes que celles des enquêtes SD 2001 et 2012 avec une moyenne d'âge respectivement de 32, 36 et 39 ans. Cependant, les adultes non francophones nés à l'étranger enquêtés dans SD 2012 sont plus jeunes que la moyenne (37 ans). Les femmes d'ENFAMS sont plus souvent nées à l'étranger que les adultes de SD (94% contre 56%). L'enquête SD 2012 montre que les adultes sans-domicile nés à l'étranger sont plus souvent accompagnés d'enfants que les adultes nés en France, et indique une hausse de 85% du nombre d'enfants accompagnant des adultes sans-domicile entre 2001 et 2012. En 2012, les adultes sans-domicile francophones nés à l'étranger sont en majorité nés du Maghreb, des pays d'Afrique centrale et occidentale alors que les non-francophones sont plutôt issus de l'Est de l'Europe (Arménie, Russie, Georgie, Kosovo). Dans notre étude, les

femmes sont plutôt issues, comme les adultes de SD 2012 francophones nés à l'étranger, des pays d'Afrique, du Maghreb, et du Moyen et Proche Orient.

Ces différences de profils soulignent bien l'existence de différentes populations au sein de personnes sans-domicile. C'est pour cette raison, entre autres, qu'il est difficile de comparer nos résultats sur la santé et le recours aux soins avec ceux des enquêtes SD.

Figure 23 – Photographie d'une femme avec son enfant dans un centre d'hébergement



Source :<http://www.ouest-france.fr/europe/france/reportage-ces-femmes-brisees-se-requiquent-dans-la-dignite-3331273> « Au Havre, ce foyer accueille des femmes, parfois accompagnées d'enfants, qui ont besoin de soutien pour voguer vers une nouvelle vie » | Stéphane Geufroi.

2. Précarité, instabilité de l'hébergement et manque de soutien financier

Les femmes étudiées dans ce travail de thèse se trouvent dans une forme de précarité extrême (Figure 23). Bien que la très grande majorité d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté et n'aient pas d'emploi, elles sont moins nombreuses à bénéficier de la plupart des aides que les femmes de la population générale (notamment l'allocation chômage, l'AAH, l'APL). Nous avons également pu constater que certaines femmes n'avaient pas de titre séjour valide, ou étaient dans l'attente d'une régularisation, qu'elles avaient des difficultés en Français et qu'elles pouvaient aussi avoir des difficultés à prendre les transports. Ces difficultés peuvent constituer de véritables barrières à l'accès à un

emploi en France. L'absence de stabilité résidentielle est également incompatible avec la recherche d'emploi. On a pu constater que les situations d'hébergement étaient diverses mais que l'accès à un logement à l'arrivée en France était difficile pour les femmes nées à l'étranger puisque certaines d'entre elles avaient été privées de leur logement dès leur arrivée en France.

3. Un état de santé alarmant

Bien qu'elles soient plus jeunes, la santé des femmes sans logement est plus mauvaise qu'en population générale, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale - avec des états dépressifs fréquents - et leur santé nutritionnelle, marquée par une obésité importante et une insécurité alimentaire très élevée. Nos travaux actuels n'ont pas étudié les facteurs associés à la mauvaise santé ou à la survenue d'événements de santé chez ces femmes, mais ont permis de donner une première description de l'état de santé perçue et de certains indicateurs de santé. D'autres chercheurs travaillant sur l'enquête ENFAMS ont réalisé divers travaux sur la santé mentale (Roze et al. 2016), la santé respiratoire des enfants (Lefevre et al. 2016) ou la santé nutritionnelle (*à paraître* : Arnaud et al. 2017).

Nous avons mis en évidence (dans la partie 3) que les événements de vie difficiles et la dépression ont un impact sur la perception de leur santé. Les résultats de l'enquête Samenta indiquaient une prévalence similaire de troubles dépressifs de 28,8% chez les hommes et femmes sans-domicile d'Île-de-France accompagnés d'enfants en 2009 (Laporte et al. 2015). Les violences sont aussi très fréquentes dans le parcours de vie de ces femmes, elles sont plus nombreuses à en avoir subies que les femmes de la population générale. La littérature indique que les femmes qui quittent leur pays, le font souvent à cause d'événements violents (Cognet et al. 2012) (comme c'est le cas dans notre étude pour près de 40% des femmes qui ont fui leur pays à cause d'une menace) et le risque de subir des violences pendant le voyage est important (Chauvin et al. 2015). Le caractère transversal de l'enquête ENFAMS ne nous a pas permis d'explorer les facteurs associés au fait d'avoir subi des violences (puisque l'on n'avait pas connaissance de la date de survenue des violences) et de savoir si les violences ont plutôt eu lieu dans le pays d'origine, pendant le voyage, ou après dans le pays d'accueil. Une étude de

Médecins du Monde montrait que les violences ont, en général, eu lieu dans le pays d'origine (ce qui peut représenter comme on l'a vu un motif de départ du pays d'origine) (Chauvin et al. 2015).

La population sans-domicile est souvent préjugée et stigmatisée comme étant consommatrice excessive d'alcool et/ou de drogues (Beck et al. 2006). La consommation de substances psycho-actives est aussi un motif d'exclusion ou de nonaccès aux centres d'hébergement (Michalot et Simeone 2010). Ce stéréotype ne correspond pas à la réalité dans la population que nous avons étudiée. La consommation de substances (tabac, alcool ou drogues) est moins importante chez les femmes sans-domicile dans notre étude que dans la population générale. L'enquête Samenta soulignait que, bien que la dépendance à l'alcool soit plus importante chez les personnes sans logement qu'en population générale, les personnes sans logement sont moins consommatrices (Laporte et al. 2010).

4. Un recours aux soins plus faible, de nombreuses barrières mais pas seulement financières

Ce travail souligne que, malgré un état de santé plus mauvais, les femmes sans logement ont moins recours aux soins que les femmes en population générale. Dans la littérature, les facteurs associés à un faible ou à l'absence du recours sont souvent l'absence de couverture maladie, de faibles ressources financières, un faible niveau d'études, l'éloignement géographique des centres de soins, les problèmes de transport et de langue. Que ce soit dans l'étude de l'absence du dépistage du cancer du col de l'utérus ou dans l'étude du renoncement aux soins, la plupart de ces associations ont été effectivement retrouvées.

Cependant, il n'a pas été retrouvé de lien entre le revenu et le recours aux soins dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes de l'étude ENFAMS se trouvent toutes en situation de grande précarité financière (avec 96% d'entre elles qui ont des revenus en dessous du seuil de pauvreté), ce qui n'a pas permis d'établir de différence significative dans cette population. De la même manière, la couverture maladie qui est parfois décrite comme un des facteurs le plus déterminant dans le renoncement aux soins (Kreider et Nicholson 1997; Winetrobe et al. 2016) ne l'est pas

dans notre étude. Etant donné que la majorité des femmes couvertes ont la CMU ou l'AME, on peut alors s'interroger de l'efficacité de l'accès à ces deux types de couverture. Comme nous l'avons décrit dans la Partie 1 de cette thèse, une femme sur quatre n'a pas de couverture maladie : est-ce dû à une difficulté à accéder à la CMU ou à l'AME ? Cette possibilité est à envisager ; et ce d'autant plus que 22% des femmes se sont vues refuser des soins parce qu'elles avaient une de ces deux couvertures maladies.

Cette thèse a permis de souligner l'importance du suivi gynécologique dans l'accès au dépistage des cancers féminins puisque la proportion de femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus est deux fois moins élevée chez les femmes avec un suivi gynécologique que chez celles sans suivi. Cependant, l'accès au suivi gynécologique est inégal puisque les femmes les plus vulnérables ont déclaré ne pas avoir de suivi gynécologique (ces femmes sans suivi avaient également un niveau d'études plus faible, avaient plus de difficultés en Français, avaient plus souvent été victimes d'agressions physiques ou sexuelles et étaient plus nombreuses à ne pas avoir de couverture maladie).

II. Apports et limites méthodologiques de l'enquête ENFAMS

1. Une méthode d'enquête innovante

L'enquête ENFAMS a permis d'interroger une population jusqu'ici rarement étudiée et avec une méthode de sondage statistique solide permettant de dresser un état des lieux de l'état de santé des femmes sans-domicile accompagnées d'enfants et hébergées en Île-de-France.

L'investigation en 17 langues (dont 9 langues traduites à l'écrit) a permis d'approcher la population non francophone, importante dans cette population. L'enquête SD 2001 avait permis un dénombrement des personnes sans-domicile non francophones mais ne les avait pas enquêtés (Mordier 2016). En 2012, l'enquête SD comportait un auto-questionnaire pour les non francophones d'une quarantaine de questions, traduits en 15 langues (persan, pashto, arabe, arménien, polonais, russe, bulgare, albanais, anglais, espagnol, romani, roumain, serbo-croate, mandarin) (Yaouancq 2013). Cependant, contrairement à l'enquête ENFAMS, l'enquête SD 2012 ne disposait pas d'enquêteurs bilingues, le questionnaire pour les non francophones n'était pas administré en face-à-face et ne comportait qu'une partie des questions posées aux francophones. Dans l'enquête ENFAMS, l'investigation en langues étrangères a représenté 44% des entretiens, ce qui a ainsi permis d'optimiser le taux de participation à l'enquête ainsi que la représentativité de la population.

L'inclusion d'enquêteurs anciennement sans logement a joué un rôle important dans l'amélioration du questionnaire (critiques sur le questionnaire déjà élaboré) ainsi que dans la passation (les réponses ont sûrement été plus précises grâce à la création d'un lien de confiance entre l'enquêté et l'enquêteur) (Le Méner et Oppenheim 2013a) et dans l'interprétation des résultats.

Les pré-visites (prises de contact directes avec les familles) ont également impacté la participation (près de 80%) de cette population pourtant très mouvante, en étant au plus près du terrain.

L'enquête a permis également de constituer une base de sondage et d'avoir ainsi une liste exhaustive des structures d'hébergement, qui jusqu'à lors n'existait pas.

Le projet ENFAMS était un projet de recherche-action et a ainsi permis d'orienter plusieurs adultes et enfants vers des structures de soins (Observatoire du Samusocial 2014). En cas de problème de santé important, y compris en santé mentale, ou en cas d'anémie ou de retard vaccinal de l'enfant, une orientation vers les acteurs de santé compétents était organisée par le médecin épidémiologiste de l'Observatoire (en PMI, en PASS, en CMP (Centre médico-psychologique) ou en CMPP (Centre médico-psychopédagogique)). Ces orientations ont été faites au cas par cas et l'équipe de l'Observatoire du Samusocial a rencontré de nombreuses difficultés (problème de langues, saturation de services, horaires ou services inadéquats pour des femmes accompagnés d'enfants de bas âge, sectorisation des services etc...). Presque 40% des femmes ont été orientées vers les PASS ou autres services d'hôpitaux. Plus de 40% des enfants ont été orientés vers une PMI ou d'autres acteurs de santé. La proposition d'une orientation vers les professionnels de santé a sûrement participé à augmenter le taux de participation, en particulier des personnes qui pensaient qu'eux-mêmes ou leurs enfants avaient un problème de santé.

2. Sélection de la population

Les critères d'inclusion de femmes dans l'enquête ENFAMS étaient les femmes accompagnées d'au moins un enfant de moins de 13 ans, hébergées dans un des quatre types de centres d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, hôtel sociaux), et parlant une des 17 langues proposées.

Les critères d'exclusion concernaient certains types de structures comme les centres maternels, les résidences sociales et les logements transitoires. Elles ne permettaient pas d'inclure les femmes hébergées chez un tiers ou celles vivant dans la rue. Des études ont montré que le recours aux soins est influencé par le type d'absence de logement personnel (sans-abri, sans-domicile...) et que les personnes vivant dans la rue ont un recours moindre par rapport à celles qui sont hébergées (Elwell-Sutton et al. 2017). Ainsi, il est possible que les prévalences de l'absence de dépistage ou de renoncement aux soins dans la population de toutes les femmes sans logement soient plus élevées que celles que nous avons estimées. Pour autant, bien que les femmes sans-abri (et donc non hébergées) soient de plus en plus visibles dans les espaces publics parisiens, elles restent

dans des proportions moindres : les femmes représentaient 5% des sans-abris francophones en 2012 (Yaouancq et al. 2013). Les difficultés pour enquêter auprès de personnes sans-abri sont multiples : les bases de sondage sont inexistantes, les personnes sans-domicile sont à la fois mobiles et peu visibles (Marpsat et Razafindratsima 2010; Join-Lambert et al. 2011). Il existe aussi des difficultés éthiques et de terrain comme par exemple ne pas « priver » l'enquêter de son intimité et ne pas perturber le travail des associations et des organismes (Marpsat et Yaouancq 2016).

Un des axes de recherche du projet ENFAMS s'intéressait au développement de l'enfant, ce qui impliquait l'inclusion de jeunes enfants. Ainsi, les femmes plus âgées (que celles ayant des enfants de moins de 13 ans) n'ont pas été incluses et on peut supposer qu'elles auraient eu davantage de problèmes de santé (la santé se dégradant avec l'âge).

3. Mode de recueil

Le mode de recueil en face-à-face a facilité la passation d'un questionnaire complexe (nombreux filtres) et riche permettant un recueil important de données. Par ailleurs, même si l'entretien pouvait se dérouler en une des 17 langues proposées, seules 9 étaient traduites à l'écrit (les 8 autres par les enquêteurs bilingues à l'oral). En auto-questionnaire, les personnes interrogées avec ces traductions orales n'auraient pu être enquêtées. En revanche, on peut se poser la question de l'impact de la traduction orale du questionnaire sur le recueil : (1) existe-il des différences de traductions entre les traducteurs et (2) est-ce que la traduction des questions était valide ? En effet, certains indicateurs utilisés dans ce travail comme la dépression, l'état de stress post-traumatique et l'insécurité alimentaire sont des outils standardisés. L'intitulé des questions est précise puisque la manière dont est posée la question (notamment lorsqu'il s'agit de violences) peut induire les personnes à ne pas répondre. La traduction de tels outils doit être validée. Ainsi la traduction orale de ces outils a pu induire plus de non-réponses. Cependant, l'équipe conceptrice du questionnaire et de ses traductions a réalisé d'importants efforts de « *rendre intelligible un texte élaboré, pour un groupe social, dans un autre groupe social* ».

4. Données recueillies

Les données collectées dans l'enquête ENFAMS étaient variées ce qui a permis de prendre en compte l'aspect multifactoriel de la santé et du recours aux soins et d'utiliser des modèles statistiques plus sophistiqués que les méthodes habituelles. L'utilisation d'outils standardisés (pour mesurer la santé perçue, la dépression, l'ESPT, l'insécurité alimentaire) déjà utilisés dans des enquêtes en population générale nous a permis d'avoir une meilleure information quant aux écarts de santé et de recours aux soins entre les femmes sans-domicile et la population générale.

Il aurait été intéressant d'avoir des données sur leurs perceptions vis-à-vis de leur santé et du système de soins français. Ces données auraient été utiles, en particulier, dans l'étude du renoncement aux soins afin d'étudier leurs connaissances sur la santé, la manière dont ils perçoivent leurs besoins de soins ainsi que leurs expériences et comportements face au système de soins (Baubet et Moro 2003; Adam et Herzlich 2007; Moro 2014). Ces éléments nous auraient permis, par exemple, de mieux comprendre la relation inverse entre la migration et le renoncement aux soins dans notre étude.

III. Choix méthodologiques de la thèse

1. Données manquantes

Il existait des données manquantes aux réponses des questionnaires. Nous avons choisi dans les analyses de cette thèse de ne pas imputer les données, ce choix est discutable. Etant donné le grand nombre de variables que nous avons utilisé pour chaque étude de cette thèse, nous avons pensé qu'il était préférable d'effectuer les analyses en cas complet plutôt que de réaliser une imputation multiple sur un trop grand nombre de variables.

2. Justification des indicateurs étudiés

Pour décrire le recours aux soins des femmes sans-domicile nous avons choisi d'étudier l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus et le renoncement aux soins dans les douze derniers mois. Avec les données de l'enquête ENFAMS, nous aurions pu faire d'autre choix d'indicateurs de recours aux soins tels que : l'absence de recours à un médecin dans les douze derniers mois, l'absence de contraception, l'absence de recours à un médecin pour des questions de gynécologie, l'absence de suivi gynécologique régulier ou encore le renoncement aux soins pour raison financière.

Pourquoi avoir étudié l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus ? Etudier l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus permet d'avoir un indicateur décrivant l'accès à un acte de prévention. Par ailleurs, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus qui avaient fortement diminué depuis l'apparition des techniques de dépistage, stagnent aujourd'hui. La littérature montre que cette stagnation de l'incidence et de la mortalité de ce cancer ne diminue plus à cause des inégalités sociales d'accès, et révèle une couverture de dépistage très faible parmi les femmes les plus précaires (INCa 2015, 2016; Burton-Jeangros et al. 2017). L'enquête ENFAMS permettait d'identifier les barrières à l'accès au dépistage d'une population de femmes en situation de précarité, il était donc important de réaliser cette étude afin d'améliorer les connaissances sur ce point. Pour les femmes bénéficiant d'une couverture maladie et d'une complémentaire santé, le frottis est remboursé totalement (70% par la sécurité sociale) (INCa 2017). Le frottis peut être réalisé sans avance de frais dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale. Ainsi, si en théorie, les femmes peuvent se

faire dépistées gratuitement, étudier l'accès au dépistage permet d'identifier d'autres barrières que les barrières financières.

Pourquoi avoir étudié le renoncement aux soins plutôt que le non-recours ? L'accès au système de santé est un bon indicateur de la qualité de la protection sociale d'un pays. Les travaux sur le recours aux soins se sont multipliés ces dernières années (Beltzer 2014). Cependant, cet indicateur est insuffisant pour décrire les difficultés d'accès aux soins en prenant en compte les attentes vis-à-vis du système de soins. Lorsque l'on étudie le non-recours à un soin ou à un médecin, on étudie la consommation de soins. On ne peut donc pas savoir si les « non-recourants » avaient identifié un besoin de soins ou s'ils n'ont pas eu recours car ils n'en avaient pas besoin. Le renoncement aux soins a permis de prendre en compte la notion de besoins de santé non satisfaits qu'un état de santé aurait justifié.

Nous avons donc préféré utiliser ces deux indicateurs qui étaient plus informatifs que :

- l'absence de recours à un médecin dans les douze derniers mois. Nous avons expliqué ci-dessus que l'absence de recours ne traduit pas l'absence de besoin.
- l'absence de contraception. La question de l'absence de contraception posée seule est peu informative par rapport au recours au système de soins car elle n'implique pas forcément le désir de grossesse ou de l'inexistence d'un besoin en santé.
- l'absence de recours à un médecin pour des questions de gynécologie ou l'absence de suivi gynécologique régulier. Comme précédemment expliqué, l'absence de recours ne traduit pas l'absence de besoin.
- le renoncement aux soins pour raison financière. On l'a vu tout au long de notre travail, les ressources sont très faibles au sein de la population sans-domicile donc il était plus informatif d'étudier également les autres motifs du renoncement.

3. Comparaison avec la population générale

Dans la partie 1, nous avons choisi d'utiliser les données de l'enquête SIRS afin de disposer d'un échantillon de la population générale en Île-de-France comparable à celui d'ENFAMS (même zone géographique, années de collecte proches). En effet, ces deux

enquêtes avaient des questions communes puisque certaines parties du questionnaire de SIRS ont été réutilisées pour le questionnaire de l'enquête ENFAMS afin, de disposer d'indicateurs comparables. L'échantillonnage de chacune de ces deux enquêtes possédait le même nombre de degrés et de stratification. La fusion du plan de sondage était donc possible (Korn et Graubard 1999). En revanche, les enquêtes ont été menées à trois ans d'intervalle l'une de l'autre et la zone géographique d'enquête n'est pas exactement la même dans les deux enquêtes. L'enquête ENFAMS a été menée dans toute l'Île de France alors que seulement les départements de Paris et les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne ont été investigués dans SIRS.

4. Analyses statistiques

1. Fusion des bases de données : normalisation et harmonisation des poids

La prise en compte du design et de la pondération dans nos analyses a permis de décrire l'ensemble des femmes sans-domicile hébergées en Île-de-France (et pas seulement l'échantillon tiré au sort). Cependant une question méthodologique reste en suspens : la normalisation des poids de la base de données. Les analyses de données de l'enquête ENFAMS (comprenant d'autres travaux que ceux présentés dans cette thèse) ont été réalisées sans normaliser les poids⁶³. Actuellement, nous n'avons pas trouvé de recommandations dans la littérature permettant de savoir si la normalisation était nécessaire dans notre cas. Nous avons donc procédé à des tests en normalisant ou non les poids. Nous n'observons pas de différences dans les résultats d'estimation de prévalences, contrairement aux analyses de régression où l'on observait des rapports de prévalence légèrement plus importants sans normalisation.

La question de la normalisation s'est également posée lors de la comparaison entre les données de l'enquête ENFAMS et de celles de SIRS. Si l'on normalisait les poids dans chaque base, cela reviendrait à comparer une population de femmes sans logement de 764 femmes à une population de personnes en population générale de 1819 femmes, faussant l'ordre de grandeur de l'écart de la taille de ces deux populations. Sans normalisation, on comparerait une population de femmes sans logement de 9883 femmes

⁶³ La normalisation des poids consiste à multiplier chaque poids par le rapport de taille de l'échantillon sur la somme totale des poids (la taille de la population estimée). Sans normalisation la somme des poids est égale à la taille de la population.

à une population de personnes en population générale de 2.701.425 femmes, ce qui, dans une analyse de régression attribuerait une puissance statistique plus grande aux analyses.

