

observatoire  
du **samusocial**deParis

# Journée scientifique de l'observatoire du **samusocial**deParis

Le 13 décembre 2005,  
à la maison de la RATP

Avec le soutien des partenaires  
de l'observatoire du **samusocial**deParis :

Accor,  
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris,  
Compagnie Parisienne des Chauffage Urbains,  
DASS de Paris,  
Direction générale de la Santé,  
EDF, GDF,  
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé,  
Lafarge,  
Macif,  
PSE (Etudes et Aménagement d'Espaces Collectifs et de Travail),  
Sanofi-Aventis,  
Servier,  
SNCF,  
Suez-Lyonnaise des Eaux,

et de la **RATP**.

8 h 45 **Introduction** : Xavier Emmanuelli (Président du **samusocialdeParis**)

## Matinée

### Santé publique : des données pour l'action

8 h 55 **Modérateur** : Dr Laurent Chambaud (DRAS de Franche Comté)

9 h 00 **Tuberculose : Impact de la stratégie DOT chez les SDF**  
**Carole Lardoux** (Observatoire),  
**Dr. Thierry Kern** (Samusocial de Paris)  
 Discutant : **Dr. Dolorès Mijatovic** (Centre de lutte Anti-Tuberculeuse de Seine-Saint-Denis)

9 h 30 **Epilepsie : De la prévalence au consensus**  
**Dr. Anne Laporte** (Observatoire),  
**Dr. Christine Larruelle** (Samusocial de Paris)  
 Discutant : **Dr Benoît Doumenc** (Service d'Accueil et d'Urgence, Hôpital du Kremlin-Bicêtre)

10 h 00 **Facteurs de risque d'Hypothermie la nuit à Paris**  
**Sandrine Carpentier** (Observatoire),  
**François Raymond** (Samusocial de Paris)  
 Discutant : **Didier Hourdin** (Médecins du Monde, Le Havre)

10 h 30 **Pause café**

11 h 00 **Modérateur** : Dr Zinna Bessa (Direction Générale de la Santé)

11 h 05 **Les femmes en grande précarité :  
 Féminité, risques et accès aux soins gynécologiques.**  
**Dolorès Pourette** (EHESP - Ined/Inserm U 569),  
**Dr Bernard Guillon** (Association pour le développement de la santé des femmes)

11 h 45 **De la recherche-action à l'ouverture d'un lieu d'accueil innovant :  
 histoire de la participation des femmes en errance  
 (plus communément appelées "Femmes SDF")**  
**Marie-Jo Chappot** (Association "femmes SDF", Grenoble)

12 h 45 **Déjeuner, Buffet sur place**

## Après-midi

### le 115 de Paris : un dispositif d'observation de la grande précarité

14 h 30 **Modérateur** : Michel Castellan, (MIPES)

14 h 35 **Les usagers seuls ou en couple ayant fait appel au 115 de 1999 à 2004**  
**Isabelle Agier** (Observatoire),  
**Laure Biérix** (115 généraliste),  
 Discutant : **Véra Albaret** (FNARS)

15 h 05 **Les familles ayant fait appel au 115 de 1999 à 2004**  
**Sylvain Mougel** (Observatoire),  
**Marie Meynier** (115 pôle famille),  
 Discutant : **Eric Demanche** (CAFDA)

15 h 35 **Table ronde : Les problèmes émergents de l'urgence sociale :  
 Les jeunes et les femmes enceintes,**  
**Grégoire Caffin Le Dù** (115 généraliste),  
**Laura Berge** (115 pôle famille),  
**Sylvain Cuzent** (CASP),  
**Elise Dormagen** (Association Corot Entraide)

16 h 35 **Clôture** : Stéfania Parigi (Directrice générale du **samusocialdeParis**)

## Tuberculose : Impact de la stratégie DOT chez les SDF

**Carole Lardoux**<sup>(1)</sup>, **Thierry Kern**<sup>(2)</sup>,  
**Henri-Pierre Mallet**<sup>(3)</sup>, **Homa Keshtmand**<sup>(3)</sup>, **Xavier Emmanuelli**<sup>(2)</sup>, **Suzanne Tartière**<sup>(2)</sup>,  
**Anne Laporte**<sup>(1)</sup>, et l'Équipe de lutte contre la tuberculose

La tuberculose touche, dans les capitales des pays riches, essentiellement les populations les plus marginalisées et socialement défavorisées : les migrants, les personnes atteintes de VIH en situation précaire et les personnes sans domicile. L'efficacité de la prise en charge de la tuberculose dans ces populations implique que les dimensions médicale et sociale soient fortement intriquées.

