

SYNTHESE

L'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement) s'intéresse à une population méconnue, en augmentation constante depuis la fin des années 1990 et traduisant un rapprochement contemporain entre politiques sociales et gestion de l'immigration : les familles privées de logement. Elle vise à fournir une estimation, à un temps donné, de la taille de cette population, en Ile-de-France. Elle a surtout pour objectifs de décrire les parcours et les conditions de vie de ces ménages, notamment sur le plan de la santé et du développement de l'enfant. Ce rapport présente les premiers résultats de l'enquête ; il s'appuie sur des analyses simples (tris à plat, tris croisés) en vue de poser les termes du problème pour de futurs approfondissements.

Au premier semestre 2013, un échantillon aléatoire de 801 familles hébergées en Ile-de-France, a été investigué. Ces familles résidaient en hôtel social, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), de réinsertion sociale (CHRS) ou pour demandeurs d'asile (CADA). Elles devaient compter un enfant de moins de 13 ans et parler une des seize langues de l'étude, outre le français. Chaque famille a été rencontrée successivement par un binôme d'enquêteurs et une infirmière. Au sein de chaque famille ont été interrogés un parent, de préférence la mère, et un enfant (tiré au sort entre deux classes : jusqu'à 5 ans révolus, ou entre 6 et 12 ans révolus).

Cet échantillon représente 10280 familles, soit environ 35000 personnes. Cette estimation est celle de la population prise en compte dans l'étude, à l'exclusion donc, notamment, d'autres formes de privation de logement. Ainsi, les familles vivant en campements ou dans d'autres types d'hébergements institutionnels (les centres maternels, les résidences sociales, les logements transitoires, en particulier), n'ont pas été incluses. En outre, une enquête menée aujourd'hui fournirait probablement un chiffre plus élevé : les données d'activité des opérateurs franciliens continuent d'indiquer une hausse des effectifs de familles hébergées.

Ces précisions étant apportées, l'estimation fournie peut être mise en regard d'autres enquêtes sur les sans-domicile en général : tout amène à penser que les familles constituent aujourd'hui, du moins en Ile-de-France, entre 35 et 40% des sans-domicile, et que les enfants représentent près d'un quart de la population sans logement.

Pourtant, les familles se différencient par bien des aspects des personnes dites isolées, qui concentrent l'essentiel de l'attention médiatique, politique et scientifique. La description des familles met ainsi au premier plan l'origine géographique des parents : 94% des adultes interrogés déclarent être nés à l'étranger ; neuf sur dix n'ont pas la nationalité française. Trois motifs principaux de migration ressortent des analyses, même si en réalité ils se combinent : en premier lieu, des migrations de fuite, en provenance avant tout de la Communauté des Etats Indépendants ; des migrations économiques,

en provenance d'Afrique subsaharienne et du Maghreb ; des migrations familiales, en provenance également d'Afrique subsaharienne et du Maghreb. Si l'on prend pour référence la population française, les migrants paraissent d'origine modeste, peu fortunés et peu diplômés. Cette évaluation serait en revanche certainement toute autre si l'on prenait pour référence les sociétés de départ et non pas celle d'arrivée. Mais elle signifie aussi le peu de ressources dont disposent les familles en arrivant sur le territoire français, en particulier pour accéder à l'emploi et au logement.

De fait, en arrivant en France, depuis cinq ans en moyenne au moment de l'enquête, la plus grande majorité des familles ne dispose pas de logement personnel. Trois situations précèdent le plus souvent l'entrée dans le système d'hébergement : pas de transition entre l'arrivée en France et le recours au dispositif (30 % des cas) ; l'hébergement chez un tiers, en général un parent ou un ami (47 % des cas) ; un épisode sans abri au sens strict (20 % des cas).

De plus, la majeure partie des parents interrogés se trouve dans une situation professionnelle délicate : si 52 % sont actifs, seuls 18 % déclarent travailler. Comme on peut s'y attendre, certaines situations administratives empêchent de travailler : cela concerne les adultes en voie de régularisation, mais aussi les demandeurs d'asile et certains ressortissants de l'Union Européenne, pour qui l'accès à l'emploi est extrêmement restrictif et encadré.