De la même façon, nous avons choisi de ne pas harmoniser les poids entre les deux enquêtes (ce qui reviendrait à avoir la même somme de poids totale dans chacune des deux bases) puisque cela reviendrait à dire que les deux populations ont la même taille.

2. Régression de Poisson à variance robuste

Dans la partie 2 de cette thèse nous avons utilisé un modèle de régression de Poisson à variance robuste. Les études retrouvées en littérature ont montré que la régression logistique, la plus fréquemment utilisée en épidémiologie, était obsolète dans le cas d'études observationnelles (Deddens et Petersen 2008; Petersen et Deddens 2008) et ont proposé d'autres méthodes. En effet, la régression logistique était largement utilisée parce que les logiciels statistiques standards ne savaient pas faire converger d'autres modèles que ceux d'une régression logistique. Cependant, les risques relatifs ne peuvent être approximés par les odds ratios si la fréquence p de l'événement est supérieure à 10%. Aujourd'hui, les logiciels peuvent estimer des paramètres avec les modèles linéaires généralisés (linéaire, logistique, poisson, log-binomial...). La régression de Poisson à variance robuste semblait donc être celle qui était la plus juste et la plus facile d'utilisation (on rencontre souvent des problèmes de convergence avec le modèle log-binomial) (Zou 2004).

3. Utilisation du modèle conceptuel : the Behavioral Model for Vulnerable Populations

Utiliser un modèle conceptuel dans la partie du dépistage nous a permis de mieux classer et utiliser la diversité des variables dont on disposait. Cependant nous n'avons pas pu exploiter au maximum les ressources de l'utilisation d'un tel modèle. En effet nous aurions pu utiliser des modèles à équations structurelles dans cette partie comme l'étude de Stein qui utilise comme modèle théorique le BMVP (Stein et al. 2007) mais l'insuffisance de nos connaissances sur ces modèles au moment de la réalisation l'étude sur les dépistages ne nous l'ont pas permis.

4. Modèles à équations structurelles

L'utilisation des modèles à équations structurelles permet de raisonner par dimensions et d'étudier les liens entre ces dimensions. Reconnue comme une méthode qui peut être utilisée autant dans une approche exploratoire que confirmatoire, elle est encore peu utilisée en épidémiologie (Beran et Violato 2010). Son utilisation n'a pas été aisée à cause du manque de ressources chez les pairs, et de complexité de l'information disponible (la plupart des articles étaient seulement théoriques). Le modèle sur le renoncement aux soins dans la partie 3 est donc exploratoire, et nécessite d'être appliqué et validé par d'autres données et/ou auprès d'autres population de femmes sans-domicile.

IV. Implications

Dans cette sous-partie, nous présentons les implications ce travail en terme de propositions d'actions. Nous présentons les recommandations plus générales que l'Observatoire du SamuSocial a présenté dans son rapport, puis les avancées des lois et la création de dispositifs dédiés à cette population.

1. Apports des résultats de cette thèse

Cette thèse aura permis, nous l'espérons, d'apporter de la connaissance sur une population peu étudiée, celle des femmes sans logement hébergées avec leur(s) enfant(s) en Île-de-France. Cette population, mouvante, hébergée et donc peu visible, est étudiée depuis les années 1980 dans la littérature américaine. L'enquête ENFAMS, première étude quantitative sur les familles hébergées en Île-de-France, nous a permis de décrire l'état de santé, et d'étudier le recours aux soins des femmes de ces familles.

Nous avons montré que leur état de santé était plus mauvais que celui des femmes logées en Île-de-France, avec un plus mauvais état de santé perçue (santé générale, physique et psychologique ou émotionnelle), une prévalence d'état dépressif plus élevée, une insécurité alimentaire forte et une obésité fréquente. Cette thèse dénonce aussi la prévalence élevée des violences (excision, agression physique ou sexuelle) et du syndrome d'état de stress post-traumatique suite à des parcours de vie difficiles. La consommation de substances psychotropes est moins importante qu'en population générale.

Nous avons montré que ces femmes étaient largement moins dépistées que celles de la population générale. Cette thèse souligne l'importance de l'implication du médecin généraliste et d'un suivi gynécologique régulier pour la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (le dépistage était deux fois plus élevé lorsqu'elles avaient un suivi gynécologique régulier). Grâce à la richesse des données de l'enquête ENFAMS, nous avons aussi pu étudier des facteurs originaux (tels que le fait d'avoir accouché en France) et nous avons pu suggérer l'existence de nombreuses barrières à l'accès au dépistage qui n'étaient pas seulement liées au statut économique telles que les difficultés en français, un mauvais état de santé psychologique perçue et l'absence de régularisation administrative.

Ce travail s'est également intéressé à un indicateur de plus en plus utilisé dans l'évaluation de l'accès au système de soins, le renoncement aux soins. Nos résultats indiquaient que les femmes sans-domicile d'ENFAMS ont moins souvent renoncé à un soin l'année précédant l'enquête que les femmes en population générale. L'insécurité alimentaire, l'instabilité résidentielle, ainsi qu'un mauvais état de santé perçue sont des facteurs qui contribuent au renoncement aux soins. Nous avons montré également que subir des événements de vie difficile ou la dépression avaient eux-mêmes un effet sur l'état de santé perçue.

2. Propositions d'actions

Cette population défavorisée extrêmement pauvre, isolée, non francophone pour certaines femmes, sont particulièrement à risque de renoncer à un soin ou d'être exclues des dépistages médicalisés. Les femmes sans-domicile restent insuffisamment repérées, informées, sollicitées et accompagnées dans leurs démarches de soins. Les politiques de santé publique d'amélioration à l'accès aux soins ne doivent pas être limitées à la diminution des barrières financières. Nous proposons ainsi plusieurs pistes de réflexion pour améliorer l'état de santé et le recours aux soins des femmes hébergées en Île-de-France, complémentaires à celles du rapport de l'Observatoire du Samusocial sur l'enquête ENFAMS (voir Encadré 5).

Encadré 5 : Résumé des propositions d'actions faites par l'Observatoire du SamuSocial de Paris

1. Régionaliser et repenser la politique d'hébergement des familles et coordonner les acteurs publics concernés. Développer une hôtellerie sociale professionnelle, et une coordination entre l'ARS et la DRIHL.
2. Améliorer les conditions d'habitation : en priorité les toilettes, douches, nombre de lit, un espace pour cuisiner, un espace pour les enfants
3. Limiter la mobilité résidentielle des familles : limiter le recours au court séjour, les conditions d'exclusion devraient être précisées, prendre en compte le lieu de scolarisation des enfants et des structures de santé fréquentées par les parents
4. Rendre les parcours dans le système d'hébergement plus lisibles pour les familles avec des informations plus claires et pas au jour le jour et la création d'un guide en plusieurs langues pour identifier les ressources à leur disposition.
5. Réduire l'insécurité alimentaire et favoriser le recours aux soins, en agissant sur les politiques d'hébergement et les prestations sociales.
6. Prévenir l'obésité et les troubles du comportement des enfants : intervenir et soutenir les mères
7. Renforcer les PMI, améliorer l'accès aux soins des mères et des enfants et développer le soutien à la parentalité.

2.1. Informer davantage la population sur les dépistages et sur la santé plus globalement

Les retours de terrain ainsi que les faibles taux de participation aux dépistages des cancers féminins constatés indiquent que, outre les barrières rencontrées dans l'accès aux dépistages, le manque d'information au sujet de la prévention est criant chez ces femmes. Certaines femmes interrogées ignoraient totalement l'existence de ces pratiques de dépistages tandis que d'autres, qui pourtant avait réalisé un frottis du col de l'utérus

ou une mammographie, ne connaissaient pas le but de ces deux examens⁶⁴. Nous proposons de :

1) Traduire les campagnes d'information grand public que ce soit dans l'espace public ou dans les lieux d'hébergement. Il serait utile de disposer d'affiches de prévention, en différentes langues, dans les centres d'hébergement et dans les services d'aide dédiés à cette population. L'interprétariat, autour de la question de la santé des femmes, reste essentiel. Le suivi de la santé gynécologique des mères ne peut se faire par le biais de l'interprétariat d'un proche qui d'usage, est souvent l'enfant. Disposer d'un interprète professionnel lors des consultations est d'ailleurs recommandé dans l'ensemble des recommandations et bonnes pratiques de soins aux migrants (Priebe et al. 2011; Mladovsky et al. 2012).

2) Informer systématiquement les femmes lors de leurs contacts avec les professionnels de santé (notamment de premier recours et en particulier les services de santé materno-infantiles). Les contacts que ces femmes ont avec le système de soins, que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, ne devraient plus constituer des occasions manquées d'information, de prescription et/ou de réalisation de ces dépistages. Lors des consultations gynécologiques (chez un médecin généraliste, chez un gynécologues ou en centre de santé etc...), il est important que les professionnels de santé informent également davantage ces femmes sur le but des examens qui sont réalisés. Le suivi de grossesse et l'accouchement sont également des occasions d'information et constituent de véritables fenêtres « d'opportunité » qu'il ne faut pas manquer chez ces femmes jeunes.

3) Créer une démarche participative d'éducation par les pairs. Des chercheurs ont mené dans deux départements français, un projet de recherche-action (Cambon et al. 2008) pour expérimenter un programme de communication sur les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus auprès des femmes en situation de précarité, à travers une démarche d'éducation par les pairs. Cette

⁶⁴ C'est d'ailleurs le cas également dans la population générale, comme l'a montré une étude qualitative en IDF.

expérimentation s'est révélée efficace avec une majorité des femmes qui avaient réalisé leur frottis et qui s'étaient également engagées dans un suivi gynécologique. Elle a permis également de diminuer la distance culturelle, expérientielle ou professionnelle entre les femmes et les différents acteurs, de développer les compétences des femmes-relais et de créer un réseau de médiateurs de santé. Des expérimentations de ce genre seraient à mener auprès de femmes sans logement et on peut raisonnablement supposer qu'elles auraient le même succès. En effet, dans l'étude ENFAMS, certain(e)s enquêteurs(trices) étaient anciennement sans logement et les remontées du terrain à ce sujet ont été très favorables quant à la qualité des échanges et des interactions (Le Méner et Oppenheim 2013a).

2.2. Améliorer l'accès au dépistage en impliquant davantage le médecin généraliste et autres professionnels de santé

L'accès effectif aux dépistages s'inscrit dans une démarche générale de fréquentation des services de santé. Elle reste à ce titre conditionnée (subjectivement ou objectivement) par le bénéfice effectif d'une couverture maladie, par une adresse stable (notamment pour recevoir les propositions de dépistage organisé) et par la connaissance des modalités de prescription, de réalisation et de prise en charge financière des frottis. Pour les populations les plus à distance du système de soins et dont les connaissances en santé sont les plus faibles, l'accès à ces dépistages est facilité par l'inscription dans une démarche de soins primaires (avoir un médecin régulier ou un médecin de famille pour soi-même) et de suivi gynécologique régulier. Nos résultats suggèrent les recommandations suivantes :

1) la proposition et la réalisation du frottis doivent être plus systématiques en soins primaires. De nombreuses opportunités de dépistage sont manquées lorsqu'elles consultent puisque nos résultats montrent que (1) 82% des femmes ciblées par les recommandations, ont consulté un médecin au moins une fois l'année passée alors que 53% restent pourtant non dépistées, et (2) un tiers des femmes qui ont un suivi régulier sont non dépistées. Ces résultats témoignent de l'échec d'une partie du système de soins à offrir des soins

préventifs appropriés à cette population. La multiplication des déménagements chez ces femmes augmente le risque de perte de suivi. Les professionnels des soins primaires doivent s'appuyer sur les fenêtres d'opportunité de dépistage qu'offre chaque contact avec les services de soins et les informer des recommandations⁶⁵.

Des études françaises confirment le rôle incitatif du médecin généraliste dans la participation au dépistage, qui peut s'avérer être le seul médecin avec qui ces femmes ont des contacts réguliers (Lançon et al. 2012; Joseph et al. 2014). Dans le cadre de la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, et la future généralisation de celui du col de l'utérus, une étude française (Lançon et al. 2012) indique que les gynécologues peuvent parfois se sentir exclus du circuit de dépistage – puisqu'ils ne reçoivent qu'exceptionnellement les résultats. L'ensemble du processus de dépistage doit être considéré et la communication entre professionnels doit être effectivement améliorée afin d'avoir un impact sur la diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus dans les populations les plus précaires.

2) Des actions locales doivent être développées pour améliorer l'accès au dépistage. Il faut garantir à ces femmes un suivi gynécologique régulier en mobilisant – dans leur territoire – les acteurs de santé primaire qui s'y trouvent : médecine libérale, PASS hospitalières, centres de santé, équipes mobiles (voir ci-dessous l'expérience du Bus Espace Enfants Parents) etc.

Des études proposent la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus auprès des femmes en grande précarité (Piana et al. 2007). Ils ont montré que le dépistage organisé pouvait être efficace et la relance par courrier également. Cependant, comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, les femmes sans logement ne sont pas automatiquement domiciliées en mairie ou chez un tiers et elles ne pourront donc pas être atteintes par le dépistage organisé

⁶⁵ Pour les migrantes primo-arrivantes, le premier contact avec le système de soins est la consultation médicale à l'Office Français d'Immigration et d'Intégration (OFII), le Haut Conseil de santé publique (HCSP) recommandait à ce sujet (dans un rapport remis aux pouvoirs publics en 2015, resté confidentiel) que l'information des dépistages des cancers féminins soit systématique pour les femmes concernées. Les recommandations n'ont, à ce jour, pas été suivies d'effet (Haut Conseil de la santé publique 2015).

– ni par le système de relance, ni par les propositions d’auto-test à domicile. De plus, des études ont montré que du fait de leur précarité, toute relation institutionnelle peut-être vécue sur le mode de l’exclusion et que ce genre d’invitation impersonnelle ne fonctionne pas auprès de femmes précarisées (Cambon et al. 2008). Les acteurs de santé « proches » doivent ainsi être mis dans la boucle. Ceci nécessite d’ailleurs que ces acteurs connaissent et soient soucieux du sort des femmes sans logement hébergées sur leur territoire. Or, ces femmes sont sans doute trop souvent considérées comme « de passage », en transit, c’est-à-dire comme ne faisant pas partie des habitants « réguliers ».

2.3. Améliorer la prise en charge psychologique et psychiatrique

Cette thèse, comme d’autres travaux sur les données de l’enquête ENFAMS ont souligné l’importante prévalence des violences et des traumatismes ainsi que leur effet sur la santé et le recours aux soins. Nous confirmerons alors les propositions de l’enquête SAMENTA (Laporte et al. 2010), notamment :

«1. Mieux repérer les troubles psychiatriques et la souffrance psychique. [...] Les personnes doivent être orientées le plus rapidement possible vers des structures pérennes, type maison relais, pension de famille ou autre, afin de recevoir des soins de proximité. [...] Il est recommandé de développer des équipes mobiles spécialisées, à démarche « pro-active », en vue de repérer les troubles et souffrances et de promouvoir les soins. [...] Il est donc indispensable d’intensifier les liens entre les acteurs de terrain et les services de psychiatrie. [...] Il est important que les permanenciers des pôles famille des 115 puissent évaluer régulièrement les problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille et que ces situations soient signalées aux EMPP. [...]

(Encore faut-il souligner que les dispositifs d’équipes mobiles sont plutôt destinés aux adultes isolés souffrant de troubles psychiatriques et sont ainsi très mal outillés pour répondre aux états de stress post-traumatiques, aux troubles anxieux, et aux troubles dépressifs de ces femmes et encore moins de ces enfants. Il est nécessaire que de tels dispositifs soient spécifiques aux femmes et aux enfants sans logement).

2. *Amener vers un soin durable. [...] Coordonner les acteurs de rue. [...] Renforcer la collaboration avec des intervenants sociaux avec les CMP [...] et avec les urgences médicales. [...]*

2.4. *Dénoncer les discriminations et le refus de soins liés à la CMU ou à l'AME.*

Nos résultats ont montré que certaines femmes ont déjà subi des expériences discriminatoires dans le système de soins, qu'on leur avait déjà refusé une consultation médicale parce qu'elles avaient la CMU ou l'AME. Ces pratiques interdites doivent être dénoncées. En 2014, le Défenseur des droits a publié un rapport sur « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME » (Le Défenseur des droits 2014). Il y préconisait que les ARS aient une fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes, leur transmission aux CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) et ordres et le suivi de leur instruction. Il confortait aussi le rôle des associations « *en les autorisant à représenter les victimes durant les procédures de conciliation ou les recours en justice et d'aménager la charge de la preuve* ».

Il serait utile que les services adressés aux personnes sans-domicile aient une démarche proactive et volontaire de repérage de ces situations et puissent aider les femmes sans logement victimes de telles discriminations dans leurs démarches juridiques. L'ARS-IdF pourrait, en particulier, suivre les recommandations du Défenseur des droits et instituer un tel dispositif de recueil dans le cadre de son programme d'actions pour la réduction des inégalités sociales de santé en IDF et l'amélioration de l'accès aux soins des publics précaires.

3. Actions, dispositifs, propositions depuis l'enquête ENFAMS

3.1. *La création d'un dispositif pour les familles sans logement*

Il existe quelques dispositifs et expérimentations depuis 2013 comme le BEEP (Bus Espace Enfants Parents) mis en place par le Samusocial de Paris en janvier 2014. Ce bus se déplace aux alentours des hôtels sociaux (hébergeant au moins 20 familles) à Paris et sa grande couronne et a pour objectif d'accueillir des familles hébergées, d'établir un diagnostic sanitaire et social et les orienter vers les structures adaptées à leurs besoins

et leur demande. L'équipe du BEPP est composée d'une coordinatrice médico-psycho-sociale, d'une accueillante sociale, d'une infirmière, d'un médecin à mi-temps et d'un chauffeur accueillant.

A notre connaissance, ce nouveau dispositif n'a pas fait l'objet d'une publication de rapport d'activité mais quelques premiers résultats sont disponibles sur la page web dédiée à ce dispositif⁶⁶. Près de 40% des familles hébergées par les services des sites visités par le Bus se sont présentées. Les principaux motifs de consultation médicale étaient généralistes (épidémies saisonnières, rhinites). Les questions le plus souvent abordées avec la médiatrice sociale portaient sur les démarches de régularisation, des demandes de suivi social, l'accès au logement et à la couverture médicale.

3.2. Les avancées des décrets, des lois sur l'hébergement des personnes sans-domicile

A la suite de la publication d'un rapport sur la santé des personnes sans chez-soi, remis à la Ministre de la Santé et des Sports, en novembre 2009 (Girard et al. 2009), un programme expérimental « un chez soi d'abord » a été mis en place entre 2011 et 2015 dans quatre villes (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) coordonné au niveau national par Pascale Estecahandy et évalué par l'équipe du Pr Auquier à Marseille. Cette expérimentation a la même visée que le modèle « Housing First » mis en place à New-York en 1992 : partant du principe que le logement est un droit fondamental et que l'absence de logement a un impact important sur la santé, cette expérimentation propose aux personnes sans-abris souffrant de pathologies mentales sévères un accès à un logement « ordinaire » avec un accompagnement médico-social pluridisciplinaire aidant au maintien dans le domicile (Estecahandy et al. 2015). Les premiers résultats de l'expérimentation ont démontré l'efficacité du programme avec « *un maintien dans le logement de plus de 80% personnes, mais aussi une diminution de leurs symptômes, une amélioration de leur qualité de vie, bien-être psychologique et estime de soi* » (Premier ministre et al. 2016). Le 3 janvier 2017, la ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, la ministre du Logement et de l'Habitat durable, Emmanuelle Cosse, et Ségolène Neuville, secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées et de la Lutte

⁶⁶ <https://www.samusocial.paris/action/quest-ce-que-le-beep>

contre l'exclusion, ont annoncé la publication du décret généralisant le dispositif « Un chez-soi d'abord » à l'ensemble du territoire français (Ministère des Affaires sociales et de la santé et Ministère du Logement et de l'Habitat durable 2017).

Récemment, le ministère de Logement et de l'Habitat durable a également opéré pour améliorer l'accès à l'hébergement. Une des dispositions concerne la continuité de l'hébergement à la fin de la trêve hivernale (Ministère du Logement et de l'Habitat durable 2017a) qui annonce l'augmentation de 5000 places (121 000 places existantes) pour « assurer l'hébergement inconditionnel des personnes les plus démunies prévu par le code de l'action sociale et des familles pour renforcer la prévention des expulsions ».

Un autre communiqué de presse du ministère du 4 avril 2017 (Ministère du Logement et de l'Habitat durable 2017b) annonce le déploiement d'une application nationale pour mieux orienter les sans-domicile dans l'hébergement d'urgence en permettant aux gestionnaires des SIAO de connaître les places disponibles en temps réel. Elle a été lancée dans 3 départements pilotes (l'Ardèche, l'Orne et la Loire).

Il nous semble significatif que ces actualités réglementaires fassent totalement l'impasse sur la situation particulière des femmes et des enfants sans domicile. L'injonction d'autonomie des populations sans-domicile, mais aussi l'universalisme des politiques publiques françaises et l'invisibilité de ces populations dans l'espace public concourent à toute absence de prise en compte du genre, et au-delà, de la vulnérabilité spécifique des femmes et des enfants, dans l'appareil réglementaire de l'hébergement des sans-domicile.