Entre juin 1999 et mai 2000, un dépistage radiologique systématique de la tuberculose a été réalisé dans les centres d'hébergement du samusocial de Paris avec l'aide de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES). Les difficultés de prise en charge thérapeutique des tuberculeux diagnostiqués (taux d'échec voisin de 50%) ont conduit à formaliser les principes et les modalités d'action d'une Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT).

Le principe central sur lequel repose l'activité de l'EMLT est la mise à l'abri des sans domiciles tuberculeux et la délivrance quotidienne et supervisée du traitement (DOT) jusqu'à son terme. Les composantes du programme sont : une prise en charge centrée sur le patient (prise en charge adaptée à ses choix, entretien d'une relation de confiance, mesures incitatives) ; une équipe mobile (accompagnement des patients, recherche des perdus de vue, distribution du traitement dans la rue) ; un travail en réseau (services hospitaliers, sanatoriums, associations, Centre de Lutte anti-tuberculeux (CLAT), le 115 de Paris) ; un dossier patient informatisé - TB-info-SSP (logiciel pour le suivi individuel des patients sous traitement et l'analyse épidémiologique de l'évolution des interruptions et des durées de traitement).

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

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

(1) Observatoire du **samusocialdeParis**

(2) **samusocialdeParis**

(3) Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES)

## Epilepsie : de la prévalence au consensus

Anne Laporte <sup>(1)</sup>, Christine Larruelle <sup>(2)</sup>

L'épilepsie est une maladie chronique dont la prévalence, dans les pays industrialisés, est estimée entre 5 et 8 cas pour 1 000 personnes. Une étude a été menée par l'observatoire du **samusocialdeParis** pour estimer la prévalence de l'épilepsie chez des personnes sans domicile, décrire ses caractéristiques et sa prise en charge. Parmi les 592 personnes ayant fréquenté les consultations médicales du **samusocialdeParis** pendant la période d'étude, 14,5% ont déclaré avoir eu au moins une crise comitiale au cours de leur vie. Les patients épileptiques ont été classés en malades épileptiques (59%) et personnes développant des crises comitiales liées à l'alcool (41%). La prévalence de la maladie épileptique a été estimée à 8,1% (6,0-10,6). La moitié des patients ayant déclaré des crises était traitée et 77% d'entre eux prenaient leur traitement quotidiennement. Parmi les malades épileptiques, 31% avaient mentionné un impact de leur maladie sur leur emploi et 79% d'entre eux avaient dû l'abandonner.

En conclusion, la prévalence élevée de l'épilepsie retrouvée dans cette étude suggérait une participation de la maladie au processus d'exclusion sociale. Différentes études ont montré que la stigmatisation ressentie par les personnes épileptiques contribuait à réduire leur réseau social et que malgré une amélioration globale des attitudes de la population générale à leur égard, des comportements discriminatoires persistaient, en particulier dans le milieu de travail. De plus, la proportion de personnes traitées et la compliance au traitement justifiaient un renforcement de la prise en charge de l'épilepsie dans cette population et la création d'une filière de soins adaptée à tout épileptique, en particulier aux personnes sans abri.

Un certain nombre d'autres arguments plaident pour engager une réflexion sur une révision des modalités de prise en charge de l'épilepsie dans des populations très précaires comme : l'absence de consensus médical sur la prescription d'anti-épileptiques chez des personnes alcooliques ou non observantes au traitement ; le manque d'adaptation des recommandations existantes à ce type de population ; la nécessité de mise à jour des procédures pour la prise en charge d'une crise comitiale dans un centre d'hébergement ou lieu d'accueil et les moyens de prévention des crises.