Ceci se répercute sur les ressources des familles. Des situations administratives précaires sont associées à de bas niveaux de revenus (incluant tous les revenus de travail, les prestations sociales et les dons d'argent) : un quart des familles, avant tout en voie de régularisation ou demandeuses d'asile, déclare ainsi disposer de moins de 48 euros par unité de consommation (U.C.). Mais même dans l'ensemble de la population étudiée, le revenu médian déclaré demeure faible : 221 euros mensuels par U.C. Plus de 80 % des familles vivraient ainsi sous le seuil de pauvreté à 50 % (qui s'élève à 1 058 euros par U.C. pour une famille monoparentale, 1 465 pour un couple avec un enfant, en 2011).

En d'autres termes, les enfants interrogés vivent dans des familles pauvres (en Ile-de-France, c'est le cas d'un enfant sur quatre). Comme en population générale, cette pauvreté infantile est associée à deux compositions familiales : les familles monoparentales ou les familles nombreuses. Ainsi, la moitié des familles sont monoparentales, et 22 % comprennent trois enfants ou plus (un quart des parents ont par ailleurs des enfants qui n'habitent pas avec eux, vivant le plus souvent dans le pays d'origine).

La pauvreté des familles se manifeste également au niveau des conditions de vie. La plupart des hébergements collectifs peuvent être considérés, selon les critères d'équipement utilisés dans d'autres enquêtes, comme surpeuplés et privés de confort. Par exemple, dans 21 % des cas, il n'est pas possible de cuisiner ni dans les parties privatives ni dans les parties collectives de l'hébergement ; 29 % des familles n'ont pas non plus de toilettes ou de douche dans leur chambre. Dernière illustration : 41 % des enfants doivent partager le même lit qu'un de leur parent. Enfin, il suffit de rappeler l'interdiction fréquente de recevoir des visites dans la plupart des établissements étudiés pour comprendre ce qui sépare l'hébergement du logement.

Une autre ligne de démarcation concerne la vulnérabilité résidentielle des ménages, que l'on a approchée dans cette enquête en mesurant la mobilité. En moyenne, tout au long de leur parcours sans domicile, les familles ont déménagé 4,3 fois. Cette valeur cache d'importantes disparités, qui renvoient comme l'on peut s'y attendre à la durée d'hébergement (plus le temps dans le dispositif est long, plus

on risque de déménager) mais aussi à l'étape du parcours et au type de structure où l'on est hébergé. On déménage ainsi plus fréquemment au cours des premières années d'hébergement que par la suite (les familles présentes depuis un à deux ans auront déménagé 3,8 fois par an, celles présentes depuis deux à quatre ans auront déménagé en moyenne 1,9 fois par an). Cette donnée est importante, quand on sait que l'épisode sans domicile des familles dure en moyenne, au moment de l'enquête, depuis 2,9 ans. On déménage également davantage en centres d'hébergement d'urgence et en hôtel. Or, le système d'hébergement repose principalement sur l'hôtellerie sociale, où résident les trois quart des familles, et par où sont passées 95 % des familles au moins une fois dans leurs parcours sans domicile.

Cette forte mobilité résidentielle a des répercussions multiples, notamment sur la socialisation des enfants. La non scolarisation des enfants entre 6 et 12 ans, au moins 10 fois plus importante qu'en population générale, est associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée. Cette non scolarisation est plus fréquente en hôtel (13 %) qu'ailleurs (10 %). D'autres difficultés ayant trait à l'école renvoient à cette vulnérabilité résidentielle des enfants : des retards à l'école, des ruptures de scolarité de quelques jours, des redoublements. Ceux-ci concernent 16 % de l'ensemble mais un quart des plus de 8 ans - et spécialement ceux qui déménagent fréquemment. Mais la vulnérabilité résidentielle affecte aussi plus largement les pratiques et les relations des enfants ; que ce soit dans leur établissement, dans leur quartier, ou dans les déplacements en dehors de leur quartier.