3.3. Un exemple d'étude sur le coût de mal-logement

Cette sous-partie est largement inspirée d'un rapport, publié en 2016, sur le coût et les conséquences d'un logement « inadéquat » en Europe. Ce rapport démontre que le logement de bonne qualité pourrait permettre de réaliser des économies, en voici l'extrait de la synthèse du rapport : « *Le fait de laisser des personnes vivre dans un logement inadéquat entraîne un coût total annuel de près de 194 milliards d'EUR pour les économies de l'UE. L'élimination des insuffisances en matière de logement dans l'UE, ou du moins leur amélioration à un niveau acceptable, coûterait environ 295 milliards d'EUR aux prix de 2011. Si toutes les améliorations nécessaires étaient apportées*

simultanément, le coût pour les économies et les sociétés de l'UE serait remboursé dans les 18 mois grâce aux économies prévues, telles que des frais de soins de santé plus faibles et de meilleurs résultats sociaux. En d'autres termes, pour trois euros investis, deux seraient amortis en un an. Si tout le travail était entrepris maintenant, on estime que les économies dans le seul domaine de la prestation des soins de santé représenteraient quelque 9 milliards d'EUR la première année et continueraient à augmenter d'année en année.» (Eurofound 2016).

Conclusion générale

Ce travail a permis pour la première fois en France de décrire les conditions de vie, l'état de santé et le recours aux soins d'une population peu étudiée à ce jour, les femmes sans logement personnel en centre d'hébergement. Cette population, par ses conditions de vie et par un parcours de vie souvent ponctué d'évènements de vie difficiles, cumule les facteurs associés à un mauvais état de santé et à un faible recours aux soins. Il est difficile de démêler les relations entre ces facteurs individuels et contextuels, et de savoir à quel point l'absence de logement seule contribue à détériorer la santé de cette population. La majorité de ces femmes sont nées à l'étranger et on sait que la migration peut avoir un rôle délétère sur la santé. Bien que des études montrent que la santé des migrants (dans le cas de migrations économiques) est meilleure que celles des individus du pays d'accueil et du pays d'origine à cause d'un phénomène de sélection, d'autres montrent qu'au fur et à mesure ce gain s'annule et que certaines conditions de migration (pour raison politiques ou depuis des pays en guerre notamment) s'accompagnent de fréquentes séquelles physiques et psycho-traumatiques. Dès lors, la part attribuable à l'absence de logement ou à la migration reste complexe. Néanmoins, cette question est aussi applicable à toutes les autres caractéristiques de cette population : est-ce que ce n'est pas leur statut socio-économique qui explique en partie leur faible état de santé et leur moindre recours aux soins ? Cet exemple souligne donc la complexité des relations entre tous ces facteurs et dimensions de l'état de santé d'une population qui fait intervenir à la fois des facteurs individuels et des facteurs contextuels et structureaux. Bien que non exhaustive, l'enquête ENFAMS, qui interroge un grand nombre de ces dimensions, nous a permis de prendre en compte nombreux facteurs individuels mais pas les autres. La méthode utilisée dans ce travail sur le renoncement aux soins propose ainsi, une manière de mieux considérer les relations entre ces facteurs et de mieux prendre en compte la complexité de la réalité. Si l'approche statistique et quantitative de ce travail a été nécessairement multifactorielle, l'implication de ce travail dans les politiques publiques du logement doit être aussi considérée de façon multi-disciplinaire. Afin d'améliorer efficacement l'état de santé et le recours aux soins de cette population, il est nécessaire de compléter ces recherches avec des travaux dans d'autres champs disciplinaire sur l'analyses des politiques publiques que nous avons évoqué succinctement.

Pour autant, notre conviction – citoyenne et scientifique – à l’issu de ce travail est que ce besoin de développement et d’approfondissement d’une recherche pluridisciplinaire sur la question de la santé des femmes sans domicile (et de leurs enfants) ne doit pas dédouaner l’action publique et les intervenants sociaux et sanitaires de leurs responsabilités et de l’urgence d’agir pour ces femmes et ces mères.

Références

- Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin; 2007.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
- Akers AY, Newmann SJ, Smith JS. Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer*. 2007;31(3):157-81.
- Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med*. 2010;70(3):465-72.
- Alstrom CH, Lindelius R, Salum I. Mortality among homeless men. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*. 1975;70(3):245-52.
- Amorim LDAF, Fiaccone RL, Santos CAST, Santos TN dos, Moraes LTLP de, Oliveira NF, et al. Structural equation modeling in epidemiology. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2251-62.
- Andersen R. *A behavioral model of families' use of health services*. Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
- Andersen R, Bozzette S, Shapiro M, St Clair P, Morton S, Crystal S, et al. Access of vulnerable groups to antiretroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States. HCSUS Consortium. HIV Cost and Services Utilization Study. *Health Serv Res*. 2000;35(2):389-416.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
- Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychol Bull*. 1988;103(3):411-23.
- Arbonville D. Normalisation de l'habitat et accès au logement entre 1984 et 1992. Une étude du « parc social de fait ». In: *La rue et le foyer: une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris: INED; 2000. p. 31-62.
- Ardilly P, Le Blanc D. Échantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans domicile: Un exemple français. *Tech Enq*. 2001;27(1):117-27.
- Argintaru N, Chambers C, Gogosis E, Farrell S, Palepu A, Klodawsky F, et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health*. 2013;13:577.
- Arnault S, Crusson L. La part du logement dans le budget des ménages en 2010. Alourdissement pour les locataires du parc privé. *Insee Prem*. 2012;(1395).
- Baay MFD, Tjalma WAA, Lambrechts HAJ, Pattyn GGO, Lardon F, Weyler J, et al. Combined Pap and HPV testing in primary screening for cervical abnormalities: should HPV detection be delayed until age 35? *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2005;41(17):2704-8.
- Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(2):105-10.

- Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-Soc Med*. 2012;9:Doc11.
- Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):189-95.
- Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1326-33.
- Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL. Mortality among homeless shelter residents in New York City. *Am J Public Health*. 1999;89(4):529-34.
- Bassuk EL. The Homelessness Problem. *Sci Am*. 1984;251(1):40-5.
- Bassuk EL. Who are the homeless families? Characteristics of sheltered mothers and children. *Community Ment Health J*. 1990;26(5):425-34.
- Bassuk EL. Homeless families. *Sci Am*. 1991;265(6):66-74.
- Bassuk EL, Beardslee WR. Depression in homeless mothers: Addressing an unrecognized public health issue. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(1):73-81.
- Bassuk EL, Melnick S, Browne A. Responding to the needs of low-income and homeless women who are survivors of family violence. *J Am Med Wom Assoc*. 1998;53(2):57-64.
- Bassuk EL, Rosenberg L. Why does family homelessness occur? A case-control study. *Am J Public Health*. 1988;78(7):783-8.
- Bassuk EL, Rubin L, Lauriat AS. Characteristics of sheltered homeless families. *Am J Public Health*. 1986;76(9):1097-101.
- Bassuk EL, Weinreb L. Homeless pregnant women: two generations at risk. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(3):348-57.
- Bassuk EL, Weinreb LF, Buckner JC, Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers. *JAMA*. 1996;276(8):640-6.
- Baubet T, Moro MR. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson; 2003.
- Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):361-7.
- Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. *Sci Soc Santé*. 2006;24(3):11-31.
- Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ Stat*. 2006;391-392:131-49.
- Beijer U, Andréasson A, Agren G, Fugelstad A. Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(5):363-8.

- Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health*. 2011;39(2):121-7.
- Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2008;56(3):159-75.
- Beltzer N. Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010. Rapport de l'Observatoire régional de santé. 2014 p. 120.
- Beran TN, Violato C. Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Res Notes*. 2010;3:267.
- Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidemiol Hebd*. janv 2012;2-3-4(2):17-21.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
- Bermudez R, Werth L, Brandon J, Aragon T. San Francisco Homeless Deaths Identified from Medical Examiner Records December 1997 November 1998. 1999.
- Berthaud A. Une évaluation du droit opposable au logement (DALO). Pratiques des acteurs, vécu des ménages. *Lett ONPES*. décembre 2012;(7).
- Bharel M, Casey C, Wittenberg E. Disparities in cancer screening: acceptance of Pap smears among homeless women. *J Womens Health* 2002. 2009;18(12):2011-6.
- Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Institut de veille sanitaire; 2013 p. 122.
- Bloom KC, Bednarzyk MS, Devitt DL, Renault RA, Teaman V, Van Loock DM. Barriers to prenatal care for homeless pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):428-35.
- Boisguérin B. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 31 mars 2001. Etudes Résultats. août 2001;(128).
- Bonvalet C, Merlin P. Transformation de la famille et habitat: actes du colloque présidé par Pierre Merlin, Paris, 20-21 octobre 1986. Paris: Presses universitaires de France; 1988.
- Boulard C. Couverture Maladie Universelle (CMU) : rapport Boulard. *Trav Soc Actual*. 18 sept 1998;(705):18.
- Bourdieu P. *La misère du monde*. Paris: Éditions du Seuil; 1993. (Libre examen).
- Boxwala FI, Bridgemohan A, Griffith DM, Soliman AS. Factors associated with breast cancer screening in Asian Indian women in metro-Detroit. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(4):534-43.
- Britt CL. Health Consequences of Criminal Victimization. *Int Rev Vict*. 2001;8(1):63-73.
- Brousse C. Becoming and Remaining Homeless: the Disintegration of Social Links or Difficulties in Accessing Housing? *Econ Stat*. 2006;391-392:35-64.

- Brousse C, Firdion J-M, Marpsat M. I. Sans-domicile et mal-logés : les contours d'une catégorie. In: Les sans-domicile. Paris: La Découverte; 2008a. p. 15-31. (Repères).
- Brousse C, Firdion J-M, Marpsat M. Introduction. In: Les sans-domicile. Paris: La Découverte; 2008b. p. 3-14. (Repères).
- Brunel M, Ene E, L'Horty Y, Petit P. Effets de quartier, discrimination territoriale et accès à l'emploi. Les résultats d'un testing. Doc Onzus. juin 2013;(4).
- Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Paris: Observatoire du samusocial de Paris; 2005.
- Burt MR, Cohen BE. Differences among Homeless Single Women, Women with Children, and Single Men. Soc Probl. 1989;36(5):508-24.
- Burton-Jeangros C, Cullati S, Manor O, Courvoisier DS, Bouchardy C, Guessous I. Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992-2012) in social inequalities. Eur J Public Health. 1 févr 2017;27(1):167-73.
- Cambon L, Mangin G, Barthélémy L. Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. Santé Publique. 22 janv 2008;19(6):513-23.
- Campbell DJT, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. BMC Fam Pract. 2015;16:139.
- Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. Public Health Rep Wash DC 1974. 2001;116(6):608-16.
- Castel R. Les métamorphoses de la question sociale. Paris: Fayard; 1995.
- Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. Cancer Risk Behaviors and Screening Rates Among Homeless Adults in Los Angeles County. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2002;11(5):431-8.
- Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS [Internet]. DIV; 2009. Disponible sur: http://hal-ens.archives-ouvertes.fr/docs/00/41/59/71/PDF/Chauvin_Parizot_DIV_Onzus_2009.pdf
- Chauvin P, Parizot I, Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. Actual Doss En Santé Publique. mars 2013;(82):29-32.
- Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallée J. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne: Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. In: Actes du colloque « Renoncement aux soins » [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012. p. 41-66. Disponible sur: http://www.programme-sirs.org/files/2014/05/actes_renoncement_soins_2012.pdf
- Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries,

- Turkey and Canada. Paris: Doctors of the World - Médecins du monde international network; 2015 mai p. 138.
- Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Can Med Assoc J.* 2004;170(8):1243-7.
- Chojnicki X. Idées reçues sur l'immigration : une lecture économique. *Humanit Enjeux Prat Débats.* 2012;(33).
- Clanche F. Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales. Notes méthodologiques. *Sociétés Contemp.* 1998;30(1):181-96.
- Clerval A, Fleury A. Politiques urbaines et gentrification, une analyse critique à partir du cas de Paris. *L'Espace Polit.* 2009;(8).
- Cognet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int.* 1 juin 2012;28(2):11-34.
- Coker AL, Bond SM, Pirisi LA. Life stressors are an important reason for women discontinuing follow-up care for cervical neoplasia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(2):321-5.
- Conseil national de l'information statistique. Pour une meilleure connaissance des sans-abri et de l'exclusion du logement, rapport final du groupe de travail sur les sans-abri. Paris: CNIS, Conseil national de l'information statistique; 1996 p. 161p. (Rapport du Cnis). Report No.: 29.
- Cour des comptes. Les personnes sans domicile : rapport public thématique. Paris; 2007 p. 236.
- Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, McCandless LC, Somers JM. Examining the relationship between health-related need and the receipt of care by participants experiencing homelessness and mental illness. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:404.
- Dalmon C, Guillot E, Rodrigues A, Alves K, Madelenat P, Mahieu-Caputo D, et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. *Bull Cancer (Paris).* 2009;96(10):961-9.
- Damon J. La question sdf au prisme des médias. *Espace Sociétés.* 2004;(116-117):93-110.
- Damon J. Question sociales et questions urbaines. Paris: Presses universitaires de France; 2010. (Quadrige).
- De Gaulejac V. Les sources de la honte. Paris: Points; 2011.
- Deddens JA, Petersen MR. Approaches for estimating prevalence ratios. *Occup Environ Med.* 2008;65(7):481, 501-6.
- Delpierre C, Kelly-Irving M, Lang T. About the role of socioeconomic position on the relation between objective health status and self-rated health: a rapid commentary on Dowd's article. *Ann Epidemiol.* mai 2011;21(5):387; author reply 388-389.
- Desai MM, Rosenheck RA. Unmet need for medical care among homeless adults with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(6):418-25.

- Despres C. Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation. In: Actes du colloque « Renoncement aux soins ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012. p. 67-79.
- Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropol Santé*. 2013;(6).
- Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Irdes Quest Déconomie Santé*. 2011;(169).
- Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The « healthy immigrant » effect: does it exist in Europe today? *Ital J Public Health*. 2012;9(3):e7532-1-7.
- Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003. *Quest Déconomie Santé*. juillet 2008;(133).
- Duport N. Characteristics of women using organized or opportunistic breast cancer screening in France. Analysis of the 2006 French Health, Health Care and Insurance Survey. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2012;60(6):421-30.
- Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev*. 2008;17(3):218-24.
- Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». Institut de veille sanitaire; 2007.
- Durbin A, Sirotich F, Durbin J. Predictors of unmet need for medical care among justice-involved persons with mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2014;65(6):826-9.
- Duverger M, Guiraudou C. Prévention et dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en région PACA. Représentations, connaissance et pratiques. Comité régional d'éducation pour la santé; 2007.
- Effosse S. Chapitre IV. Le logement aidé, moteur de l'effort constructeur, 1953-été 1956. In: *L'invention du logement aidé en France: L'immobilier au temps des Trente Glorieuses*. Vincennes: Institut de la gestion publique et du développement économique; 2013. p. 275-352. (Histoire économique et financière - XIXe-XXe).
- Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, Mathie H, Holland R. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health*. 2017;39(1):26-33.
- Engelstad LP, Stewart SL, Nguyen BH, Bedeian KL, Rubin MM, Pasick RJ, et al. Abnormal Pap Smear Follow-Up in a High-Risk Population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10(10):1015-20.
- Engesæter B, van Diermen Hilde B, Hansen M, Moltu P, Staby KM, Borchgrevink-Persen S, et al. Quality assurance of human papillomavirus (HPV) testing in the implementation of HPV primary screening in Norway: an inter-laboratory reproducibility study. *BMC Infect Dis*. 2016;16(1):698.
- Estecahandy P, Revue P, Sénat M-L, Billard J. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*. 22 juin 2015;(98):76-81.

- Eurofound. Inadequate housing in Europe: Costs and consequences. Luxembourg; 2016. (Publications Office of the European Union).
- FEANTSA. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.feantsa.org/code/fr/pg.asp?Page=546>
- FEANTSA. Vers un chez soi pour tous? Rapport de la FEANTSA sur le suivi du sans-abrisme et des politiques de lutte contre le sans-abrisme en Europe. Bruxelles: FEANTSA; 2012 p. 99.
- Fertig AR, Reingold DA. Homelessness among At-Risk Families with Children in Twenty American Cities. *Soc Serv Rev.* 2008;82(3):485-510.
- Fieulaine N, Apostolidis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cah Int Psychol Soc.* 2012;4(72):51-64.
- Firdion J-M, Marpsat M, Amossé T, Doussin A, Rochereau T. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire - Enquête Ined, Paris et Petite Couronne. *CreDES* 2001; 1998.
- Fondation Abbé Pierre. 22ème rapport sur l'état du mal-logement en France. 2016.
- Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Med Care.* 1997;35(8):814-30.
- Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000;34(6):1273-302.
- Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health.* 1997;87(2):217-20.
- Gelberg L, Linn LS. Demographic differences in health status of homeless adults. *J Gen Intern Med.* 1992;7(6):601-8.
- Girard V, Estechandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et proposition pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis au ministre de la santé et des sports. 2009.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581-6.
- Grant R, Gracy D, Goldsmith G, Shapiro A, Redlener IE. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? *Am J Public Health.* 2013;103 Suppl 2:e1-10.
- Grenier P. Still dying for a home. An update of Crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://www.crisis.org.uk/data/files/publications/still%20dying%20for%20a%20home.pdf>
- Grignon M, Perronnin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. *Quest Déconomie Santé.* nov 2003;(74).

- Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med.* 2012;54(3-4):259-65.
- Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Prev Med.* 2012;55(5):521-7.
- Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. *Inf Soc.* 2014;(182):142-9.
- Guyavarch E, Le Méner E. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Mag Feansea.* 2010;19-21.
- Hanzlick R, Parrish RG. Deaths among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 1993;108(4):488-91.
- Hatton DC. Homeless women's access to health services: a study of social networks and managed care in the US. *Women Health.* 2001;33(3-4):149-62.
- Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personne en danger - 10ème rapport. 2004.
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. 2015.
- Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synt_hese.pdf
- Haute Autorité de Santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire [Internet]. HAS; 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
- Heard I, Tondeur L, Arowas L, Demazoin M, Falguières M, Parent Du Chatelet I, et al. Effectiveness of HPV vaccination on prevalence of vaccine genotypes in young sexually active women in France. *J Infect Dis.* 2017;5(215):757-63.
- Hibbs JR, Benner L, Klugman L, Spencer R, Macchia I, Mellinger A, et al. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N Engl J Med.* 1994;331(5):304-9.
- Horton R, Ceschia A. France: a philosophy for health. *Lancet.* 2016;387(10034):2174-6.
- Hwang SW. Homelessness and health. *Can Med Assoc J.* 2001;164(2):229-33.
- Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA. Risk factors for death in homeless adults in Boston. *Arch Intern Med.* 1998;158(13):1454-60.
- Hwang SW, Orav EJ, O'Connell JJ, Lebow JM, Brennan TA. Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann Intern Med.* 1997;126(8):625-8.
- Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am J Public Health.* 2010;100(8):1454-61.

- INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus /Étude médico-économique /Phase 1 [Internet]. 2015. (Appui à la décision). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>
- INCa. Les cancers en France, Edition 2015. 2016. (Les Données).
- INCa. Où faire réaliser un frottis ? [Internet]. 2017 [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Ou-faire-un-frottis#toc-co-t-et-remboursement-du-frottis>
- Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Chapitre 11 Insécurité alimentaire. Inserm; 2014 avril p. 237-66.
- Jacquot A. Le parc de logements à l'aube du XXI^e siècle. En chiffres et en tendances. *Inf Soc*. 2005;(123):6-13.
- Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2000;4(14):i-vii, 1-133.
- Join-Lambert M-T, Labarthe J, Marpsat M, Rougerie C. Le mal-logement. Rapport d'un groupe de travail du Cnis n°126. 2011.
- Joseph J-P, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine*. 2014;10(10):472-7.
- Jusot F, Després C, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Irdes Quest Déconomie Santé*. 2011;(170).
- Karliner LS, Ma L, Hofmann M, Kerlikowske K. Language barriers, location of care, and delays in follow-up of abnormal mammograms. *Med Care*. 2012;50(2):171-8.
- Kertesz SG, Hwang SW, Irwin J, Ritchey FJ, Lagory ME. Rising inability to obtain needed health care among homeless persons in Birmingham, Alabama (1995-2005). *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):841-7.
- Kertesz SG, McNeil W, Cash JJ, Desmond R, McGwin G, Kelly J, et al. Unmet need for medical care and safety net accessibility among Birmingham's homeless. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. 2014;91(1):33-45.
- Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
- Keyes S, Kennedy M. Sick to death of homelessness: an investigation into the link between homelessness, health and mortality. London: Crisis at Christmas; 1992.
- Khlat M. Editorial - Numéro thématique -Santé et recours aux soins des migrants en France. *Bull Epidemiol Hebd*. janv 2012;2-3-4:13-5.
- Kinzel D. Self-identified health concerns of two homeless groups. *West J Nurs Res*. 1991;13(2):181-190-194.

- Korn EL, Graubard BI. Analyses Using Multiple Surveys. In: Analysis of Health Surveys. John Wiley & Sons, Inc.; 1999. p. 278-303.
- Kovess V, Lazarus CM. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(11):580-7.
- Kreider B, Nicholson S. Health Insurance and the Homeless. *Health Econ.* 1997;6(1):31-41.
- Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study. *Am J Public Health.* 2002;92(5):778-84.
- Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA J Am Med Assoc.* 10 janv 2001;285(2):200-6.
- La Rochere (de) B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. In: Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Chauvin P, Parizot I, eds. Paris: Inserm; 2005. p. 105-16. (Questions en Santé publique).
- Lafortune G, Devaux M. Accès financier aux soins de santé : enseignements et limitations des comparaisons internationales. In: Actes du colloque « Renoncement aux soins ». Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012. p. 21-38.
- Lançon F, Sannino N, Viguier J. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;35-36-37:417-20.
- Laporte A, Douay C, Détrez M-A, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France (Samenta) [Internet]. Observatoire du Samusocial, Inserm; 2010. Disponible sur: <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>
- Laporte A, Le Méner E, Détrez M, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(36-37):693-7.
- Le Défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Rapport remis au Premier ministre. 2014.
- Le Défenseur des droits. Accès à l'emploi et discriminations liées aux origines. Etudes Résultats. 2016;
- Le Méner E. L'hôtellerie sociale : un nouveau marché de la misère ? Le cas de l'Île-de-France. *Polit Soc Fam.* 2013a;114(1):7-18.
- Le Méner E. Quel toit pour les familles à la rue? L'hébergement d'urgence en hôtel social. Métropolitique [Internet]. 2013b;. Disponible sur: <https://www.metropolitiques.eu/Quel-toit-pour-les-familles-a-la.html>
- Le Méner E, Oppenchaim N. L'intérêt scientifique d'une démarche participative. Le cas d'une enquête par questionnaire avec des personnes anciennement sans logement. *Nouv Prat Soc.* 2013a;25(2):89-104.
- Le Méner E, Oppenchaim N. The temporary accommodation of homeless families in Ile-de-France: in-between social emergency and immigration management. *Eur J Homelessness.* août 2013b;6(1):p83-103.