De façon à constituer un état des lieux des attitudes médicales face à la prise en charge de l'épilepsie chez des personnes en situation de précarité, une enquête a été menée auprès d'un panel de médecins généralistes, urgentistes et neurologues. Les résultats de cette étude ont permis de préciser les questions à débattre dans le cadre d'une réunion de consensus. Elle a été organisée avec la Ligue Française Contre l'Épilepsie et sous l'égide de la Direction générale de la santé. Un jury indépendant a produit un texte de consensus qui résume les réponses à quatre questions pratiques sur le recours aux urgences, les explorations, le traitement et le suivi dans un contexte de précarité.

## Facteurs de risque d'hypothermie la nuit à Paris

Sandrine Carpentier <sup>(1)</sup>, François Raymond <sup>(2)</sup>,  
Amandine Arnaud <sup>(1)</sup>, Odile Gaslonde <sup>(2)</sup>, Suzanne Tartière <sup>(2)</sup>, Anne Laporte <sup>(1)</sup>  
et les infirmiers des Équipes Mobiles d'Aide <sup>(2)</sup>.

Chaque nuit les Équipes Mobiles d'Aide (EMA) du **samusocialdeParis** sillonnent les rues de Paris. Chaque équipe est composée d'un chauffeur, d'un travailleur social et d'un infirmier. Le rôle de l'infirmier consiste en la réalisation d'une évaluation sanitaire des personnes rencontrées en vue d'une orientation adaptée. Sans domicile fixe, et se retrouvant dans l'espace public de façon prolongée, les personnes rencontrées sont exposées à des conditions climatiques extrêmes ou à des intempéries pouvant conduire à une hypothermie. Cette population cumule par ailleurs plusieurs facteurs de risque d'hypothermie tels qu'une fréquence élevée d'alcoolisme et de pathologies chroniques ou aiguës. L'hypothermie est caractérisée par une température interne inférieure à 35 °C. Dans ses manifestations les plus graves, l'hypothermie peut altérer gravement le fonctionnement de différents systèmes biologiques et menacer le pronostic vital. En novembre 2003, des recommandations de prise en charge sanitaire ont été diffusées aux équipes et des thermomètres tympaniques leur ont été fournis. Parallèlement, une étude rétrospective sur les caractéristiques et les facteurs de risque des cas d'hypothermie décelés en 2003 a été effectuée. Elle a permis de mettre en évidence des facteurs de risque tels qu'une mobilité réduite permanente, la présence de pathologie(s) sous-jacente(s) et une alcoolisation massive, et de préciser les recommandations préalablement diffusées. Nous avons étudié les cas d'hypothermie décelés en 2004 afin d'observer si leurs caractéristiques avaient évolué, et les avons comparés à des témoins de façon à confirmer les facteurs de risque décelés en 2003. Cent sept cas d'hypothermie ont été décelés chez 82 personnes (7% des interventions infirmières). La majorité des épisodes étaient légers. Six personnes ont développé 2 à 3 hypothermies et trois, entre 5 et 8 épisodes. Les cas étaient répartis tout au long de l'année 2004. Leur répartition en fonction de la température extérieure montrait une fréquence importante entre 2,5 et 7,5°C (41%). Cependant, en rapportant les cas au nombre de jours d'exposition à une température particulière le taux de cas diminuait avec l'augmentation de la température extérieure. L'analyse univariée a montré une association significative entre la survenue d'une hypothermie et le sexe masculin, un âge supérieur à 40 ans, une alcoolisation massive et une mobilité réduite (permanente ou transitoire). L'analyse multivariée a confirmé les facteurs de risque que sont l'alcoolisation massive et la mobilité réduite. L'existence d'une pathologie chronique n'était pas statistiquement associée à l'hypothermie dans nos données par manque de puissance. Elle reste, cependant, un facteur à prendre en compte sérieusement dans la prévention de l'hypothermie. L'augmentation de 61% du nombre de cas entre 2003 et 2004 indique un effet positif des recommandations et laisse supposer un risque de sous-estimation des hypothermies légères lorsqu'elles ne sont pas recherchées. Ainsi ces résultats rappellent l'importance de la sensibilisation des équipes pour prévenir ou déceler des hypothermies mêmes légères dans cette population.