La mobilité résidentielle est également associée à certains des problèmes de santé investigués, tout comme d'autres facteurs plus classiquement retrouvés (les revenus ou prestations sociales, le niveau d'éducation, la durée de l'épisode sans domicile, le statut administratif, le réseau relationnel...). Les familles se perçoivent ainsi en plus mauvaise santé que la population générale, mais en meilleure santé que les personnes sans domicile isolées. Si la moitié considère avoir un état de santé général bon ou très bon (54 %), cela se dégrade quand il s'agit de leur santé physique (48 %), ou plus encore de leur santé émotionnelle (39 %). La santé ressentie est un indicateur de santé globalement corrélé, au niveau populationnel, aux indicateurs sanitaires, notamment à la mortalité. Cet indicateur, comme les autres indicateurs sanitaires, montre un important gradient social retrouvé dans notre population. L'indicateur de santé le plus frappant reste cependant l'insécurité alimentaire dont souffrent ces familles, et particulièrement les enfants. ENFAMS est la première étude française à mesurer l'insécurité alimentaire des enfants sans domicile et montre qu'ils ne sont pas épargnés par la faim. Près de huit familles sur dix et deux enfants sur trois en souffrent. Cette situation préoccupante mérite à elle seule de s'interroger sur les déterminants liés à l'insécurité alimentaire. Certains de ces facteurs sont classiquement retrouvés dans la littérature : ainsi, les individus ayant déclaré un revenu mensuel inférieur à 51 euros par unité de consommation (U.C.) sont seulement 4 % à être en sécurité alimentaire, *versus* 27 % pour ceux déclarant avoir un revenu mensuel par U.C. de plus de 451 euros. Remarquons que ce gradient existe même aux faibles niveaux de revenus retrouvés dans notre étude. Les ménages déclarant n'avoir reçu aucune prestation sociale dans les douze derniers mois sont plus fréquemment en insécurité alimentaire modérée et sévère, de même que les parents vivant sans conjoint par rapport aux parents vivant en couple. Les personnes nées dans un pays africain (Maghreb inclus) ou du Proche et Moyen-Orient sont celles qui présentent les prévalences les plus élevées d'insécurité alimentaire sévère. Le statut administratif est également un facteur influant sur l'insécurité alimentaire : les individus en voie de régularisation ou en demande d'asile présentent des prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère plus élevées que

les personnes en possession d'un titre de séjour, avec une situation plus critique pour ceux en voie de régularisation (50 % en insécurité alimentaire modérée et 13 % en insécurité alimentaire sévère). Les personnes récemment arrivées en France sont dans une situation plus vulnérable au regard de l'insécurité alimentaire : les personnes en France depuis un an ou moins sont pour environ 96 % en insécurité alimentaire, dont 17 % en insécurité alimentaire sévère. Ces résultats surprennent par leur ampleur.

D'autres facteurs, comme les conditions d'hébergement, jamais étudiés à ce jour, sont pourtant des facteurs tout aussi déterminants pour l'insécurité alimentaire. Le type de lieu d'hébergement, le type d'habitation, le gestionnaire, ainsi que la participation financière à l'hébergement sont significativement associés à l'insécurité alimentaire des familles. L'analyse du type d'hébergement montre que les familles en CHRS semblent les plus protégées avec une prévalence de 4 % d'insécurité alimentaire sévère ; celles en CHU sont pour 10 % dans cette situation, et celles vivant en hôtel pour 11 %. Le gestionnaire de l'hébergement est aussi associé avec le statut alimentaire du ménage : les ménages le plus souvent en sécurité alimentaire sont ceux dont l'hébergement est géré par le Conseil Général (25 %). A l'inverse ce sont les ménages dont l'hébergement est géré par le Samusocial (hors 115, c'est-à-dire l'hébergement en hôtel pour la CAFDA, l'APTM et l'OMF) qui ont la prévalence de sécurité alimentaire la plus basse (10 %). Les personnes résidant dans un hébergement géré par le 115 semblent être dans une situation plus vulnérable avec des prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère très élevées (respectivement 49 % et 14 %). Enfin, lorsque la famille participe financièrement à son hébergement, les prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère sont plus élevées. L'instabilité résidentielle entraîne des prévalences d'insécurité alimentaire sévère : plus on déménage souvent, plus elle est élevée. Tous ces facteurs jouent un rôle sur l'insécurité alimentaire des enfants et justifient à eux seuls la nécessité d'agir, notamment sur les modalités d'hébergement. Ces prévalences sont d'autant plus alarmantes que l'anémie touche une mère sur deux et un enfant sur trois. Une association significative a été mesurée entre l'anémie de l'enfant et celle de la mère, ce qui montre l'importance d'une prise en charge familiale du problème de l'anémie. Cette prise en charge est limitée par le fait que 84 % des femmes anémiées et 68 % des enfants anémiés sont en insécurité alimentaire, et qu'il sera donc extrêmement difficile de mettre en place les règles hygiéno-diététiques adéquates, compte tenu de cette forte prévalence.