- Lee BA, Greif MJ. Homelessness and hunger. *J Health Soc Behav.* 2008;49(1):3-19.
- Lefebvre B, Mouillart M, Occhipinti S. *Politique du logement. 50 ans pour un échec.* L'Harmattan. 1991. (Habitat et sociétés).
- Lefeuvre D, Delmas M-C, Marguet C, Chauvin P, Vandentorren S. Asthma-Like Symptoms in Homeless Children in the Greater Paris Area in 2013: Prevalence, Associated Factors and Utilization of Healthcare Services in the ENFAMS Survey. *PloS One.* 2016;11(4):e0153872.
- Leon L, Jauffret-Roustide M, Strat YL. Design-based inference in time-location sampling. *Biostatistics.* 2015;16(3):565-79.
- Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. *J Gen Intern Med.* 2003;18(11):921-8.
- Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(9):675-83.
- Lim YW, Andersen R, Leake B, Cunningham W, Gelberg L. How accessible is medical care for homeless women? *Med Care.* 2002;40(6):510-20.
- Loiseau M, Bonvalet C. L'impact de la loi de 1948 sur les trajectoires résidentielles en Île-de-France. *Population.* 2005;60(3):351-66.
- Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé Société Solidar.* 2004;3(2):61-71.
- Long HL, Tulsy JP, Chambers DB, Alpers LS, Robertson MJ, Moss AR, et al. Cancer screening in homeless women: attitudes and behaviors. *J Health Care Poor Underserved.* 1998;9(3):276-92.
- Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness. Homeless Deaths in Los Angeles County :2000-2007. Dying without dignity [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>
- Lumley T. Survey: Analysis of Complex Survey Samples [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>
- MacCallum RC, Austin JT. Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:201-26.
- Mansiaux Y, Salez N, Lapidus N, Setbon M, Andreoletti L, Leruez-Ville M, et al. Causal analysis of H1N1pdm09 influenza infection risk in a household cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(3):272-7.
- Marpsat M, De Perreti G. Une personne sur vingt s'est retrouvée sans logement personnel au cours de sa vie. *Insee Prem.* 2009;(1225).
- Marpsat M, Firdion J-M. Sans-domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement. *Sociétés Contemp.* 1998;30(1):111-55.
- Marpsat M, Firdion J-M. La rue et le foyer: une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990. Paris: INED; 2000.

- Marpsat M, Razafindratsima N. Les méthodes d'enquêtes auprès des populations difficiles à joindre: Introduction au numéro spécial. *Methodol Innov Online*. 1 août 2010;5(2):3-16.
- Marpsat M, Yaouancq F. Avant-propos. L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. *Econ Stat*. 2016;(488-489):7-23.
- Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. *BMC Public Health*. 2013;13:486.
- Mathew A, George PS. Trends in incidence and mortality rates of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix--worldwide. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(4):645-50.
- McDonald RP, Ho M-HR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychol Methods*. 2002;7(1):64-82.
- McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press; 2006.
- Médecins du Monde. Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France. [Internet]. 2013a. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=90226
- Médecins du Monde. Enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France » [Internet]. Médecins du monde; 2013b. Disponible sur: <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/rapportenquetepreventioncancersprecarite>
- Méner EL, Guyavarch E. Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir. *Polit Soc Fam*. 2014;115(1):80-6.
- Michalot T, Simeone A. L'alcoolisation apparente : un critère d'exclusion pour l'admission en C.H.R.S. d'insertion ? *Pensée Plurielle*. 14 juin 2010;(23):109-22.
- Millet M, Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. *Lien Soc Polit*. 2005;(54):153-62.
- Ministère de l'Intérieur. La délivrance des visas aux étrangers [Internet]. *Statistique Publique*; 2016. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-l-immigration-de-l-asile-et-de-l-acces-a-la-nationalite-francaise/Archives/Statistiques-publiees-en-janvier-2016/L-admission-au-sejour-Visas>
- Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère du Logement et de l'Habitat durable. Réinsertion par le logement : le dispositif innovant « Un chez-soi d'abord » étendu à l'ensemble du territoire [Internet]. 2017. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_01_03_cp_-_publication_du_decret_un_chez_so_i_d_abord.pdf
- Ministère du Logement et de l'Habitat durable. Communiqué de Presse. Fin de la trêve hivernale : les dispositions prises pour assurer la continuité de l'hébergement et renforcer la prévention des expulsions. 2017a.
- Ministère du Logement et de l'Habitat durable. Communiqué de Presse. Hébergement d'urgence : une application nationale pour mieux orienter les sans domicile. 2017b.

- Mladovsky P, Ingleby D, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med*. 1 juin 2012;12(3):248-52.
- Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;70(36-37):662.
- Mordier B. Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Econ Stat*. 2016;(488-489):25-35.
- Moro MR. Parenthood in migration: how to face vulnerability. *Cult Med Psychiatry*. 2014;38(1):13-27.
- Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009;38(3):877-83.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene Bureau of Vital Statistics Local Law 63 of 2005. Sixth Annual Report on Homeless Deaths [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.nyc.gov/html/records/pdf/govpub/62826th_annual_report_final.pdf
- Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 2003;327(7406):81.
- Nyamathi AM, Leake B, Gelberg L. Sheltered versus nonsheltered homeless women differences in health, behavior, victimization, and utilization of care. *J Gen Intern Med*. 2000;15(8):565-72.
- Oberski D. Lavaan.survey: Complex Survey Structural Equation Modeling (SEM) [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/web/packages/lavaan.survey/index.html>
- Observatoire des inégalités. 2008-2012 : inégalités en hausse, revenus en baisse pour les plus modestes. Observatoire des inégalités. 2016.
- Observatoire du Samusocial. Enfams- Enfants et familles sans logement en Ile-de-France. Paris: Observatoire du Samu Social; 2014 p. 442.
- OCDE, Nations Unies/DAES. Les migrations internationales en chiffres. Contribution conjointe des Nations Unies/DAES et de l'OCDE au Dialogue de haut niveau des Nations Unies sur les migrations et le développement. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/els/mig/les-migrations-internationales-en-chiffres.pdf>
- OMS. Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux. [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2011. Disponible sur: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/fr/>
- ONPES. Etude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abris [Internet]. 2011 avr. Disponible sur: http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Phase_1_CemkaEval.pdf
- Orang'o O, Liu T, Christoffersen-Deb A, Itsura P, Oguda J, Washington S, et al. Use of VIA, Pap smear, or HR-HPV testing in women living with HIV/AIDS for post-treatment cervical cancer screening: same tests, different priorities. *AIDS*. 2016;31(2):233-40.

- Organisation internationale pour les migrations. Etat de la migration dans le monde 2010. L'avenir des migrations : renforcer les capacités face aux changements [Internet]. 2010 p. 290. Disponible sur: http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_french.pdf
- Padgett DK, Struening EL, Andrews H, Pittman J. Predictors of emergency room use by homeless adults in New York City: the influence of predisposing, enabling and need factors. *Soc Sci Med* 1982. 1995;41(4):547-56.
- Parizot I. L'accès aux soins comme reconnaissance de la citoyenneté? In: *L'intégration inégale*. Paris: PUF; 2014. p. 445-57.
- Parizot I, Chauvin P, Firdion J-M, Paugam S. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines et sensibles d'Ile-de-France. In: *Collectif Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. La Documentation française. Paris; 2004. p. 367-414.
- Patten SB. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic Dis Can*. 1997;18(3):109-12.
- Peretti G de. Les «sans-domicile»: des stéréotypes à nuancer. *Rech Prévisions*. 2008;94(1):114-20.
- Petersen MR, Deddens JA. A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:9.
- Peterson PE. The Urban Underclass and the Poverty Paradox. *Polit Sci Q*. 1992 1991;106(4):617-37.
- Piana L, Leandri F-X, Jacqueme B, Heid P, Corti J, Andrac-Meyer L, et al. Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mai 2007;94(5):461-7.
- Pichon P. Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans-domicile fixes. *Sociétés Contemp*. 1998;30(1):95-109.
- Pierre-Marie E, Roger S. Les sans-domicile de l'agglomération parisienne se perçoivent en bonne santé. *INSEE Ile Fr À Page*. juin 2014;(426).
- Pleace N, Teller N, Quilgars Deborah. *Social Housing Allocation and Homelessness*. Bruxelles: FEANTSA; 2011. (EOH Comparative Studies on Homelessness).
- Premier ministre, Ministère du Logement et de l'Habitat durable, Ministère des Affaires sociales et de la santé. Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucfdb_avril_2016_mise_en_page.pdf
- Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
- Quinlivan JA, Petersen RW, Davy M, Evans SF. Abnormal pap smears in teenage mothers and the association with domestic violence, homelessness, and Chlamydia. *J Low Genit Tract Dis*. 2004;8(2):112-7.

- Radimer KL, Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. *Public Health Nutr.* 2002;5(6A):859-64.
- Rhoades H, Wenzel SL, Golinelli D, Tucker JS, Kennedy DP, Ewing B. Predisposing, enabling and need correlates of mental health treatment utilization among homeless men. *Community Ment Health J.* 2014;50(8):943-52.
- Riley ED, Weiser SD, Sorensen JL, Dilworth S, Cohen J, Neilands TB. Housing Patterns and Correlates of Homelessness Differ by Gender among Individuals Using San Francisco Free Food Programs. *J Urban Health.* 2007;84(3):415-22.
- Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shiboski C, Kral AH. Health and oral health care needs and health care-seeking behavior among homeless injection drug users in San Francisco. *J Urban Health.* 2010;87(6):920-30.
- Robertson MJ, Cousineau MR. Health status and access to health services among the urban homeless. *Am J Public Health.* 1986;76(5):561-3.
- Rousseau A, Bohet P, Merliere J, Treppoz H, Heules Bernin B, Ancelle Park R, et al. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus: utilité des données de l'Assurance maladie. *Bull Epidemiol Hebd.* 2002;(19):81.
- Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau J-F, Boivin J-F. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA J Am Med Assoc.* 2004;292(5):569-74.
- Royer B, Gusto G, Vol S, D'Hour A, Arondel D, Tichet J, et al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé. *Prat Organ Soins.* 2010;41:313-21.
- Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry.* 2016;38:51-60.
- Salem BE, Nyamathi Anp A, Reback C, Shoptaw S, Zhang S, Nudelman O. Unmet physical and mental healthcare needs among stimulant-using gay and bisexual homeless men. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36(9):685-92.
- Saris WE, Stronkhorst LH. Causal modelling in nonexperimental research: an introduction to the LISREL approach. *Sociometric Research Foundation;* 1984.
- Shaw M, Dorling D. Mortality among street youth in the UK. *Lancet.* 1998;352(9129):743.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33-57.
- Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. *Psychiatr Serv.* 2009;60(4):465-72.
- Shinn MB, Rog DR, Culhane DP. Family Homelessness: Background Research Findings and Policy Options. *Dep Pap.* 2005;
- Singh-Manoux A, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Soc Sci Med* 1982. 2005;60(9):2129-33.

- Skocpol T. The New Urban Poverty and U.S. Social Policy. *Mich Q Rev.* 1994;33(2).
- Spearman C. « General Intelligence, » Objectively Determined and Measured. *Am J Psychol.* 1904;15(2):201-92.
- Stein JA, Andersen R, Gelberg L. Applying the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations to health services utilization in homeless women. *J Health Psychol.* 2007;12(5):791-804.
- Stergiopoulos V, Dewa C, Durbin J, Chau N, Svoboda T. Assessing the mental health service needs of the homeless: a level-of-care approach. *J Health Care Poor Underserved.* 2010;21(3):1031-45.
- Stergiopoulos V, Gozdzik A, Nisenbaum R, Vasiliadis H-M, Chambers C, McKenzie K, et al. Racial-Ethnic Differences in Health Service Use in a Large Sample of Homeless Adults With Mental Illness From Five Canadian Cities. *Psychiatr Serv.* 2016;67(9):1004-11.
- Suhr D. The Basics of Structural Equation Modeling [Internet]. SAS User Group of the Western Region of the United States (WUSS); 2006. Disponible sur: <http://jansenlex.readyhosting.com/wuss/2006/tutorials/TUT-Suhr.pdf>
- Tan S-Y, Haining R. Crime victimization and the implications for individual health and wellbeing: A Sheffield case study. *Soc Sci Med.* 2016;167:128-39.
- Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, et al. Health and health care disparities among homeless women. *Women Health.* 2010;50(8):719-36.
- Tourangeau R, Edwards B, Johnson TP, Wolter KM, Bates N. Hard-to-survey populations [Internet]. Cambridge University Press; 2014 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <https://uic.pure.elsevier.com/en/publications/hard-to-survey-populations-2>
- Tu Y-K. Commentary: Is structural equation modelling a step forward for epidemiologists? *Int J Epidemiol.* 2009;38(2):549-51.
- Tuckett D. *An Introduction to Medical Sociology.* Routledge; 1976.
- Ullman SE, Siegel JM. Traumatic events and physical health in a community sample. *J Trauma Stress.* 1996;9(4):703-20.
- Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place.* 2010;16(5):838-52.
- Vandentorren S. Principaux enjeux méthodologiques pour enquêter auprès des populations sans domicile [Internet]. *SoEpidemio.* 2016. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2016/07/04/principaux-enjeux-methodologiques-pour-enqueter-aupres-des-populations-sans-domicile/>
- Vandentorren S, Méner EL, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health.* 2016;26(1):71-6.
- Velez D, Palomo-Zerfas A, Nunez-Alvarez A, Ayala GX, Finlayson TL. Facilitators and Barriers to Dental Care Among Mexican Migrant Women and Their Families in North San Diego County. *J Immigr Minor Health.* 25 juill 2016;

- Vostanis P, Grattan E, Cumella S. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *BMJ*. 21 mars 1998;316(7135):899-902.
- Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Moreno-Betancur M, et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):1028-33.
- Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. *BMC Public Health*. 2014;14(1):690.
- Warin P. Renoncement à des soins et précarité. In: Actes du colloque « Renoncement aux soins ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011. p. 81-9. (Etudes et statistiques).
- Weinreb L, Goldberg R, Lessard D. Pap smear testing among homeless and very low-income housed mothers. *J Health Care Poor Underserved*. 2002a;13(2):141-50.
- Weinreb L, Goldberg R, Perloff J. Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers. *J Gen Intern Med*. juin 1998;13(6):389-97.
- Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, et al. Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics*. 2002b;110(4):e41.
- Wenzel SL, Andersen RM, Gifford DS, Gelberg L. Homeless women's gynecological symptoms and use of medical care. *J Health Care Poor Underserved*. 2001;12(3):323-41.
- Wenzel SL, Leake BD, Gelberg L. Health of homeless women with recent experience of rape. *J Gen Intern Med*. avr 2000;15(4):265-8.
- WHO. BMI classification [Internet]. Global Database on Body Mass Index. 2006. Disponible sur: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Wilson WJ. *When Work Disappears: The World of the New Urban Poor*. Vintage Books; 1996.
- Winetrobe H, Rice E, Rhoades H, Milburn N. Health insurance coverage and healthcare utilization among homeless young adults in Venice, CA. *J Public Health*. 2016;38(1):147-55.
- Wojtusik L, White MC. Health status, needs, and health care barriers among the homeless. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):140-52.
- Wooten NR, Adams RS, Mohr BA, Jeffery DD, Funk W, Williams TV, et al. Pre-deployment Year Mental Health Diagnoses and Treatment in Deployed Army Women. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2016;1-13.
- Wright JD, Rubin BA. Is homelessness a housing problem? *Hous Policy Debate*. 1991;2(3):937-56.
- Wright S. On the Nature of Size Factors. *Genetics*. 1918;3(4):367-74.
- Wright S. Correlation and Causation. *J Agric Res*. 1921;(7):557-85.
- Wright S. The Method of Path Coefficients. *Ann Math Stat*. 1934;5(3):161-215.

- Yaouancq F. L'enquête Sans-domicile 2012 en France. In: Actes du XVIème colloque national de démographie. Aix-en-Provence; 2013.
- Yaouancq F, Duée M. Dossier- Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Paris: Insee; 2014a nov.
- Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile et l'emploi. Des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie. Insee Prem. avril 2014b;(1494).
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Prem. Juillet 2013;(1455).
- Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol. 2004;159(7):702-6.

Annexes

Annexe 1 - Regroupement des pays

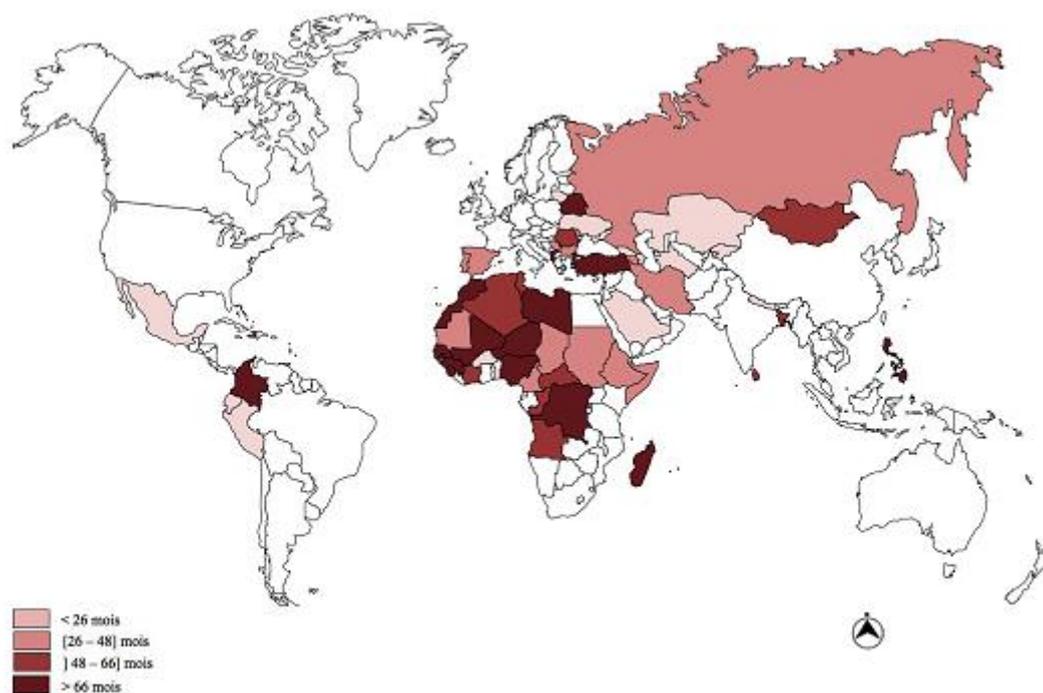
- ❖ **Afrique Subsaharienne** : Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun ; Comores ; Congo (Brazzaville) - Ex Zaïre ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Guinée Conakry ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; République centrafricaine ; Sénégal ; Togo.
- ❖ **Maghreb** : Algérie ; Maroc ; Tunisie.
- ❖ **Autre Afrique** : Afrique du Sud ; Angola ; Burundi ; Cap Vert ; Ethiopie ; Gambie ; Ghana ; Guinée Bissau ; Guinée Equatoriale ; Kenya ; Libéria ; Libye ; Madagascar ; Namibie ; Nigeria ; Ouganda ; République démocratique du Congo (Kinshasa) ; Rwanda ; Sahara Occidental ; Sao Tome ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Tchad ; Zanzibar.
- ❖ **Proche et Moyen Orient** : Arabie Saoudite ; Bahreïn ; Egypte ; Emirats Arabes Unis ; Iran ; Jordanie ; Liban ; Syrie ; Turquie.
- ❖ **Union Européenne** : Allemagne ; Angleterre ; Autriche ; Belgique ; Bulgarie ; Danemark ; Espagne ; Finlande ; France ; Grèce ; Guadeloupe ; Guyane française ; Hongrie ; Ile Maurice ; Irlande ; Italie ; Lituanie ; Martinique ; Mayotte ; Norvège ; Pays Bas ; Pologne ; Portugal ; Roumanie ; Slovaquie ; Suède.
- ❖ **Autre Europe** : Abkhazie ; Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Belarus ; Biélorussie ; Daghestan (fédération de Russie) ; Géorgie ; Ingouchie (fédération de Russie) ; Moldavie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Kosovo ; Russie ; Serbie ; Suisse ; Tchétchénie (fédération de Russie) ; Transnistrie (Ukraine) ; Turkménistan ; Ukraine.
- ❖ **Asie** : Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Chine ; Inde ; Japon ; Malaisie ; Mongolie ; Népal ; Pakistan ; Philippines ; République de Corée (Corée du Sud) ; Sri Lanka ; Thaïlande.
- ❖ **Amérique et Océanie** : Colombie ; Equateur ; Etats Unis ; Guyana ; Haïti ; Mexique.