(1) Observatoire du **samusocialdeParis**

(2) **samusocialdeParis**

(1) Observatoire du **samusocialdeParis**

(2) **samusocialdeParis**

## Les femmes en grande précarité : Féminité, Risques et Accès aux soins gynécologiques

Dolorès Pourette <sup>(1)</sup>, Bernard Guillon <sup>(2)</sup>

Lola Brunet <sup>(3)</sup>, Sandrine Carpentier <sup>(3)</sup>, Anne Laporte <sup>(3)</sup>

Une étude qualitative dont l'objectif principal était de contribuer à l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive, a été menée auprès de 30 femmes âgées de 20 ans à 60 ans fréquentant les centres d'hébergement du **samusocial** de Paris.

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

La dimension préventive des soins gynécologiques ne favorise pas un recours aux soins dans un contexte de déstructuration du rapport au temps et de mise à mal de la féminité. Certaines femmes, cependant, arrivaient à maintenir un comportement préventif, en particulier de jeunes femmes ayant bénéficié du travail actif d'éducation à la santé gynécologique d'acteurs de soins oeuvrant dans des associations. Les barrières aux soins gynécologiques étaient, comme pour le recours aux soins en général, un long passé d'errance, des addictions. Toutefois, une résistance à l'examen gynécologique était retrouvée spécifiquement chez des femmes ayant des antécédents de violences sexuelles et/ou psychologiques induisant un rapport au corps ou à la pénétration sexuelle perturbés.

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

(1) Ined/Inserm U569 - Laboratoire d'anthropologie sociale EHES.

(2) Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF).

(3) Observatoire du **samusocial** de Paris

## De la recherche-action à l'ouverture d'un lieu d'accueil innovant : Histoire des femmes en errance (plus communément appelées "Femmes SDF")

Marie-Jo Chappot <sup>(1)</sup>

L'histoire commence dès la fin 2000, avec la naissance de l'association "Femmes SDF" qui doit servir de support à une recherche action autour de la question préoccupante de la situation des femmes en errance de l'agglomération grenobloise. Un des postulats fort de la démarche à chaque étape impliquée, faire participer les femmes lorsque cela s'avère possible. C'est ainsi que sur 5 années, à chaque étape des projets :

Recherche action

Création d'un accueil de jour

Un an d'accueil vécu au jour le jour

nous pouvons témoigner de la forte capacité des femmes à se mobiliser

Au fil du temps de l'histoire, que nous ont-elles appris, enseigné ? Depuis le début, elles ne cessent d'engager leur parole et même leur image afin que nous changions notre regard sur elles.

(1) Association "Femmes SDF", Grenoble

## Les usagers seuls ou en couple ayant fait appel au 115 entre 1999 et 2004.

Isabelle Agier <sup>(1)</sup>, Laure Biétrix <sup>(2)</sup>

Thomas Marie <sup>(2)</sup>, Béatrice Créteil <sup>(2)</sup>, Annick Momenceau-Lardet <sup>(2)</sup> et l'équipe du 115 de Paris <sup>(2)</sup>

Pour obtenir une place d'hébergement d'urgence, une personne sans abri à Paris peut s'adresser, entre autres, au 115 de Paris ou aux Équipes Mobiles d'Aide du **samusocialdeParis**. Notons que les quatre grandes missions du 115 dans leur ordre de priorité sont Écouter, Informer, Évaluer et Orienter, l'hébergement étant une orientation parmi d'autres. Cette activité d'hébergement d'urgence est consignée dans une base de données. Son exploitation a permis d'étudier, pour les personnes sans enfant (seuls ou en couple), entre 1999 et 2004, l'évolution des demandes et des hébergements et les profils des personnes rencontrées.