L'obésité est aussi prégnante et touche plus d'un tiers des mères tandis que le surpoids concerne plus d'un quart des enfants. Ces taux sont très élevés, avec une prévalence du surpoids supérieure de dix points à celle relevée en population générale française, et plus proches de celle observée en population infantile américaine. Un lien inverse a été observé entre l'obésité de la mère et son niveau d'éducation, comme cela est classiquement observé dans la littérature. La durée de vie sans domicile semble être un facteur de risque du surpoids chez l'enfant, avec des prévalences passant du simple au double selon que cette durée est de moins de 14 mois ou de plus de 35 mois. Les enfants sont plus fréquemment en surpoids lorsque leur mère présente elle aussi un excès pondéral : cette association est connue et viendrait à la fois de facteurs génétiques communs, mais aussi d'un environnement partagé. Par ailleurs, la prévalence du surpoids de l'enfant est bien supérieure (15 points de différence) lorsque la mère souffre de dépression. Bien que ce phénomène ait été largement décrit dans les études récentes, les relations entre santé mentale, alimentation et indice de masse corporelle ne sont pas encore clairement élucidées. Ce résultat souligne néanmoins l'importance de lutter contre la dépression maternelle si l'on veut agir sur la santé de l'enfant et sur son surpoids. Dans notre étude, un trouble dépressif est repéré chez 29 % des mères, soit 4 fois plus qu'en population générale, ce qui tend à confirmer le rôle des conditions

socioéconomiques sur la survenue de ces troubles. Les mères chez qui l'on repère une dépression vivent plus souvent seules, sont plus souvent nées en France, ont en moyenne déménagé plus souvent que les femmes ne souffrant pas de dépression (4,2 déménagements en moyenne *versus* 2,8) et ont moins de contacts avec leur famille ; enfin leur état de santé est nettement plus dégradé. Elles souffrent davantage d'insécurité alimentaire sévère, ressentent plus souvent leur état psychique comme mauvais, voire très mauvais, ont plus souvent pensé, fait un projet ou une tentative de suicide et déclarent plus souvent l'existence d'un évènement traumatisant. De plus, elles sont 18% à ne pas avoir de sécurité sociale et 53% à ne pas avoir de couverture complémentaire de santé : autant de freins à un suivi ou une prise en charge de leur dépression. Ces résultats soulignent, de façon concordante avec la littérature, l'influence et le rôle que peuvent jouer à la fois les facteurs biographiques, comme l'expérience de traumatismes, et l'emprise de conditions de vie difficiles (instabilité résidentielle, insécurité alimentaire). La dépression maternelle est le facteur le plus déterminant sur la santé de l'enfant : parmi les enfants des mères se percevant en très mauvais état de santé psychique, presque la moitié ont une suspicion de troubles de santé mentale ; alors que chez les enfants dont la mère se sent en très bonne santé psychique, seuls 9% ont une suspicion de ces troubles. Ces troubles suspectés de la santé mentale sont plus fréquents dans notre population d'étude (19%) qu'en population générale (8%). Ils ont été repérés chez 25% des garçons et 17% des filles. Ces troubles étaient des troubles émotionnels (27% des enfants), des troubles du comportement (24%), des troubles d'inattention/hyperactivité (18%) et des troubles relationnels (10%). Les enfants en surpoids, ou n'aimant pas leur hébergement ou ne s'y sentant pas comme chez eux avaient plus de troubles suspectés que les autres. Ces premiers résultats sont proches de ceux observés dans les études américaines et montrent les facteurs déterminants de la santé mentale des enfants que sont la santé mentale de la mère, les conditions d'hébergement et les évènements de vie stressants.