Annexe 2 - Motifs de migration en France selon la région de naissance parmi l'ensemble des familles sans-domicile hébergées en Île-de-France (ENFAMS, 2013) (source : rapport ENFAMS, 2014)

		Menaces	Raison éco.	Raison familiale	Raison médicale	Autre raison	NSP / NVPR
Afrique subsaharienne	%	19,1 [14,8 ; 24,1]	33,3 [26,8 ; 40,6]	32,9 [25,8 ; 40,8]	5,8 [3,3 ; 10,0]	19,8 [14,4 ; 26,7]	0,1 [0,0 ; 0,7]
Maghreb	%	9,1 [4,0 ; 19,6]	37,6 [26,4 ; 50,3]	38,2 [23,8 ; 55,1]	21,5 [11,0 ; 37,8]	13,5 [7,2 ; 23,8]	0,0 [-]
Autre Afrique	%	48,8 [36,7 ; 61,0]	32,6 [21,6 ; 45,8]	12,0 [6,0 ; 22,7]	2,4 [0,6 ; 9,6]	9,8 [4,9 ; 18,6]	0,7 [0,1 ; 3,4]
CEI / autre Europe	%	83,2 [74,1 ; 89,6]	3,8 [1,6 ; 9,1]	10,9 [6,9 ; 16,6]	3,5 [1,4 ; 8,2]	6,1 [3,3 ; 11,1]	5,0 [1,6 ; 14,6]
UE	%	1,9 [0,4 ; 8,4]	76,1 [58,5 ; 87,8]	23,8 [11,9 ; 41,8]	0,0 [-]	12,3 [4,6 ; 29,1]	0,0 [-]
Asie / Proche et moyen orient	%	56,3 [30,5 ; 79,1]	14,3 [5,2 ; 33,6]	27,5 [11,0 ; 53,9]	2,5 [0,3 ; 15,8]	6,7 [1,1 ; 31,6]	0,0 [-]
Amérique et Océanie	%	22,0 [5,8 ; 54,6]	61,6 [24,9 ; 88,6]	5,3 [0,6 ; 33,0]	4,8 [0,6 ; 29,5]	11,1 [2,2 ; 40,6]	0,0 [-]
<i>p-value</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	ns

Source : enquête ENFAMS 2013

Annexe 3 - Durée moyenne depuis l'arrivée en France, selon le pays de naissance, des adultes sans-domicile hébergés en France (ENFAMS, 2013).



Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

Annexe 4 - Etude des facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du sein chez les femmes sans-domicile, (ENFAMS, 2013)

Variabiles	NT	(%)	IC 95%	pvalue
Caractéristiques socio-démographiques				
Age				
18-24	103	82,1%	[66,7-97,5]	0,009
25-34	412	86,6%	[82,8-90,4]	
35-44	209	72,7%	[65,7-79,7]	
45 ou plus	35	62,2%	[45,9-78,6]	
Pays de naissance				
Pas en France	718	79,2%	[62,6-95,9]	0,874
France	41	80,6%	[76,9-84,3]	
Statut administratif				
Français	61	84,5%	[72,2-96,7]	0,372
Régularisée	459	77,9%	[72,6-83,2]	
Non régularisée	238	83,4%	[77,6-89,3]	
Niveau d'études				
Jamais scolarisée	68	87,6%	[76,4-98,8]	0,324
Primaire	98	85,7%	[78,0-93,5]	
Secondaire	458	80,7%	[75,7-85,7]	
Supérieur	120	75,9%	[67,7-84,1]	
Difficultés en Français				
Oui	459	85,9%	[82,4-89,4]	<0,001
Non	299	72,7%	[65,7-79,7]	
Temps vécu en France				
Moins d'un quart de sa vie	609	81,8%	[78,1-85,6]	0,225
Plus d'un quart de sa vie	150	76,5%	[67,9-85,1]	
Ressources et situation professionnelle				
Statut professionnel				
Active occupée	131	76,6%	[63,6-89,5]	0,226
Sans emploi	215	76,6%	[68,8-84,3]	
Inactive	413	84,7%	[80,8-88,6]	
Revenu/mois/UC				
< 211€	366	82,1%	[77,0-87,1]	0,318
≥ 211€	373	78,6%	[73,6-83,5]	
Aides sociales au cours de l'année passée				
Aucune	274	82,8%	[77,4-88,3]	0,326
Au moins une	485	79,1%	[74,3-83,9]	
Caractéristiques de la famille				
Présence d'un conjoint/concubin				
Est en couple et vit avec lui	338	79,9%	[75,0-84,8]	0,386
Est en couple mais vit seule	128	85,4%	[78,4-92,4]	
N'est pas en couple	291	78,6%	[72,0-85,1]	
Au moins 1 accouchement en France				
Oui	534	82,1%	[77,7-86,5]	0,098
Non	225	76,2%	[70,6-81,9]	
Nombre d'enfant vivant avec l'enquêté				
Moins de 3	581	79,2%	[74,6-83,8]	0,159
3 ou plus	178	85,4%	[79,6-91,2]	
Parcours résidentiel				
Type d'hébergement				
Hôtel social	442	82,2%	[78,0-86,4]	0,064
CADA	87	80,0%	[68,7-91,3]	

Variables	NT	(%)	IC 95%	pvalue
CHU	124	81,5%	[74,4-88,6]	
CHRS	106	71,2%	[60,1-82,2]	
Durée du sans-abrisme				0,947
2 ans ou moins	393	80,6%	[75,2-86,1]	
Plus de 2 ans	366	80,3%	[74,5-86,2]	
Nombre moyen de déménagements par an				0,774
Moins de 4	566	80,0%	[75,9-84,2]	
4 ou plus	179	81,6%	[72,5-90,7]	
Couverture maladie et recours aux soins				
Couverture Maladie				0,317
Oui	614	81,5%	[77,4-85,6]	
Non	145	76,8%	[68,3-85,2]	
Consultation d'un médecin dans l'année				0,121
A consulté	608	79,3%	[75,2-83,4]	
N'a pas consulté	151	86,0%	[79,3-92,7]	
Suivi gynécologique régulier				<0,001
Oui	186	66,4%	[57,0-75,9]	
Non	570	84,6%	[80,9-88,4]	
Avoir réalisé au moins un frottis				<0,001
Oui	321	71,9%	[65,6-78,2]	
Non	411	86,6%	[81,9-91,3]	
Santé perçue et mesurée				
Etat de santé général perçu				0,859
Très bon, bon, moyen	683	80,3%	[76,2-84,4]	
Mauvais, très mauvais	74	81,4%	[71,2-91,5]	
Etat de santé physique perçu				0,045
Très bon, bon, moyen	682	81,6%	[77,7-85,4]	
Pauvre, très pauvre	75	70,7%	[59,4-82,0]	
Etat de santé psychologique et émotionnel perçu				0,167
Très bon, bon, moyen	591	81,8%	[77,5-86,2]	
Mauvais, très mauvais	165	75,7%	[68,2-83,2]	
Avoir eu un problème de santé important				0,757
Oui	212	79,6%	[74,0-85,2]	
Non	544	80,7%	[76,3-85,2]	
Insécurité alimentaire				0,488
Sécurité ou insécurité faible	357	79,7%	[74,2-85,2]	
Insécurité modérée, sévère	377	82,1%	[77,6-86,5]	
Addictions				
Statut tabagique				0,786
Fume actuellement	79	78,9%	[66,2-91,7]	
Ne fume pas/plus	680	80,7%	[77,0-84,4]	
Consommation excessive d'alcool pendant une période de la vie				0,669
Oui	46	77,4%	[62,6-92,3]	
Non	711	80,7%	[76,9-84,5]	
Période de consommation régulière de drogues				0,234
Oui	9	91,3%	[78,6-99,0]	
Non	747	80,4%	[76,7-84,0]	
Santé mentale et événements de vie difficiles				
Dépression				0,076
Oui	163	74,8%	[67,7-81,9]	
Non	437	81,9%	[77,6-86,2]	
Evènements de vie difficiles				0,010

Variabiles	NT	(%)	IC 95%	pvalue
Oui	469	76,1%	[71,0-81,3]	
Non	265	86,7%	[81,5-91,8]	
Avoir subi une agression physique ou sexuelle				0,009
Oui	111	69,7%	[60,1-79,3]	
Non	622	81,7%	[77,9-85,6]	
Excision				0,001
Oui	159	90,0%	[85,8-94,2]	
Non	585	78,5%	[74,1-82,9]	
Opportunités de contacts sociaux				
Fréquence de contact avec les amis, la famille, par téléphone ou par sms, internet ou mail				0,114
Moins d'un tous les 3 jours	186	75,9%	[68,1-83,7]	
Au moins 1 tous les 3 jours	563	82,5%	[78,7-86,4]	
Présence de membres de la famille en IDF				0,661
Oui	344	79,6%	[73,5-85,8]	
Non	412	81,3%	[77,0-85,7]	
S'être confiée à quelqu'un dans l'année				0,864
Oui	507	80,7%	[76,0-85,4]	
Non	249	79,9%	[73,0-86,8]	
Invitation par des amis, de la famille pour une fête ou une cérémonie				0,529
Non	413	79,4%	[75,0-83,8]	
Au moins une fois	343	81,8%	[75,9-87,6]	
Mobilité				
A une voiture ou un deux-roues motorisé				0,141
Oui	66	72,5%	[59,6-85,4]	
Non	692	81,6%	[77,9-85,3]	
Difficultés à prendre les transports en commun				0,270
Oui	306	78,0%	[71,4-84,7]	
Non	443	82,3%	[78,2-86,4]	
Avoir quitté l'IDF plus d'une journée l'année passée				<0,001
Oui	140	68,9%	[59,7-78,0]	
Non	612	83,6%	[79,9-87,4]	

Articles

Cervical cancer screening among homeless women in the Greater Paris Area (France): results of the ENFAMS survey

Cécile Vuillermoz^a, Stéphanie Vandentorren^{a,b}, Mathilde Roze^a,
Claire Rondet^{a,c} and Pierre Chauvin^a

Little is known about the prevalence of cervical cancer screening (CCS) and its correlates among homeless women in France. The objectives of this study were to determine the prevalence of women who had never been screened for cervical cancer and to identify the associated factors. This cross-sectional study was based on data collected in the ENFAMS survey, which was conducted in 2013 among 764 sheltered homeless mothers in the Greater Paris Area. Robust Poisson regression models were used to estimate the association between no lifetime CCS and certain sociodemographic and health-related factors (selected from the behavioral model of vulnerable populations). Analyses were carried out separately for women with and without a regular gynaecological follow-up (RGF). The proportion of never-screener was 33% among the women with an RGF versus 64% among those without an RGF ($P < 0.001$). Among the latter, never having been screened for CCS was associated mainly with socioeconomic conditions, the length of time lived in France, a history of delivery in France and the duration of homelessness. In those with an RGF, the factors were mainly poor health service utilization and language

difficulties. This first quantitative study of CCS among homeless women in the Greater Paris Area points to the need for it to be proposed and performed more systematically in primary care. Every contact between this hard-to-reach population and health services should be an opportunity to check their screening status and to ensure that those in need actually undergo a Pap test. *European Journal of Cancer Prevention* 00:000–000 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

European Journal of Cancer Prevention 2016, 00:000–000

Keywords: behavioral model of vulnerable populations, cervical cancer, homelessness, screening

^aDepartment of Social Epidemiology, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), ^bDepartment of the Inter-Regional Epidemiological Authority, French Institute for Public Health Surveillance, Saint-Maurice and ^cDepartment of General Practice, School of Medicine, Sorbonne Universities, UPMC Univ Paris 06, Paris, France

Correspondence to Cécile Vuillermoz, PhD, School of Medicine, 27 rue Chaligny, 75012 Paris, France
Tél: +33 1 44 73 84 44; e-mail: cecile.vuillermoz@inserm.fr

Received 28 October 2015 Accepted 9 January 2016

Introduction

Since the implementation of cytological screening tests in the 1970s, the incidence of and mortality rates from cervical cancer have decreased in most European countries (Mathew and George, 2009; Vaccarella *et al.*, 2013). A lack of cervical cancer screening (CCS) is associated strongly with the development of invasive cervical cancer (Leyden *et al.*, 2005). Many studies and reports have identified strong disparities in CCS coverage in the general population. In France, there were an estimated 3000 new cases and 1000 deaths from cervical cancer in 2012. Although national recommendations have been issued since 1990 (which recommend a CCS test every 3 years after two normal tests 1 year apart) (Fédération des Gynécologue et Obstétriciens de Langue Française, 1990), only 10% of women in the recommended age range (25–65 years) have a Pap test at the recommended frequency, 50% have delayed screening or have never been screened and 40% are overscreened, resulting in a national coverage rate that has stagnated at 57% (from 2003 to 2008) [Haute Autorité de Santé (HAS), 2010]. In the French-speaking general population in the Greater Paris area, 8% of concerned women had never been

screened for cervical cancer in 2010 (Rondet *et al.*, 2014). Multiple factors associated with an increased risk of no lifetime screening have been reported, such as socioeconomic status and origin (Vallée *et al.*, 2010; Grillo *et al.*, 2012; Rondet *et al.*, 2014), but it has never been studied among homeless women in France.

Over the last decade, women with children have been the fastest-growing segment of the homeless population in France. This is because of the marked increase in the number of homeless families (Guyavarch and Le Méner, 2010). Between 2001 (Brousse, 2006) and 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013), the absolute number of French-speaking homeless adults increased by almost 50%, 25% of whom had young children living with them. In the Greater Paris Area (a region of 849 km² with 7.0 million inhabitants), emergency social services have sheltered more people with families than lone individuals.

Previous studies of health and healthcare in homeless families showed that women's physical and mental health status was cause for concern (Hwang *et al.*, 2005). They are, in particular, more likely to have HIV/AIDS, sexually transmitted infections or gynaecological problems (Beijer

0959-8278 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

DOI: 10.1097/CEJ.0000000000000225

Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

et al., 2012). Studies of CCS in homeless women in the United States (Chau *et al.*, 2002; Hogenmiller *et al.*, 2007; Bharel *et al.*, 2009) indicate that they are at greater risk for infection by the human papilloma virus and for developing an invasive cancer (Long *et al.*, 1998). In addition, homeless women encounter many barriers to accessing health services (such as cost, language, transportation and discrimination) (Kushel *et al.*, 2001; Stein *et al.*, 2007; Teruya *et al.*, 2010). Compared with homeless men, women face an additional problem: the services targeting the homeless population were designed mainly for men and may not be properly suited to women's needs (Lewis *et al.*, 2003).

Faced with this population's invisibility, both in the public space and in French routine health statistics and health surveys, the Observatoire du Samusocial de Paris conducted a multipurpose health and social survey among sheltered families in the Greater Paris Area in the winter of 2013 (Vandentorren *et al.*, 2015). Using these data, we sought to determine the proportion of homeless women who had undergone CCS, the time since their last test and the factors associated with no lifetime CCS.

Methods

Study sample

This study was based on data collected during the ENFAMS (a French acronym for 'homeless families and children') survey, the first statistical survey of homeless families conducted in France (Vandentorren *et al.*, 2015). The reference population consisted of adults, accompanied by at least one child younger than 13 years of age, living in social hotels, emergency centres, centres for asylum-seekers and long-term rehabilitation centres. The sampling design for the ENFAMS survey included three levels of sampling: shelters, families (the single parent or one of the two parents was interviewed, who was a woman in 95.4% of the cases) and one child in every family.

The final sample consisted of 801 families, who were interviewed face-to-face in 17 languages by an interviewer and a psychologist. The interviewer collected a large array of data on their demographics, socioeconomic status, living conditions, health conditions and health service utilization.

Subsample analysis and outcomes

Among the total number of women interviewed ($N_1 = 764$), we carried out an analysis of the subsample of those aged 25–65 years, the target range in the French CCS recommendations ($N_2 = 641$). They were asked two questions: 'Have you ever had a Pap test?' and, if the answer was 'yes', 'When was your most recent one?'. For the multivariate analysis, our outcome was never having had a Pap test.

Conceptual model

We used the behavioral model of vulnerable populations as a conceptual framework to select a set of relevant cofactors (Aday and Andersen, 1974; Gelberg *et al.*, 2000; Stein *et al.*, 2007). This model includes traditional factors and specific vulnerabilities relating to homelessness. It hypothesizes that health service utilization is a function of predisposing, enabling and need factors. Predisposing factors are characteristics that predispose an individual to access health services, enabling factors are the factors that enhance or limit the individual's ability to use these services, should the need arise, and need factors include the immediate cause of health service utilization.

Independent variables

Predisposing factors

In this study, the general predisposing factors were demographics, such as age and country of birth (in or outside of France), the level of education (none, primary, secondary or tertiary), occupational status, couple status and the number of children. The specific vulnerable predisposing factors were immigration (administrative status and the length of time lived in France), homelessness (the duration of homelessness, the type of housing at the time of the study and the number of moves per year since the first period of homelessness), victimization (a history of excision or physical or sexual violence) and substance abuse (smoking and alcohol use).

Enabling factors

The enabling factors were financial resources and healthcare utilization. Income was divided into two categories: below or above the median value in the study population (i.e. 211€/consumption unit (CU) per month). Social benefits included all types of financial assistance (for the unemployed, the disabled, asylum-seekers and parents). As for the variables pertaining to healthcare utilization, we used data on health insurance (yes/no), a physician visit during the previous year (yes/no), contraception and previous breast cancer screening (yes/no). The vulnerable enabling factors were language (difficulties understanding, speaking, reading or writing French), transportation (having or not having a car and having or not having difficulties using public transportation), mobility out of the Paris area (had left the area for more than a day at least once during the previous year) and having given birth in France (at least once vs. never). We also considered four variables pertaining to social networks: contact with family and friends (contact with family or friends less or more than once by telephone, SMS, Internet or mail), invitations from friends or family members to a party or a family celebration during the previous year (at least once vs. never), relatives living in the Paris area and feelings of trust (towards at least one individual vs. none).

Need factors

The traditional need factors were perceived to be general, physical and mental health status and having reported a history of at least one serious health problem. The vulnerable need factors were depression and food insecurity. The presence of depression was determined from the responses to the Composite International Diagnostic Interview questionnaire (Kessler and Üstün, 2004). Food insecurity was assessed using the French version of the Household Food Security Module questionnaire (Radimer and Radimer, 2002).

Statistical analyses

All the descriptive prevalences and proportions were weighted inversely to each participant's inclusion probability in accordance with the sampling design. The comparisons between proportions were performed using the χ^2 -test with a *P*-threshold value less than 0.05. We examined factors associated with no lifetime CCS separately for women with and without a regular gynaecological follow-up (RGF) because of a significant interaction ($P < 0.001$). First, we fitted a robust Poisson regression model to each group of factors in the behavioral model of vulnerable populations (traditional predisposing, vulnerable predisposing, traditional enabling, vulnerable enabling, traditional need and vulnerable need). We then included all the variables previously selected at $P = 0.20$ in a final model and backward-selected them manually.

Results

Population characteristics

The total number of women in homeless families in the Greater Paris Area was estimated to be 9883 [95% confidence interval (CI): 9560–10 207]. These N_1 women were 34 years old on average. Most of them had been born in Africa (66.0%) and had at least a secondary level of education (76.0%). One-third of them were single and they had an average of two children living with them. Only 21.8% were employed, and their average monthly income was 319 euros per CU. On average, they had been homeless for 3 years (range: 0–19) and they moved three times a year (range: 0–36). The rest of the analysis was carried out for $N_3 = 508$ women with complete data (among the $N_2 = 641$ in the target age range).

Differences between the women with and without a regular gynaecological follow-up

The characteristics of the women with and without an RGF were different. Those without an RGF were less educated (25.3% had a primary or lower level of education vs. 12.3% of those with an RGF; $P = 0.007$) and were less often living in a couple relationship (45.9 vs. 60.1%; $P = 0.017$) (Table 1). They had been homeless for a shorter period of time (52.4% had been homeless for less than 2 years vs. 36.0%; $P = 0.0146$) and more often were living in social hotels (77.6 vs. 61.4%; $P < 0.001$) and less

often in long-term rehabilitation shelters (11.7 vs. 27.3%; $P < 0.001$). They more often had been victims of physical or sexual assault (16.1 vs. 4.1%; $P < 0.001$) and were more likely not to have health insurance (15.8 vs. 8.3%; $P = 0.049$) and not to have had a medical visit (20.1 vs. 9.9%; $P = 0.015$) or a mammogram (85.0 vs. 68.4%; $P < 0.001$) during the previous year (Table 2). Difficulties in French were also more prevalent in this group (62.4 vs. 46.4%; $P = 0.011$).

Screening participation rates

We determined that 56.9% (95% CI: 52.4–61.4) of the homeless women were never-screeners, with a significant difference between the women who reported having an RGF 33.3% (95% CI: 23.3–43.2) and those who reported not having an RGF 64.2% (95% CI: 58.0–70.4). Of the screeners, 11.5% (95% CI: 5.8–17.2) had their last Pap test more than 3 years before the survey (Fig. 1). The proportions were also significantly different according to their RGF status: 4.2% (95% CI: 0.1–8.3) and 15.5% (95% CI: 7.4–23.5), respectively ($P = 0.005$).

Factors associated with no lifetime CCS

Univariate analysis

In the women without an RGF, no lifetime CCS was associated significantly with some predisposing factors such as a low level of education, being unemployed and alcohol abuse (see Table 1) and some enabling factors (no physician visit during the previous year, no invitation from friends or family during the previous year, difficulties in French and not having a car; see Table 2). No need factors were associated with no lifetime CCS (Table 3). The factors associated with a *P*-value less than 0.20 for the multivariate analysis were age, the length of time lived in France, the duration of homelessness, social benefits, health insurance, mobility out of the Paris area and having given birth in France. In the women with an RGF, the predisposing factors associated significantly with no lifetime CCS were age and the country of birth (Table 1). The enabling factors associated with no lifetime CCS were a low monthly income, not having health insurance, no physician visit during the previous year, being a never-screener for breast cancer and difficulties in French (Table 2). The need factors associated with no lifetime CCS were poor (or very poor) mental health status and food insecurity (Table 3).

Multivariate analysis

After adjustment for age, among the women without an RGF, those who had never been screened for cervical cancer had more often a low level of education (with a dose–response trend, although it was not significant; $P = 0.597$) and were more often unemployed or in one or more of the following situations: had lived in France for less than a quarter of their lives, had been homeless for less than 2 years or had a history of excessive alcohol consumption (predisposing factors; see Table 4). They

Table 1 Predisposing factors and no lifetime cervical cancer screening among homeless women with or without a regular gynaecological follow-up in the Greater Paris Area, France, 2013

	Regular gynaecological follow-up									P-value for no RGF versus RGF
	Frequency (N=508) (%)	No (N=383)				Yes (N=125)				
		Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI	Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI	
Traditional predisposing factors										
Age (years)					0.062				< 0.001	0.804
25–29	27.1	28.2	73.5	1.10	[1.02–1.17]	23.4	59.8	1.21	[1.03–1.42]	
30–34	30.3	29.5	59.2	Reference		33.0	37.9	Reference		
35–44	37.5	37.5	61.1	1.02	[0.94–1.11]	37.5	18.1	0.87	[0.75–1.02]	
45 or older	5.1	4.8	65.5	1.03	[0.89–1.20]	6.1	0.0	0.77	[0.66–0.90]	
Country of birth					0.509				< 0.001	0.801
Outside France	94.6	94.7	65.0	1.03	[0.94–1.14]	94.2	35.3	1.25	[1.10–1.42]	
France	5.4	5.3	50.5	Reference		5.8	0.0	Reference		
Level of education					< 0.001				0.157	0.014
None	8.9	10.2	92.0	1.43	[1.29–1.58]	4.6	54.2	1.28	[0.95–1.74]	
Primary	13.4	15.1	79.8	1.33	[1.19–1.48]	7.7	53.5	1.26	[0.97–1.63]	
Secondary	60.4	56.5	64.0	1.20	[1.09–1.33]	73.5	32.6	1.06	[0.90–1.25]	
Tertiary	17.2	18.1	36.2	Reference		14.2	18.9	Reference		
Occupational status					0.015				0.710	0.797
Employed	21.9	22.9	48.4	Reference		18.7	18.0	Reference		
Unemployed	32.1	31.5	73.9	1.16	[1.05–1.28]	34.2	30.0	1.07	[0.91–1.26]	
Student or retiree	46.0	45.6	65.5	1.09	[0.99–1.20]	47.1	41.7	1.04	[0.86–1.22]	
Couple status					0.368				0.910	0.049
Living in a couple relationship	49.1	45.9	67.9	Reference		60.1	35.8	Reference		
In a couple relationship but not living together	16.3	17.8	62.1	0.98	[0.90–1.06]	11.4	41.1	1.02	[0.84–1.23]	
Not in a couple relationship	34.6	36.4	60.6	0.95	[0.89–1.02]	28.5	24.8	0.97	[0.85–1.11]	
Number of children										
Fewer than 3	75.8	76.6	62.8	Reference	0.553	73.2	31.5	Reference	0.557	0.548
3 or more	24.2	23.4	69.0	1.03	[0.95–1.12]	26.8	38.0	1.05	[0.89–1.23]	
Vulnerable predisposing factors										
Administrative status					0.503				0.107	0.663
French citizen	8.4	8.5	58.6	Reference		7.9	0.0	Reference		
Legal resident status	57.6	58.5	60.3	0.95	[0.81–1.11]	37.9	36.0	1.27	[1–1.61]	
Undocumented	34.0	32.9	72.6	0.99	[0.84–1.17]	54.3	36.3	1.26	[1–1.58]	
Length of time lived in France					0.052				0.692	0.561
A quarter of life or less	73.7	74.4	69.5	1.10	[1.00–1.22]	71.3	38.6	1.04	[0.85–1.27]	
More than a quarter of life	26.3	25.6	48.8	Reference		28.7	20.1	Reference		
Duration of homelessness					0.151				0.922	0.015
2 years or less	48.6	52.4	71.0	1.06	[0.98–1.15]	36.0	28.0	1.01	[0.83–1.23]	
More than 2 years	51.4	47.6	56.8	Reference		64.0	36.3	Reference		
Type of housing					0.939				0.289	< 0.001
Social hotel	73.9	77.6	65.1	1.02	[0.88–1.18]	61.4	39.3	1.13	[0.95–1.34]	
Centre for asylum-seekers	4.7	5.0	65.5	1.03	[0.88–1.21]	3.7	13.5	0.97	[0.75–1.26]	
Emergency housing centre	6.1	5.6	66.5	1.00	[0.84–1.18]	7.7	39.8	1.17	[0.96–1.44]	
Long-term rehabilitation centre	15.3	11.7	56.6	Reference		27.3	20.7	Reference		
Number of moves per year					0.493				0.375	0.390
Less than 4	79.7	78.7	61.2	Reference		83.2	34.8	Reference		
4 or more	20.3	21.3	75.6	1.03	[0.95–1.11]	16.8	25.6	0.91	[0.74–1.12]	
History of excision					0.433				0.279	0.052
Yes	21.5	19.2	66.5	1.03	[0.95–1.13]	29.1	45.9	1.10	[0.93–1.3]	
No	78.5	80.8	63.7	Reference		70.9	28.1	Reference		
History of physical or sexual violence					0.747				0.081	< 0.001
Yes	13.4	16.1	63.3	0.99	[0.90–1.08]	4.1	19.5	0.80	[0.63–1.03]	
No	86.6	83.9	64.4	Reference		95.9	33.9	Reference		
Smoking status					0.578				0.111	0.405
Smoker	9.5	10.2	49.4	0.96	[0.82–1.11]	7.1	10.8	0.82	[0.64–1.05]	
Nonsmoker	90.5	89.8	65.9	Reference		92.9	35.0	Reference		
History of excessive alcohol consumption					0.015				0.118	0.406
Yes	6.0	6.5	34.6	0.84	[0.72–0.97]	4.3	30.0	1.20	[0.96–1.50]	
No	94.0	93.5	66.3	Reference		95.7	33.4	Reference		

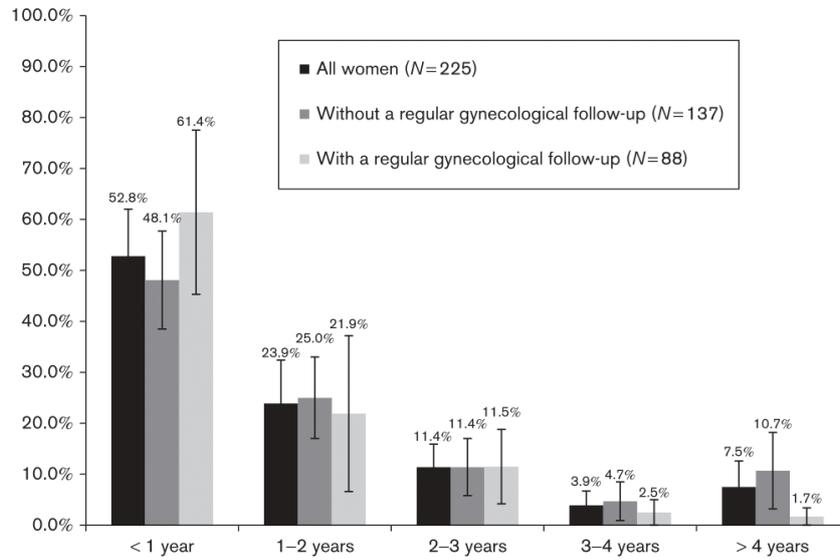
CCS, cervical cancer screening; CI, confidence interval; PR, prevalence ratio; RGF, regular gynaecological follow-up.

Table 2 Enabling factors and no lifetime cervical cancer screening among homeless women with or without a regular gynaecological follow-up in the Greater Paris Area, France, 2013

	Regular gynaecological follow-up									P-value for no RGF versus RGF	
	Frequency (N=508) (%)	No (N=383)				Yes (N=125)					
		Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI	Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI		
Traditional enabling factors											
Monthly income per consumption unit					0.338					0.042	0.480
Less than 211 euros	46.6	45.6	72.0	1.05	[0.95–1.15]	49.7	39.5	1.17	[1.01–1.37]		
More than 211 euros	53.4	54.4	57.7	Reference		50.3	27.1	Reference			
Social benefits during the previous year					0.059					0.168	0.627
None	64.0	63.3	75.1	1.08	[1.00–1.18]	66.2	36.0	0.89	[0.76–1.05]		
One or more	36.0	36.7	57.9	Reference		33.8	31.9	Reference			
Health insurance					0.081					0.015	0.049
No	15.8	18.0	67.2	0.93	[0.85–1.01]	8.3	72.1	1.28	[1.05–1.57]		
Yes	84.2	82.0	63.6	Reference		91.7	29.8	Reference			
Physician visit during the previous year					< 0.001					0.005	0.015
Yes	82.2	79.9	59.9	Reference		90.1	30.1	Reference			
No	17.8	20.1	81.5	1.13	[1.06–1.21]	9.9	61.8	1.31	[1.08–1.57]		
Contraception					0.430					0.550	0.203
Yes	41.1	60.8	61.3	Reference		47.7	34.3	Reference			
No	58.9	39.2	66.1	1.03	[0.96–1.11]	52.3	32.4	0.96	[0.85–1.09]		
Mammogram					0.246					< 0.001	< 0.001
Yes	18.8	15.0	54.3	Reference		31.6	16.6	Reference			
No	81.2	85.0	66.0	1.06	[0.96–1.16]	68.4	41.0	1.24	[1.09–1.40]		
Vulnerable enabling factors											
Difficulties in French					< 0.001					0.005	0.011
Yes	58.8	62.4	72.5	1.11	[1.04–1.19]	46.4	47.5	1.21	[1.06–1.38]		
No	41.2	37.6	50.5	Reference		53.6	20.9	Reference			
Had a car					0.050					0.547	0.460
Yes	11.4	11.9	42.1	Reference		9.4	19.7	Reference			
No	88.6	88.1	67.2	1.15	[1.00–1.33]	90.6	34.7	1.06	[0.87–1.29]		
Difficulties with public transportation					0.313					0.113	0.577
Yes	37.6	36.6	71.2	1.03	[0.97–1.09]	40.7	39.2	1.11	[0.97–1.27]		
No	62.4	63.4	60.2	Reference		59.3	29.2	Reference			
Mobility out of the Paris area					0.088					0.082	0.980
Yes	21.7	21.5	47.2	Reference		21.7	42.2	Reference			
No	78.4	78.5	68.9	1.08	[0.99–1.18]	78.3	30.8	0.88	[0.76–1.02]		
History of delivery in France					0.122					0.153	0.985
At least 1 delivery in France	74.5	74.5	60.2	Reference		74.4	34.6	Reference			
No deliveries in France	25.5	25.5	76.0	1.05	[0.99–1.11]	25.6	29.5	0.91	[0.80–1.04]		
Contact with family and friends					0.952					0.089	0.978
Less than 1 contact in a 3-day period	73.6	73.6	66.0	1.00	[0.93–1.07]	73.7	40.2	1.14	[0.98–1.32]		
More than 1 contact in a 3-day period	26.4	26.4	59.3	Reference		26.3	13.7	Reference			
Invited by friends or family to a party or a family celebration during the previous year					0.040					0.493	0.481
No	40.9	41.9	77.4	1.08	[1.00–1.17]	37.3	35.6	0.96	[0.85–1.08]		
At least once	59.1	58.1	54.7	Reference		62.7	31.9	Reference			
Family living in the Paris area					0.454					0.120	0.693
Yes	45.8	46.3	58.7	Reference		44.0	21.5	Reference			
No	54.2	53.7	69.0	1.03	[0.96–1.10]	56.0	42.5	1.10	[0.98–1.24]		
Trust in at least one person					0.294					0.061	0.102
Yes	69.0	66.7	61.0	Reference		77.0	30.2	Reference			
No	31.0	33.3	70.7	1.04	[0.97–1.11]	23.0	43.7	1.15	[0.99–1.34]		

CCS, cervical cancer screening; CI, confidence interval; PR, prevalence ratio; RGF, regular gynaecological follow-up.

Fig. 1



Time since the last cervical cancer screening at the time of the survey (among screeners).

Table 3 Need factors and no lifetime cervical cancer screening among homeless women with or without a regular gynaecological follow-up in the Greater Paris Area, France, 2013

	Frequency (N=508) (%)	Regular gynaecological follow-up								P-value for no RGF versus RGF
		No (N=383)				Yes (N=125)				
	Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI	Frequency (%)	No CCS (%)	PR	95% CI		
Traditional need factors										
History of at least one serious health problem				0.362				0.355	0.268	
Yes	31.6	30.0	61.1	0.96	[0.88-1.05]	36.9	27.2	0.93	[0.79-1.09]	
No	68.4	70.0	65.6	Reference		63.1	36.8	Reference		
General health status				0.215				0.416	0.979	
Very good, good or average	88.1	88.1	63.3	Reference		88.2	30.4	Reference		
Poor or very poor	11.9	11.9	71.2	1.08	[0.96-1.23]	11.8	54.9	0.87	[0.63-1.21]	
Physical health status				0.605				0.127	0.608	
Very good, good or average	89.7	90.1	64.3	Reference		88.3	29.8	Reference		
Poor or very poor	10.3	9.9	63.5	0.96	[0.82-1.12]	11.7	59.2	1.23	[0.94-1.59]	
Mental health status				0.863				0.006	0.269	
Very good, good or average	76.8	78.1	63.8	Reference		72.2	24.5	Reference		
Poor or very poor	23.2	21.9	65.9	1.01	[0.92-1.11]	27.8	56.2	1.25	[1.07-1.47]	
Vulnerable need factors				0.873				0.012	0.367	
Food insecurity										
Security or low insecurity	52.4	53.6	64.1	Reference		51.7	21.1	Reference		
Medium or severe insecurity	47.6	46.4	64.3	1.01	[0.94-1.07]	48.3	46.3	1.21	[1.04-1.40]	
Depression				0.479				0.698	0.412	
Yes	29.3	30.5	61.2	0.97	[0.90-1.05]	25.4	30.9	0.97	[0.81-1.15]	
No	70.7	69.5	65.5	Reference		74.6	34.1	Reference		

CCS, cervical cancer screening; CI, confidence interval; PR, prevalence ratio; RGF, regular gynaecological follow-up.

Table 4 Multivariate analysis of the predisposing, enabling and need factors associated with no lifetime cervical cancer screening among homeless women with or without a regular gynaecological follow-up in the Greater Paris Area, France, 2013

Factors	Regular gynaecological follow-up			
	No (N=383)		Yes (N=125)	
	PR	95% CI	PR	95% CI
Traditional predisposing				
Age (years)		0.140		< 0.001
25–29	1.09	[1.01–1.17]	1.09	[0.96–1.25]
30–34	Reference		Reference	
35–44	1.03	[0.96–1.10]	0.91	[0.82–1.02]
45 or older	1.09	[0.95–1.26]	0.78	[0.69–0.87]
Level of education		< 0.001		
None	1.44	[1.30–1.61]		
Primary	1.31	[1.17–1.47]		
Secondary	1.20	[1.08–1.32]		
Tertiary	Reference			
Occupational status		0.011		
Employed	Reference			
Unemployed	1.12	[1.02–1.23]		
Student or retiree	1.01	[0.92–1.10]		
Vulnerable predisposing				
Administrative status				< 0.001
French citizen			Reference	
Legal resident status			1.34	[1.17–1.52]
Undocumented			1.26	[1.09–1.45]
Length of time lived in France		0.026		
A quarter of life or less	1.09	[1.01–1.18]		
More than a quarter of life	Reference			
Duration of homelessness		0.019		
2 years or less	1.07	[1.01–1.13]		
More than 2 years	Reference			
Lifetime history of excessive alcohol consumption		0.002		0.015
Yes	0.86	[0.78–0.95]	1.38	[1.07–1.80]
No	Reference		Reference	
Traditional enabling				
Health insurance		0.016		< 0.001
No	0.91	[0.84–0.98]	1.27	[1.10–1.45]
Yes	Reference		Reference	
Physician visit during the previous year		0.002		0.035
Yes	Reference		Reference	
No	1.10	[1.04–1.17]	1.21	[1.01–1.45]
Mammogram				0.002
Yes			1.19	[1.07–1.33]
No				
Vulnerable enabling		0.015		
Invited by friends or family to a party or a family celebration during the previous year				
No	1.09	[1.02–1.17]		
At least once	Reference			
Trust in at least one person				0.006
Yes			Reference	
No			1.18	[1.05–1.33]
Difficulties in French				0.009
Yes			Reference	
No			1.13	[1.03–1.23]
History of delivery in France		0.004		
At least 1 delivery in France	Reference			
No deliveries in France	1.09	[1.03–1.16]		

Table 4 (continued)

Factors	Regular gynaecological follow-up			
	No (N=383)		Yes (N=125)	
	PR	95% CI	PR	95% CI
Traditional need				
Mental health status				< 0.001
Very good, good or average			Reference	
Poor or very poor			1.27	[1.13–1.41]

CI, confidence interval; PR, prevalence ratio.

more often had not seen a physician during the previous year (but also slightly more often had health insurance), more often had not been invited by friends or family during the previous year and/or had never given birth in France (enabling factors).

In the women with an RGF (Table 4), the predisposing factors associated with no lifetime CCS were age more than 45 years, not being a French citizen and a history of excessive alcohol consumption. The enabling factors were not having health insurance, no physician visit during the previous year, never having been screened for breast cancer and having difficulties in French. The only need factor associated with no lifetime CCS was poor mental health status.

Discussion

More than half of the homeless women in the Greater Paris Area who were interviewed in our study had never been screened. As only sheltered women with children had been sampled, our results cannot be extrapolated to women living on the streets and/or those who do not have any children with them. Some studies indicate that the absence of screening practices may even be higher in this population (Nyamathi *et al.*, 2000; Boxwala *et al.*, 2010).

In comparison, in the French-speaking general population in the same area in 2010, only 8% of women had never been screened for cervical cancer (Rondet *et al.*, 2014). In 2013, a nongovernmental medical organization, Doctors of the World, conducted a survey in France among 203 socially excluded women who visited their free clinics and reported that 70% of them had never been screened (Médecins du Monde, 2013). In the United States, studies on homeless women found that 10–50% of them had never been screened (Chau *et al.*, 2002; Weinreb *et al.*, 2002; Lewis *et al.*, 2003; Bharel *et al.*, 2009).

Consistent with previous French studies, having or not having a regular gynaecological health follow-up in primary care influences the risk of being a never-screener (Grillo *et al.*, 2012). In our study, the proportion of never-screeners was almost twice as high in women without an

RGF. Clearly, although we believe that 'gynaecological health' refers to genital health for most women (and even those with the poorest health literacy), we do not know exactly what 'regular' means. However, improving access to women's healthcare is probably the best way to increase CCS coverage among these women.

In our study, the characteristics of the women with an RGF differed from those of women without an RGF. A previous French qualitative study among homeless women in the Paris area in 2005 described profiles of gynaecological healthcare (Brunet *et al.*, 2005). It found that homeless women who did not avail themselves of gynaecological health services used other health services less in general, that pregnancy was often the only reason they had ever seen a gynaecologist and that a history of sexual violence was a strong barrier to gynaecological consultations. In this respect, in our study, the women without an RGF reported a history of physical or sexual abuse four times more often than those with an RGF. It is noteworthy that the women without an RGF had been homeless for a shorter period of time than those with an RGF. It can be hypothesized that recently homeless women have other urgent priorities than preventive care and that, over time, some of them re-engage in preventive behaviours.

The barriers to CCS identified in this study among the women without a RGF were consistent with the literature on homeless women (Long *et al.*, 1998; Weinreb *et al.*, 1998; Weinreb *et al.*, 2002; Chau *et al.*, 2002; Bharel *et al.*, 2009) and were mainly associated with socio-economic conditions (education level and occupational status) (Lewis *et al.*, 2003). Interestingly, we observed that the homeless women who had never given birth in France were also more likely to be never-screeners as a Pap test is part of the first routine, mandatory and free prenatal check-up, if one was not performed recently. Two factors were associated in an unexpected direction: excessive alcohol consumption and not having health insurance seemed to 'protect' women from being never-screeners. We attempted to explain these unexpected findings by testing certain interactions (e.g. with immigration status or the duration of homelessness), but none of them was significant, probably because of the small size ($N=383$) of this subsample of women without an RGF. We cannot explain these results, but we did note that, inversely, associations were observed in the expected direction in the other stratum (women with an RGF).

Although the screening rate was higher among the women with an RGF, a third of them were never-screeners. Reporting biases are possible in such declarative data, but the investigators systematically explained the Pap test in lay terms ('A pap is a small sample taken by scraping at the back of the vagina during a gynaecological exam'). The factors associated with never-screening might enable us to understand why these

women with an RGF had never been screened for cervical cancer. The barriers were mainly migration origin, exclusion from the healthcare system and health-related behaviours. These barriers are consistent with the literature in the general population (Akers *et al.*, 2007; Grillo *et al.*, 2012).

Our study has some limitations apart from the recall and reporting biases mentioned above in terms of self-reported data. First, we did not collect any information on the women's knowledge and attitudes about CCS. This information would have provided explanations for the never-screening. Second, because of the small sample size and the vast heterogeneity of the women's origins (more than 60 countries of birth were reported), we could not investigate these origins or cultural factors much further. Finally, the causal ordering between predisposing, enabling and need factors cannot be established in this study because of its cross-sectional design. However, the main strengths of the ENFAMS survey were its sampling design, which guaranteed its representativeness, its multilingualism, which made it possible – for the first time in France – to collect data from non-French-speaking homeless women, the large set of data collected and the use of a conceptual model to help in the modelling strategy.