Outre ces indicateurs de santé alarmants, les familles sans logement rencontrent de nombreux obstacles pour se soigner et avoir recours aux soins. Vingt pour cent des familles ne sont pas couvertes par l'assurance maladie ; il s'agit d'une population avec une couverture maladie moindre que celle mesurée chez les femmes franciliennes les plus démunies. L'utilisation du système de soins par les familles sans domicile se fait plus fréquemment à l'hôpital et en centre de santé et moins souvent en cabinet de ville qu'en population générale. Le lieu de la dernière consultation d'un médecin est principalement dans un cabinet médical en ville (53%), un hôpital (22%) – en consultations externes ou autres, aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins (PASS) – et également dans un centre de sécurité sociale (17%). Si le recours aux soins est cependant proche de celui de la population générale, malgré un état de santé plus dégradé, le renoncement aux soins des familles sans logement diffère de celui de la population générale, non par sa fréquence mais par le type de consultations auxquelles les familles renoncent. En effet, les familles déclarent avoir renoncé principalement à une consultation de médecine générale (30%) ou de médecine spécialisée (45%), alors que pour la population générale, ce sont l'optique et les soins dentaires qui font l'objet d'un renoncement. Les facteurs qui sont associés au renoncement aux soins chez les familles sans logement sont nombreux mais le facteur qui les différencie le plus est paradoxalement la santé. Les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à un soin au cours des douze mois précédant l'enquête ont davantage déclaré avoir des problèmes de santé (41% *versus* 28%), se percevoir en mauvaise santé (15% *versus* 9%), être en dépression (36% *versus* 24%), être en surpoids (74% *versus* 64%) et être en insécurité alimentaire (94% *versus* 80%). Il est donc particulièrement préoccupant et paradoxal d'observer que ce sont les personnes qui s'estiment le plus en mauvaise santé qui renoncent aux soins.

La grossesse est une période particulière, qui nécessite elle aussi un suivi régulier dans le système de soins. Or, la forte proportion de déclarations tardives voire inexistantes de la grossesse dans notre population (11 % n'avaient pas déclaré leur grossesse et 14 % l'avaient déclarée au cours du troisième trimestre seulement) contraste avec les recommandations de bonnes pratiques en santé périnatale. En outre, parmi celles ayant eu un suivi, 12 % avaient consulté avant la fin du premier trimestre et 20 % avaient assisté *a minima* aux trois consultations recommandées au cours de la grossesse. Seulement 68 % ont eu une consultation prénatale programmée tous les mois et demi. Les femmes semblent vivre cette grossesse seules : elles sont 90 % à déclarer n'avoir reçu aucun soutien de leur famille, 84 % aucun soutien de leurs amis, et seulement 5 % déclarent avoir été accompagnées par une association et 8 % par des professionnels du soin. A la sortie de la maternité, plus de la moitié des femmes n'a bénéficié d'aucun suivi et seules 13 % d'entre elles ont trouvé une place dans un centre d'hébergement. La majorité d'entre elles (71 %) sont hébergées dans une chambre d'hôtel payée par une association. Près de 8 % des femmes étaient enceintes au moment de l'enquête. Elles avaient en moyenne 30 ans, près d'un tiers indiquaient avoir pour dernier diplôme un diplôme de niveau primaire ; 73 % indiquaient avoir des difficultés en français et la moitié des femmes enceintes était en voie de régularisation. La majorité avait une couverture médicale mais seules 36 % déclaraient être prises en charge à 100 %. Bien qu'enceintes, 20 % déclaraient ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois et 27 % déclaraient avoir renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux sur cette même période. La mobilité résidentielle pendant la grossesse est conséquente : elles avaient déménagé 4,6 fois en moyenne (et jusqu'à 11 fois) au cours de leur grossesse. Ces chiffres soulignent l'instabilité résidentielle que dénoncent les professionnels. Du fait de ces conditions de vie, la grande majorité des femmes enceintes est en insécurité alimentaire, la moitié anémiée et chez plus d'un tiers d'entre elle, un trouble dépressif est repéré.. La situation des femmes enceintes sans logement est donc particulièrement préoccupante. La période de la grossesse, qui devrait être une fenêtre d'opportunités pour elles et l'enfant à venir, se trouve être dans notre étude une période de vulnérabilité accrue. Les difficultés d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences sur le suivi de la grossesse puis celui du jeune enfant.