Our results argue for a more systematic proposal and performance of CCS in primary care. Indeed, 82% of the women in the target age range had visited a physician at least once during the previous year, and yet, 53% of them were still never-screeners, not to mention, once again, the fact that a third of the women with an RGF were never-screeners as well. This means that there had been many lost opportunities during these women's primary care visits and it indicates the failure of the primary healthcare system to offer proper medical preventive care to the homeless women population. As homeless women are regularly relocated from shelter to shelter (depending on the facilities' availability and homeless flow management in a chronically under-resourced region), primary care professionals must be more informed and aware that every contact with health services should be an opportunity to check their screening status and to ensure that those due for one actually have a Pap test.

Of course, providing a Pap test is not the end of the story. Many studies have documented that low-income women do not understand the results and consequently do not obtain the necessary follow-up and treatment for their abnormal Pap test (Engelstad *et al.*, 2001; Quinlivan *et al.*, 2004; Coker *et al.*, 2006). However, to our knowledge, none of those studies specifically considered homeless women. Further studies on the linkage to care among homeless women with detected abnormalities are needed to ensure that they enjoy equal access to care, even in countries like France, where financial barriers are not an issue (at least theoretically) in cancer healthcare.

Acknowledgements

The ENFAMS survey received financial support from the Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS), Cancéropôle Ile-de-France, Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Fondation de France, Fondation Macif, Fondation Sanofi Espoir, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de recherche en santé publique (IRESP), Institut de veille sanitaire (InVS), Ministère de l'Intérieur, Procter et Gamble, State Street, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) and material support from HemoCueT. The authors thank all the families involved in this study. Finally, our thanks are due to Mark Wickens for the English editing and revision of the manuscript.

Conflicts of interest

There are no conflicts of interest.

References

- Aday LA, Andersen R (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 9:208–220.
- Akers AY, Newmann SJ, Smith JS (2007). Factors underlying disparities in cervical cancer incidence, screening, and treatment in the United States. *Curr Probl Cancer* 31:157–181.
- Beijer U, Wolf A, Fazel S (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 12:859–870.
- Bharell M, Casey C, Wittenberg E (2009). Disparities in cancer screening: acceptance of Pap smears among homeless women. *J Womens Health (Larchmt)* 18:2011–2016.
- Boxwala FI, Bridgemohan A, Griffith DM, Soliman AS (2010). Factors associated with breast cancer screening in Asian Indian women in metro-Detroit. *J Immigr Minor Health* 12:534–543.
- Brousse C (2006). Enquête sans domicile 2001, 1ère partie: Définition de la population sans-domicile et choix de ma méthode d'enquête. Insee-Méthodes n°116.
- Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B (2005). Féminité, accès aux soins, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Rapport à la Direction Générale de la Santé, Observatoire du Samusocial de Paris, 106 pp.
- Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J, et al. (2002). Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 11:431–438.
- Coker AL, Bond SM, Pirisi LA (2006). Life stressors are an important reason for women discontinuing follow-up care for cervical neoplasia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 15:321–325.
- Engelstad LP, Stewart SL, Nguyen BH, Bedeian KL, Rubin MM, Pasick RJ, Hiatt RA (2001). Abnormal Pap smear follow-up in a high-risk population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 10:1015–1020.
- Fédération des Gynécologue et Obstétriciens de Langue Française (1990). Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre. Recommandations. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 19:1–16.
- Gelberg L, Andersen RM, Leake BD (2000). The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res* 34:1273–1302.
- Grillo F, Vallée J, Chauvin P (2012). Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med* 54:259–265.
- Guyavarch E, Le Méner E (2010). A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Mag Feansea (Automne)* 19–21.
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2010). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France – Argumentaire. HAS.
- Hogenmiller JR, Atwood JR, Lindsey AM, Johnson DR, Hertzog M, Scott JC Jr (2007). Self-efficacy scale for Pap smear screening participation in sheltered women. *Nurs Res* 56:369–377.
- Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE (2005). Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med* 29:311–319.
- Kessler RC, Üstün TB (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CID). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:93–121.
- Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA* 285:200–206.
- Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L (2003). Health care for homeless women. *J Gen Intern Med* 18:921–928.
- Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. (2005). Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *J Natl Cancer Inst* 97:675–683.
- Long HL, Tulsy JP, Chambers DB, Alpers LS, Robertson MJ, Moss AR, Chesney MA (1998). Cancer screening in homeless women: attitudes and behaviors. *J Health Care Poor Underserved* 9:276–292.
- Mathew A, George PS (2009). Trends in incidence and mortality rates of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix – worldwide. *Asian Pac J Cancer Prev* 10:645–650.
- Médecins du Monde (2013). Enquête "Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France." Médecins du Monde.
- Nyamathi AM, Leake B, Gelberg L (2000). Sheltered versus nonsheltered homeless women: differences in health, behavior, victimization, and utilization of care. *J Gen Intern Med* 15:565–572.
- Quinlivan JA, Petersen RW, Davy M, Evans SF (2004). Abnormal Pap smears in teenage mothers and the association with domestic violence, homelessness, and Chlamydia. *J Low Genit Tract Dis* 8:112–117.
- Radimer KL, Radimer KL (2002). Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. *Public Health Nutr* 5 (6A):859–864.
- Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P (2014). Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PLoS One* 9:e87046.
- Stein JA, Andersen R, Gelberg L (2007). Applying the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations to health services utilization in homeless women. *J Health Psychol* 12:791–804.
- Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, Gelberg L (2010). Health and health care disparities among homeless women. *Women Health* 50:719–736.
- Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, Franceschi S, Bray F (2013). Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors. *Eur J Cancer* 49:3262–3273.
- Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P (2010). The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). *Health Place* 16:838–852.
- Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchain N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. (2015). Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health* [Epub ahead of print].
- Weinreb L, Goldberg R, Perloff J (1998). Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers. *J Gen Intern Med* 13:389–397.
- Weinreb L, Goldberg R, Lessard D (2002). Pap smear testing among homeless and very low-income housed mothers. *J Health Care Poor Underserved* 13:141–150.
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M (2013). L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Première n°1455.

1 Unmet health care needs in homeless women in the Greater 2 Paris area, in France

3
4 Cécile Vuillermoz^{1*}, Stéphanie Vandentorren^{1,2}, Ruben Brondeel³, Pierre Chauvin¹

5
6 ¹ Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de
7 Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), Department of Social Epidemiology, 75012, Paris, France

8
9 ² Direction des régions, Santé publique France, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint Maurice Cedex,
10 France

11
12 ³ Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de
13 Santé Publique (IPLESP UMRS 1136), Nemesis team, 75012, Paris, France

14
15 * Corresponding author

16 E-mail: cecile.vuillermoz@inserm.fr

17
18 Short title: Unmet health care needs in homeless women

19 Abstract

20 **Background.** Despite their poor health status, homeless women encounter many barriers to care.
21 The objectives of our study were to estimate the prevalence of unmet health care needs in homeless
22 women and to analyse associated relationships with the following factors: financial and spatial access
23 to care, housing history, migration status, health care utilisation, victimization history, caring for
24 children, social network and self-perceived health status.

25 **Methods.** We used data from 656 homeless women interviewed during the ENFAMS representative
26 survey of sheltered homeless families, conducted in the Paris region in 2013. Structural equation
27 models (SEM) were used to estimate the impact of various factors on homeless women's unmet
28 health care needs.

29 **Results.** Among those interviewed, 25.1% (_{95%}CI[21.3-29.0]) had at least one unmet health care need
30 over the previous year. Most had given up on visiting general practitioners and medical specialists.
31 No association with factors related to financial access or to health insurance status was found.
32 However, food insecurity, poor spatial health access and poor self-perceived health were associated
33 with unmet health care needs. Self-perceived health appeared to be affected by victimization and
34 depression.

35 **Discussion.** The lower prevalence of unmet health care needs in homeless women compared with
36 women in stable housing situations suggests that homeless women have lower needs perceptions
37 and/or lower expectations of the healthcare system. This hypothesis is supported by the results from
38 SEM. Strategies to provide better access to care for this population should not only focus on financial
39 interventions but also more broadly on spatial healthcare access, cultural norms, and perceptions of
40 health. Reducing their unmet needs and improving their access to health care and prevention must
41 include an improvement in their living, financial and housing conditions.

42 Introduction

43 The homeless population in Europe has continued to increase in the past 10 years. It is mainly
44 composed of migrants, young people, women, and families [1]. Homelessness increased by 50% in
45 France between 2001 and 2012, reaching an estimated 141,500 people [2]. With a 300% increase in
46 the number of homeless families using accommodation services, families represented the fastest
47 growing segment in the homeless population in the greater Paris area from 1999 to 2011 [3,4]. Since
48 these families were mainly composed of single mothers with children, women became a significantly
49 larger subpopulation within the homeless population [5].

50 Previous studies on health and on access to health care in the homeless women population, mainly
51 conducted in North America, revealed that individuals' physical and mental health status was a major
52 cause of concern [6]. Homeless people, in particular young people and women, have a higher risk of
53 dying prematurely than the general population [1]. In particular, they are more likely to have mental
54 diseases, chronic diseases, sexually transmitted infections and gynaecological problems [7].

55 Homeless women encounter many barriers to care. In the US, some studies have suggested that poor
56 resources and a lack of health insurance are the main barriers to accessing homeless healthcare [8,9].
57 Other studies have shown that homeless people with health insurance face substantial non-financial
58 barriers such as competing needs, a small social network, housing instability (due to frequent moves
59 from one shelter to another), a lack of knowledge about places providing care, a lack of
60 transportation and/or low daily mobility, long health care waiting times, and perceived
61 discrimination [10–19]. Moreover, compared with homeless men, women face an additional
62 problem: services targeting the homeless population have mainly been designed for men and may
63 not be suited to women's needs [13]. In France, a context where US results may be not transferable,
64 very few recent studies have been conducted examining health care utilization by homeless women
65 [20]. Nonetheless, they confirm that this population suffers from poor physical and mental health.
66 However these studies did not document homeless women's unmet health care needs.

67 Healthcare utilization is usually evaluated by the number of times a person utilizes the healthcare
68 system, in particular the number of consultations with general practitioners, specialists and other
69 healthcare services (emergency units, dental care, glasses/contact lenses). The measure of unmet
70 health care needs is used as an indicator of non-access to health care in many European and
71 American surveys [21]. An unmet need is a situation where an individual wants to use health care
72 services but is faced with constraints related to health care accessibility. In France, this indicator is
73 regularly monitored in the general population and its time trend is used as an indicator for public
74 policy makers, e.g. for the annual vote of the Social Security Financing Act by the Parliament [22].

75 The objectives of our study were to estimate the prevalence of unmet health care needs in homeless
76 women and to describe associated relationships with a set of individual characteristics selected from
77 the scientific literature.

78

79 **Materials and Methods**

80 **Study sample**

81 This study was based on data collected during ENFAMS, the first survey in France to focus on
82 homeless families [23]. It included adults who were accompanied by at least one child under 13
83 years old, sheltered in social hotels, emergency centres, centres for asylum-seekers and long-term
84 rehabilitation centres. The sampling design included three levels of random sampling: shelters,
85 families (either the single parent or one of the two parents was interviewed: in 95.4% of the cases
86 this was the mother), and one child from every family. The final sample consisted of 801 families
87 interviewed face-to-face, with the survey questionnaire administered in seventeen languages by a
88 team of bilingual (French/other language) interviewers. Data were collected on demographics,
89 socioeconomic status, living conditions, health conditions and health service utilisation. Among the
90 total number of women interviewed (N=764), we excluded those who did not answer the question
91 about unmet health care needs (N=3, 0.39%) and those who arrived in France during the previous
92 year (N=105, 13.8%). Accordingly, our study sample comprised 656 homeless women.

93

94 **Hypothesized measurement model**

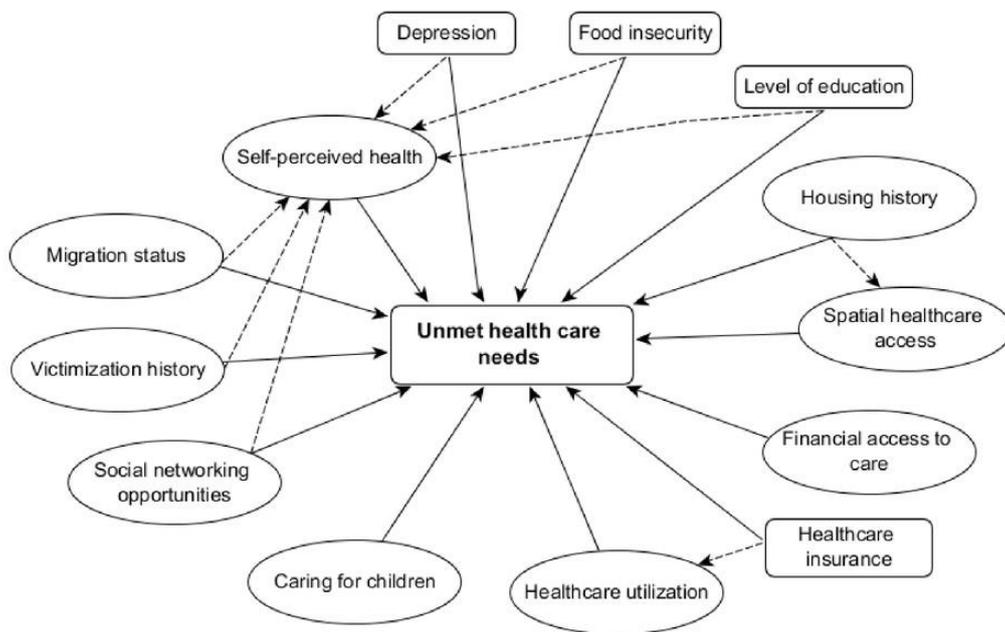
95 Quantitative studies on factors associated with healthcare utilization usually use classic regression
96 methods. However, as we wished to study the complex relationships between unmet health care
97 needs and various associated factors found in previous studies, we deemed this approach
98 inappropriate (due to difficulties establishing links between two or more concepts in a theoretical
99 model). We felt that Structural Equation Models (SEM) [24,25] were more suited. Concepts (latent
100 variables) not directly observable but constructed with observed variables (so-called 'indicators')
101 could be taken into account, and the validity and reliability of these concepts could be tested [26,27].
102 We constructed a model based on a hypothesis-driven approach, as found in the literature. Given
103 that unmet health care needs are based on individuals' subjective needs, people must be able (i) to
104 interpret their symptoms (and/or their perceived health status) as a matter for medical intervention,
105 for which the use of a health care service may be useful; and (ii) to perceive this service as
106 inaccessible for one reason or another. The following respective hypotheses were tested in our
107 model (see Fig 1):

- 108 (i) Perceived health status and/or interpretation of symptoms vary from one person to another
109 [15], according to their health norms [28], their history of adverse life events [19,29,30], their
110 mental health [19,31], their history of homelessness [32], their social network [33], their
111 health literacy [34,35], and their past experiences and present expectations regarding
112 sickness and care [13,34]. Therefore, we investigated the relationship between unmet health
113 care needs and six constructed concepts: housing history, migration status, victimization
114 history, social networking opportunities, health care utilisation (which we supposed was
115 impacted by health insurance status), and perceived health.
- 116 (ii) Individuals must perceive this service as inaccessible because of financial and/or non-
117 financial barriers, that is to say, not only lack of financial resources and lack of health
118 insurance [8,15,17,19], but also transport, distance from the shelter to health care location,

119 time needed, availability of services, cost, and competition between needs (food, clothing,
 120 children care) [10,14–16,18,36]. We investigated a series of relationships between unmet
 121 health care needs and a) three constructed concepts: financial access to care, spatial health
 122 care access (which we supposed was impacted by housing history) and children care, and b)
 123 three observed variables: level of education, health insurance status, and food insecurity
 124 status.

125 Since perceived health is also a subjective concept, we hypothesised its relationship with migration
 126 status, victimization history, social networking opportunities, food insecurity and level of education
 127 [15,37]. Therefore, the potential impact of these 5 dimensions on unmet health care needs was
 128 tested both directly and indirectly, through perceived health.

129 **Fig 1. Hypothesized model of relationships between latent constructs of the unmet health**
 130 **care needs of homeless women and their characteristics.** Ellipses: latent variables; boxes:
 131 observed variables.
 132



133
 134
 135

136 Variables used

137 Outcome

138 The following question was used to examine unmet healthcare needs: “In the last 12 months, have
 139 you given up visiting general practitioners or given up other medical care for any reason?”

140 Latent variables

141 Financial access to care was constructed from three indicators: (i) being unemployed (yes/no); (ii)
 142 having a monthly household income below the median value in the study population (*i.e.* 211 €/CU –
 143 where CU are consumption units counted as follows: the first adult of the household counts for 1 CU;
 144 other persons aged 14 and over 0.5 CU; children under 14 0.3 CU) (reply: yes/no); (iii) not having

145 received social benefits during the previous year (including unemployment benefit, minimum income
146 benefit, adult disability allowance, family allowances including all types of financial assistance to the
147 poor, to the unemployed, to the disabled, to asylum-seekers and to parents etc.) (yes/no).

148 Migration status was constructed from four indicators: (i) being born in France or not, (ii) the time
149 lived/spent in France (less or more than a quarter of one's life), (iii) having difficulties with the French
150 language (yes/no), and (iv) residence status at the time of the survey (legally resident or
151 undocumented).

152 Housing history was constructed from three variables: (i) the duration of homelessness (more or less
153 than 24 months), (ii) the number of moves per year since the first episode of homelessness (more or
154 less than 4 moves per year), (iii) the duration spent in the current shelter (more or less than one
155 year).

156 Spatial healthcare access was constructed from three indicators: (i) having difficulties using public
157 transportation (yes/no); (ii) satisfaction with public transportation availability, and (iii) satisfaction
158 with the supply of healthcare providers in neighbourhood where the shelter was located (both (ii)
159 and (iii) had 4 possible answers to indicate satisfaction level – totally agree, somewhat agree,
160 somewhat disagree, totally disagree).

161 Healthcare utilisation was constructed from three indicators: (i) not having consulted a physician
162 during the previous year (yes/no), (ii) not having a regular gynaecological follow-up (yes/no), (iii)
163 never screened for cervical cancer during lifetime (yes/no).

164 Self-perceived health was constructed from three indicators: current general health, current physical
165 health, and current mental health (each indicator had 5 possible answers: very good, good, average,
166 poor, and very poor).

167 Victimization history was constructed from three indicators based on experiencing the following at
168 least once during one's lifetime: (i) a violent event (yes/no), (ii) a physical or sexual assault (yes/no)
169 and (iii) an episode of post-traumatic stress disorder (PTSD) according to the MINI (Mini-International
170 Neuropsychiatric Interview) (yes/no) [38].

171 Social networking opportunities were constructed from three variables: (i) not having been invited to
172 a party or a family celebration during the previous year (yes/no), (ii) not participating in cultural
173 activities (yes/no), and (iii) not going to cafés or restaurants (yes/no).

174 Caring for children was constructed from four indicators: (i) having at least one child who did not go
175 to school (yes/no), (ii) having at least one child who did not lunch in the school cafeteria (yes/no),
176 (iii) having at least one young child (<3 years old) (yes/no), and (iv) living with at least 3 children
177 (yes/no).

178 **Other indicators**

179 We analysed four additional indicators which were directly measured in our dataset: (i) level of
180 education (none, primary, secondary or tertiary), (ii) social health insurance (yes/no), (iii) symptoms
181 of depression, and (iv) official food insecurity status (yes/no). Symptoms of depression were assessed
182 by the CIDI (Composite International Diagnostic Interview) questionnaire [39]. Food insecurity status
183 was assessed using the French version of the Household Food Security Module questionnaire [40,41].
184

185 **Statistical analyses**

186 All prevalences and proportions were inversely weighted to each participant's inclusion probability in
187 accordance with the sampling design [23]. Comparisons between proportions were performed using
188 chi-square tests with a p-threshold < 0.05.

189 First, we analysed the weighted correlation matrix of observed variables from each latent construct.
190 Second, we performed a scree-plot to check the mono-dimensionality of each latent construct. A
191 scree-plot displays the eigenvalues associated with a component or factor in descending order versus
192 the number of the component or factor. The point where the slope of the curve clearly levels off
193 indicates the number of factors that should be generated.
194 Third, we estimated measurement models using confirmatory factor analysis (CFA) and finally, tested
195 a structural equation model. The model was assessed with the weighted least squares with mean and
196 variance adjustment (WLSMV) estimator, which is used when models include categorical variables.
197 All estimates were weighted. The coefficients were standardised and ranged from -1 (negative
198 association) to 1 (positive association). The goodness-of-fit of the model was analysed by three
199 evaluation indices: the comparative fit index (CFI), (≥ 0.90) and the Root Mean Square Error of
200 Approximation (RMSEA) (< 0.08).
201 All analyses were conducted using R software (version 3.2.0), with the "lavaan.survey" packages for
202 estimation of SEM.
203

204 **Results**

205 **Population characteristics**

206 Women were 33 years old on average (range: 19-57), 92.7% were born outside France (65.6% in sub-
 207 Saharan Africa), 85.1% had at least secondary level education (Table 1). One-third were single. On
 208 average, they had two children living with them. Only 20.9% were employed. Their mean monthly
 209 household income was 319 €/CU, and 94.2% were living below the poverty line. On average, they
 210 had been homeless for approximately 3 years (range: 0-19) and moved between shelters, temporary
 211 housing, friends' houses, and the street three times a year (range: 0-24).