Les résultats exploratoires concernant le recours aux soins des enfants de moins de six ans montrent que contrairement à la population pédiatrique francilienne, les familles consultent davantage le généraliste que le pédiatre et se tournent essentiellement vers les PMI (76%). Vingt-et-un pour cent des enfants ont uniquement un recours aux soins en PMI sans consulter le pédiatre ou le médecin généraliste, 18 % qui ne consultent pas en PMI mais ont consulté un généraliste ou un pédiatre et 55 % des enfants consultent à la fois en PMI et auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste. L'absence de recours aux soins chez le généraliste et/ou le pédiatre pour près d'un enfant sur quatre est notable et interpelle sur le rôle prépondérant que joue la PMI, cette dernière constituant le seul recours aux soins pour un enfant sur cinq. Le recours au médecin généraliste et/ou au pédiatre est le fait de familles présentes de longue date en France et qui n'ont pas intégré le système d'hébergement dès leur arrivée en France. Ces types de recours concernent également les familles au revenu plus élevé, bénéficiaires d'une couverture santé, d'un hébergement stable – notamment en centre de réinsertion – et qui ont eu la chance d'être préservées des épisodes de rue pendant leur parcours dans le système d'hébergement, même si elles ont dû parfois faire face à des déménagements. Le recours uniquement en PMI concerne les familles les plus en difficulté du point de vue économique, qui se sont retrouvées sans logement dès leur arrivée en France et qui ont subi des épisodes de rue. L'origine géographique des familles

différencie le recours aux soins : les familles de l'Union européenne ou de la CEI recourent moins souvent aux médecins généralistes ou aux pédiatres que les familles d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb. Enfin, l'âge de l'enfant est déterminant : les enfants âgés de trois ans et plus connaissent plus souvent une absence de recours aux soins, tandis que les enfants de moins de un an sont plus concernés par un suivi exclusif en centre de PMI. Globalement, le recours général aux soins indique que les familles privilégient le centre de PMI. Il est fort probable que dans ces cas la PMI ne joue plus seulement un rôle de médecine préventive, mais peut se trouver utilisée de plus en plus dans un rôle curatif. L'analyse géographique a montré que les structures d'hébergement ayant un centre de PMI à proximité sont principalement localisées à Paris et en petite couronne, ou dans les pôles urbains de grande couronne. En revanche les structures ayant un centre à plus d'un kilomètre d'un centre de PMI sont localisées majoritairement en grande couronne. En fonction de la localisation de la structure d'hébergement, une famille n'a donc pas les mêmes possibilités en termes d'accès à un centre de PMI. La situation dans les départements de grande couronne interroge car on constate que la localisation des structures d'hébergement ne correspond pas aux communes de fréquentation de la PMI des enfants. En effet, les enfants hébergés dans ces communes fréquentent des centres de PMI situés soit dans les pôles urbains de leur département d'hébergement, soit dans la capitale ou en petite couronne (40% des enfants enquêtés ont une PMI de rattachement parisienne).

Ces premiers résultats – bien qu'exploratoires – permettent d'ores et déjà de dresser un portrait préoccupant de la situation sanitaire de ces familles. Les conséquences en termes de santé publique sont d'autant plus alarmantes que ces conditions extrêmes auront sur le long terme un retentissement sur la santé de la mère elle-même mais probablement, comme l'ont largement montré les études nord-américaines, sur leurs enfants.