212 **Table 1. Characteristics of homeless women* interviewed in the ENFAMS survey in the Greater**
 213 **Paris Area, France, 2013**

Characteristics	Frequency	
	%	95%[CI]
Age		
Mean(years)	32.6	[32.0 - 33.2]
Range		19-57
Birthplace		
France	7.3	[4.9 - 9.7]
Outside of France	92.7	[90.3 - 95.1]
Level of education		
Tertiary	14.8	[11.7 - 18]
Secondary	63.2	[58.7 - 67.7]
Primary	11.6	[8.8 - 14.5]
None	10.3	[7.3 - 13.3]
Employment		
Employed	20.4	[16.5 - 24.2]
Unemployed or student	79.6	[75.8 - 83.5]
Income		
Below poverty line (<908€/cu)	94.2	[91.9 - 96.6]
Above poverty line (≥908€/cu)	5.8	[3.4 - 8.1]
Couple status		
Living in a couple	64.8	[59.8 - 69.8]
Not living in a couple	35.2	[30.2 - 40.2]
Duration of homelessness		
Mean (years)	3.2	[2.9 - 3.5]
Range		0-19
Number of children		
Mean	1.9	[1.8 - 2.0]
Range		1-9
Number of moves per year		
Mean	2.5	[2.1 - 2.9]
Range		0-24

214 * Women who arrived in France at least one year before the ENFAMS study

215 **Description of unmet health care needs**

216 Of the 656 women in the study sample, 25.1% [21.3-29.0] declared to have at least one unmet health
 217 care need over the previous year for: financial reasons (57.7%), because they did not have time
 218 (18.9%) to go for care, because the care centre was too far away (6.8%), or because they preferred to
 219 wait for the condition to go away spontaneously (5.9%) (Table 2). The unmet health care needs
 220 reported were: consultations with a specialist (45.0%), dental care (42.3%) and consultations with a
 221 general practitioner (30.2%). Other unmet healthcare needs concerned: (glasses and contact lenses)
 222 (17.0%), laboratory and imaging tests and analyses (10.2%), prescription of drugs (1.2%) and physical
 223 therapy (3.2%).

224 **Table 2. Reasons and types of unmet health care needs of homeless women*, in the ENFAMS**
 225 **survey in the Greater Paris area, France, 2013**

	Frequency	
	%	95%[CI]
Reasons		
Financial	57.7	[49.0 - 66.4]
More pressing concerns or not enough time	18.9	[11.7 - 26.1]
Distance from healthcare centre	6.8	[3.0 - 10.7]
She preferred to wait for things to improve on their own	5.9	[0 - 12.3]
Afraid of going for a medical consultation	3.5	[0.5 - 6.4]
Tired because of pregnancy	3.3	[0.6 - 6.0]
Did not like doctors or medicine	3.1	[0.5 - 5.7]
Too difficult or did not know where to go	1.6	[0.2 - 3.0]
Long waiting times	<1.0	
Hard to make oneself understood in French	<1.0	
Types		
Consultations with, visits to, or treatment by a medical specialist	45.0	[36.1 - 53.9]
Consultations with, visits to, or treatment by a general practitioner	30.2	[21.4 - 38.9]
Dental prostheses or care	42.3	[33.6 - 50.9]
Glasses and contact lenses	17.0	[10.9 - 23.2]
Lab tests, imaging	10.2	[4.2-16.3]
Physical therapy or rehabilitation sessions	3.2	[0.9 - 5.6]
Prescription of drugs	1.2	[0.1 - 2.3]
Other	6.8	[2.1 - 11.4]

226 * Women who arrived in France at least one year before the ENFAMS study

227 **Validation of latent constructs**

228 The weighted correlations between the observed variables of each latent construct ranged from 0.2
 229 to 0.7 (details given in supporting information, S1 Table), except for indicators of the "caring for
 230 children" latent variable and for the indicator "administrative status" of the latent variable
 231 "migration status", which was not retained for the following analysis. All scree-plots checking the
 232 mono-dimensionality of each latent variable were satisfactory: all curves levelled off above 1, which
 233 indicated that each latent construct was unidimensional (details given in supporting information, S1

234 Fig). For the scree-plot that included all observed variables in the measurement model, 8 factors
235 were above 1, suggesting 8 dimensions (data not shown).

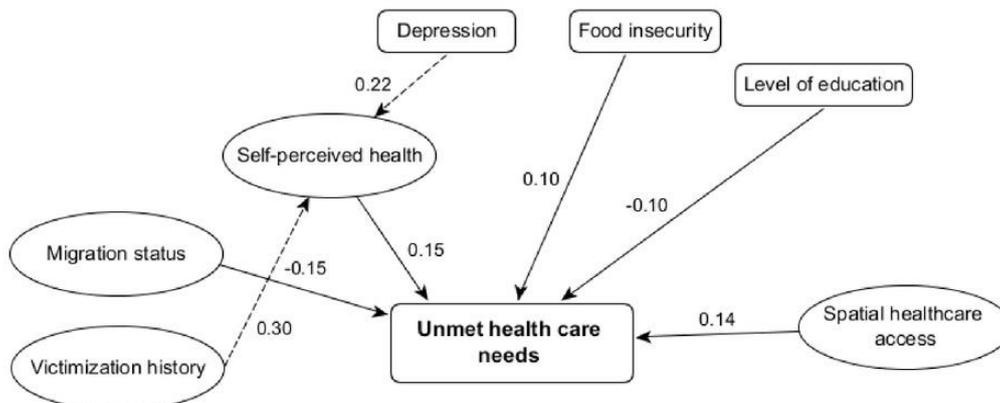
236 Measurement models

237 The first-order confirmatory factor analysis was estimated with 8 latent variables in the hypothesized
238 model. This model provided a close fit to the data: CFI = 0.853 and RMSEA = 0.046 (CI_{95%}[0.042-
239 0.050]), permitting us to not reject the dimensional structure proposed. All factor loadings between
240 each latent variable and its indicators were statistically significant at the 0.05 level, (data are not
241 shown).

242 Final Model

243 For the final model (Fig 2), CFI=0.856 and RMSEA=0.066 (CI_{95%}[0.059-0.072]), suggesting an
244 acceptable fit. In the final model, we observed that only two factors had a significant impact on self-
245 perceived health: victimization ($\beta_{sd}=0.30$ CI_{95%}[0.18-0.41]) and depression ($\beta_{sd}=0.22$ CI_{95%}[0.10-0.34]).
246 The level of education and the migration status did not have any impact on perceived health but had
247 a direct and significant impact on unmet health care needs ($\beta_{sd}=-0.10$ CI_{95%}[-0.17- -0.03] and $\beta_{sd}=-0.15$
248 CI_{95%}[-0.26- -0.04], respectively). Perceived health ($\beta_{sd}=0.15$ CI_{95%}[0.05-0.26]), food insecurity
249 ($\beta_{sd}=0.10$ CI_{95%}[0.01-0.19]), and spatial health care access ($\beta_{sd}=0.14$ CI_{95%}[0.02-0.26]) also had a
250 significant and direct impact on unmet health care needs.

251 **Fig 2. Final model of relationships between latent constructs of the unmet needs of**
252 **homeless women and their characteristics.** Ellipses: latent variables; boxes: observed variables.
253 All coefficients have p values<0.05. Robust indices: CFI=0.856 and RMSEA=0.066 (CI_{95%}[0.059-
254 0.072])
255



256

257 **Discussion**

258 Our study used data from the first survey performed in a representative sample of homeless families
259 in France. A large set of data was collected in 17 different languages. Our results provide the first
260 ever estimates of unmet health care needs in homeless women in France.

261 **Prevalence of unmet health care needs**

262 The prevalence of unmet health care needs in homeless women was slightly lower than the 32.3%
263 estimated in the general population in the same area in 2010 [42]. This may seem counterintuitive,
264 given the difficult living conditions of homeless women. Three possible explanations can be put
265 forward for this. First, homeless women may have lower needs perceptions for health, precisely
266 because of their harsh living conditions, or to put it another way, other basic needs, such as food and
267 housing, may compete with their health needs [10,11,43]. Second, they may have lower expectations
268 of the French healthcare system due to poor health literacy. Indeed, many of them may have been
269 not very knowledgeable about the system, because of language barriers or because they were recent
270 arrivals to France. Third, previous research has shown that homeless people generally tend to
271 underreport health issues, to more often pay no attention to worrying symptoms, and to delay going
272 to health care services [44]. It must be pointed out however that this fact has been more frequently
273 reported in men.

274 Finally, our survey population concerned homeless women living in shelters, and excluded those
275 living on the street. Since some studies have shown that the use of health care services is influenced
276 by the type of homelessness which people experience, with people who sleep rough having the
277 worst access to care [32], it is possible that we underestimated the prevalence of unmet needs in the
278 total population of homeless women. The precise number of women living in the streets is not
279 known. Although they are becoming increasingly visible in some public spaces in the city of Paris,
280 they remain extremely rare in the Greater Paris area, when compared with the number of those
281 living in shelters (in 2013, the number of sheltered women was: 10 280_{95%CI}[9507-11053]).
282

283 **Dimensions with a direct effect on unmet health care needs**

284 Many of the determinants of unmet health needs which we hypothesized were confirmed by our
285 analysis. We observed a direct effect of women's migration status (a latent variable constructed with
286 4 characteristics: being born outside France, having spent less than a quarter of one's life in France,
287 having difficulties with the French language, and being undocumented), level of education (women
288 with a lower educational level reported fewer unmet health care needs than the others) and food
289 insecurity status (women with this status had higher unmet health care needs).

290 As we mentioned above, migrant women may have fewer unmet needs – independently of their
291 level of education, and independently of perceived health – because of a lack of knowledge of the
292 French health care system, and/or because they have low expectations of medicine or medical care,
293 particularly if they emigrated from countries with an underdeveloped or underfunded health care
294 system. We need to underline here that we did not observe any significant impact –positive or
295 negative - of migration status on perceived health. This is perhaps because the impact is positive in
296 some migrants (who may have better perceived health, due to the “healthy migrant effect” [45]
297 suggested by theories of selective migration) and negative in others (poor perceived health being

298 brought on by their living conditions in their new country, also called the “exhausted migrant effect”
299 by some authors [46]).

300 With respect to the level of education, a similar association was observed in different studies on
301 unmet health care needs in the French general population [34] and was generally attributed to poor
302 health literacy [35], lack of knowledge of the health care system and social rights, and lower
303 expectations of health care services [34]. With regard to the direct impact of food insecurity, our
304 competitive hypothesis between basic needs would seem valid: individuals experiencing food
305 insufficiency assign lower priority to health care in favor of other basic needs, e.g. housing and food
306 [10,18,47].

307 Traditional financial barriers (resources and health insurance) were not associated with unmet health
308 care needs in our study. Some studies have highlighted that insurance coverage was not sufficient to
309 ensure that the health care needs of the homeless are met [13,48]. The absence of any link may be
310 due to two reasons: first, a lack of heterogeneity in the financial situation of the surveyed population
311 (all women were sheltered and their financial characteristics were similar, with a majority of them
312 being unemployed and living below the poverty line [23]). Second, the French welfare system
313 provides specific social health insurance to the poor and/or the undocumented and this may explain
314 why only 12.9% of participants were uninsured at the time of their interview (theoretically, the next
315 time they used a health care service, they would automatically be entitled to social health insurance).
316 As observed in previous studies on homeless people [13,19,31], spatial access to healthcare had an
317 impact on unmet health care needs. Our hypothesis that housing instability and frequent moves from
318 one shelter to another may impact this spatial access was not verified. Here too, this may be because
319 of existing opposing relationships: for some women, frequent moves may help to provide a better
320 understanding of the spatial and transportation resources of the Greater Paris area, for others
321 frequent moves contribute to their isolation in unknown environments.

322 Similarly, the absence of any impact of having children on unmet health care needs may be the result
323 of two opposing phenomena. Some studies have indicated that having children may increase
324 mothers’ unmet health care needs because they have no one to take care of their children during
325 their absence [13,19], while other studies have shown that having children led to improved access to
326 health care (compared with homeless women without children), specifically child health care
327 services.

328 In contrast to the French general population [33], social opportunities networking was not associated
329 with a declaration of unmet health care needs in this study. We assume that the absence of any
330 significant link here may be due to two reasons. First, there was a lack of heterogeneity of social
331 characteristics: almost all of the women interviewed were socially isolated. In fact, we realized *a*
332 *posteriori* that some of the questions about social support used in the ENFAMS survey, which had
333 been previously tested on the general population in the SIRS survey, were not adapted to the
334 homeless population which is by definition socially isolated. Second, we can also assume that the
335 homeless women studied do not have a strong or supportive social network (low social influence)
336 because it is constituted by other isolated women like them.

337

338 **Dimensions with an indirect effect on unmet health care needs**
339 **through perceived health**

340 Our study suggests that victimization and depression affected perceived health. This result is in line
341 with those from previous studies [29,30,48,49]. Victims of crime are more limited in physical
342 functioning and have a poorer perception of their physical health [50]. In addition, Tan *et al.* showed
343 that women and people from ethnic minority backgrounds (which is similar to our context), tend to
344 suffer disproportionately more from ill-health and may be more vulnerable to victimization. Some
345 studies have also shown that experiencing violent crime was significantly linked to the need to seek
346 medical treatment (hospital visits, medication, visiting a doctor) because of poorer self-perceived
347 health [51]. This may explain the indirect effect (i.e. through perceived health) between victimization
348 and unmet health care needs.

349

350 **Limitations**

351 Our study had some limitations. First, unmet health care needs and characteristics of homeless
352 women were self-reported. However, Hwang *et al.* indicated that adults experiencing homelessness
353 are quite accurate reporters of their use of health care [52]. Second, we did not collect any
354 information about study participants' knowledge and attitudes regarding medicine, health
355 professionals and the health care system, to investigate whether these factors were associated with
356 declarations of unmet health care needs [13].

357 **Conclusions**

358 This study was the first of its kind to examine the relationships between various social and health
359 characteristics and unmet health care needs of homeless women in France. In the French context,
360 where health insurance coverage and welfare assistance is almost universal, no association was
361 found for traditional factors associated with unmet health care needs found in the literature - such as
362 income and health insurance status. This demonstrates that strategies to provide better access to
363 care for this population should not be only financially-based, but should tackle issues of spatial
364 healthcare access, cultural norms, and perceptions of health. To improve the characterization of the
365 factors for unmet health care needs in this population, further analysis is needed of the individual
366 types of need (prevention, dental care, specialists, etc.) and associated reasons (cost, lack of time,
367 lack of knowledge about health services offer, etc.). Furthermore, qualitative studies on women's
368 attitudes and knowledge toward health and the health care system would be of great use, in order to
369 interpret and better disentangle the complex associations and pathways explored in our analysis.

370

371 References

- 372 1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive
373 epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384: 1529–
374 1540. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6
- 375 2. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en
376 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Prem*. 2013;
- 377 3. Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. *Inf Soc*.
378 2014; 142–149.
- 379 4. Guyavarch E, Le Méner E. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Mag Feansea*.
380 2010;(Automne): 19–21.
- 381 5. Méner EL, Guyavarch E. Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à
382 découvrir. *Polit Soc Fam*. 2014;115: 80–86. doi:10.3406/caf.2014.2971
- 383 6. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to Improve the Health of the
384 Homeless: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2005;29: 311–311.e75.
385 doi:10.1016/j.amepre.2005.06.017
- 386 7. Beijer U, Andréasson A, Agren G, Fugelstad A. Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-
387 up of 82 homeless men in Stockholm. *Nord J Psychiatry*. 2007;61: 363–368.
388 doi:10.1080/08039480701644637
- 389 8. Winetrobe H, Rice E, Rhoades H, Milburn N. Health insurance coverage and healthcare utilization among
390 homeless young adults in Venice, CA. *J Public Health Oxf Engl*. 2016;38: 147–155.
391 doi:10.1093/pubmed/fdv001
- 392 9. Hoshide RR, Manog JD, Noh T, Omori J. Barriers to healthcare of homeless residents of three Honolulu
393 shelters. *Hawaii Med J*. 2011;70: 214–216.
- 394 10. Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical care among
395 homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health*. 1997;87: 217–220.
- 396 11. Kinzel D. Self-identified health concerns of two homeless groups. *West J Nurs Res*. 1991;13: 181–190;
397 discussion 191–194.
- 398 12. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons.
399 *JAMA*. 2001;285: 200–206.
- 400 13. Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. *J Gen Intern Med*. 2003;18: 921–
401 928.
- 402 14. Lim YW, Andersen R, Leake B, Cunningham W, Gelberg L. How accessible is medical care for homeless
403 women? *Med Care*. 2002;40: 510–520.
- 404 15. Wojtusik L, White MC. Health status, needs, and health care barriers among the homeless. *J Health Care*
405 *Poor Underserved*. 1998;9: 140–152.
- 406 16. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a
407 national study. *Am J Public Health*. 2010;100: 1326–1333. doi:10.2105/AJPH.2009.180109
- 408 17. Robertson MJ, Cousineau MR. Health status and access to health services among the urban homeless.
409 *Am J Public Health*. 1986;76: 561–563.
- 410 18. Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless
411 adults in Los Angeles. *Med Care*. 1997;35: 814–830.
- 412 19. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal health insurance and
413 health care access for homeless persons. *Am J Public Health*. 2010;100: 1454–1461.
414 doi:10.2105/AJPH.2009.182022
- 415 20. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bull Epidémiol*
416 *Hebd*. 2015;70: 662.

- 417 21. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada:
418 what are the equity implications? *Soc Sci Med* 1982. 2010;70: 465–472.
419 doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.027
- 420 22. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review.
421 *Health Syst Transit*. 2015;17: 1–218, xvii.
- 422 23. Vandentorren S, Méner EL, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health
423 of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health*. 2016;26:
424 71–76. doi:10.1093/eurpub/ckv187
- 425 24. Amorim LDAF, Fiaccone RL, Santos CAST, Santos TN dos, Moraes LTLP de, Oliveira NF, et al. Structural
426 equation modeling in epidemiology. *Cad Saúde Pública*. 2010;26: 2251–2262.
- 427 25. Beran TN, Violato C. Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Res Notes*. 2010;3:
428 267. doi:10.1186/1756-0500-3-267
- 429 26. Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-
430 step approach. *Psychol Bull*. 1988;103: 411–423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- 431 27. McDonald RP, Ho M-HR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychol*
432 *Methods*. 2002;7: 64–82.
- 433 28. Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, et al. Health and health care
434 disparities among homeless women. *Women Health*. 2010;50: 719–736.
435 doi:10.1080/03630242.2010.532754
- 436 29. Bassuk EL, Melnick S, Browne A. Responding to the needs of low-income and homeless women who are
437 survivors of family violence. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 1998;53: 57–64.
- 438 30. Wenzel SL, Leake BD, Gelberg L. Health of homeless women with recent experience of rape. *J Gen Intern*
439 *Med*. 2000;15: 265–268.
- 440 31. Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, McCandless LC, Somers JM. Examining the relationship
441 between health-related need and the receipt of care by participants experiencing homelessness and
442 mental illness. *BMC Health Serv Res*. 2014;14: 404. doi:10.1186/1472-6963-14-404
- 443 32. Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, Mathie H, Holland R. Factors associated with access to care and
444 healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health*. 2016; fdw008.
445 doi:10.1093/pubmed/fdw008
- 446 33. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Original approach to the individual characteristics associated with forgone
447 healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003. *Eur J Public Health*.
448 2005;15: 361–367. doi:10.1093/eurpub/cki096
- 449 34. Campbell DJT, O’Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among
450 Calgary’s homeless populations. *BMC Fam Pract*. 2015;16: 139. doi:10.1186/s12875-015-0361-3
- 451 35. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an
452 updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155: 97–107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-
453 201107190-00005
- 454 36. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons.
455 *JAMA J Am Med Assoc*. 2001;285: 200–206.
- 456 37. Anthony JS, Barry DG. Perceptions of health status among women and men in an urban homeless
457 population. *J Natl Black Nurses Assoc JNBNA*. 2009;20: 36–41.
- 458 38. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International
459 Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic
460 psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20: 22–33;quiz 34–57.
- 461 39. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health
462 Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*.
463 2004;13: 93–121.
- 464 40. Radimer KL, Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised
465 countries. *Public Health Nutr*. 2002;5: 859–864. doi:10.1079/PHN2002385

- 466 41. Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and
467 geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. *BMC Public*
468 *Health*. 2013;13: 486. doi:10.1186/1471-2458-13-486
- 469 42. Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallée J. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans
470 l'agglomération parisienne: Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 [Internet]. Paris:
471 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012 Mar pp. 41–66. Available:
472 http://www.programme-sirs.org/files/2014/05/actes_renoncement_soins_2012.pdf
- 473 43. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to
474 medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*. 2000;34: 1273–1302.
- 475 44. Gelberg L, Linn LS. Demographic differences in health status of homeless adults. *J Gen Intern Med*.
476 1992;7: 601–608.
- 477 45. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe
478 today? *Ital J Public Health*. 2012;9. doi:10.2427/7532
- 479 46. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of
480 the year 2000. *Soc Sci Med* 1982. 1995;41: 819–828.
- 481 47. Kushel MB, Gupta R, Gee L, Haas JS. Housing instability and food insecurity as barriers to health care
482 among low-income Americans. *J Gen Intern Med*. 2006;21: 71–77. doi:10.1111/j.1525-
483 1497.2005.00278.x
- 484 48. Kreider B, Nicholson S. Health insurance and the homeless. *Health Econ*. 1997;6: 31–41.
- 485 49. Britt CL. Health Consequences of Criminal Victimization. *Int Rev Vict*. 2001;8: 63–73.
486 doi:10.1177/026975800100800104
- 487 50. Tan S-Y, Haining R. Crime victimization and the implications for individual health and wellbeing: A
488 Sheffield case study. *Soc Sci Med*. 2016;167: 128–139. doi:10.1016/j.socscimed.2016.08.018
- 489 51. Ullman SE, Siegel JM. Traumatic events and physical health in a community sample. *J Trauma Stress*.
490 1996;9: 703–720.
- 491 52. Hwang SW, Chambers C, Katic M. Accuracy of Self-Reported Health Care Use in a Population-Based
492 Sample of Homeless Adults. *Health Serv Res*. 2016;51: 282–301. doi:10.1111/1475-6773.12329
- 493