La demande d'hébergement enregistrée n'est pas représentative de l'ensemble des besoins parisiens car elle est contingente aux ressources humaines disponibles pour répondre à cette demande. Par ailleurs, toutes les demandes ne sont pas éligibles à l'hébergement (certaines ne concernent pas l'hébergement, d'autres n'entrent pas dans les critères d'attribution).

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

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

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

## Les Familles ayant fait appel au 115 entre 1999 et 2004

Sylvain Mougel <sup>(1)</sup>, Marie Meynier <sup>(2)</sup>

Thomas Marie <sup>(2)</sup>, Béatrice Créteil <sup>(2)</sup>, Annick Momenceau-Lardet <sup>(2)</sup> et l'équipe du 115 de Paris <sup>(2)</sup>

Le **samusocialdeParis** a fait état aux Pouvoirs Publics, en 1997, de la montée rapide des familles parmi les demandeurs d'hébergement d'urgence. En 1999, il reçoit le mandat d'héberger toutes les familles hors de droit commun. Chaque appel au 115 de Paris fait l'objet d'un recueil de données. A partir de ces données nous avons tenté de répondre aux questions suivantes : "Comment a évolué le nombre de personnes en famille hébergées depuis 1999 ?", "Qui sont ces familles hébergées ?", "Combien de temps sont-elles hébergées ?" Comment les caractéristiques socio-économiques influencent-elles la durée d'hébergement ?

En 1999, 400 familles, soit 1 285 personnes étaient hébergées via le 115 de Paris, donnant ainsi lieu à 27 200 nuitées hôtelières dans l'année. Entre août 2000 et décembre 2002 sont créés trois plateformes partenaires et, en juin 2001, un Pôle Famille est créé au 115. Malgré ces trois plateformes partenaires, les appels de personnes en famille continuent d'affluer au 115 de Paris. En 2004, 2 663 familles, soit 7 900 personnes sont hébergées via le 115, donnant lieu à plus de 900 000 nuitées hôtelières dans l'année. En outre, de plus en plus de familles sont hébergées plusieurs années consécutives et pour une période de plus en plus longue au cours de l'année. La durée moyenne d'hébergement est de 21 nuitées en 1999 contre 121 en 2004.

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

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

Enfin, contrairement aux personnes en famille, pour lesquelles la demande aboutit sur un hébergement dès que les critères sont vérifiés, l'hébergement des personnes isolées n'a rien de systématique. Cependant, alors que ces isolés sont hébergés dans des centres où une offre de services médicaux et sociaux existe, la majorité des familles sont livrées à elles-mêmes dans une chambre d'hôtel.

(1) Observatoire du **samusocialdeParis**

(2) **samusocialdeParis**

(1) Observatoire du **samusocialdeParis**

(2) **samusocialdeParis**

**Table Ronde**  
**Les problèmes émergents de l'Urgence Sociale :**  
**Les jeunes faisant appel au 115**

Grégoire Caiffin Le Dù <sup>(1)</sup>

Si les romans picaresques tendaient à rapprocher le vagabond des orphelins, cette image de l'alliance entre sagesse de l'ancien et débrouillardise du jeune a vécu ; la représentation du vagabond a évolué vers le statut de SDF, tandis que celle du "jeune marginal" ne correspond plus aux mécanismes d'exclusion actuels.

Ces mécanismes, déjà difficiles à combattre isolément, tendent à se cumuler sur la seule tête du jeune en errance : rupture familiale, échec scolaire, absence d'emploi, violence, immigration, toxicomanie, prostitution... Ainsi, pour les jeunes en situation régulière, la méconnaissance de leurs droits sociaux ou l'impossibilité à prétendre aux seuls minima (de type RMI, accessible à partir de 25 ans sauf exceptions strictement définies) accentue toujours plus les pressions économiques et sociales à l'origine de l'exclusion.

Une enquête menée à l'initiative de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale auprès des CCAS a établi que, déjà en mars 1997, 90% d'entre eux avaient été confrontés à l'errance des jeunes et face à laquelle ils ne pouvaient apporter seuls une solution.

Les dispositifs d'accueil dits "à bas seuil d'exigence", de type CHRS ou FSL, restent saturés et contraints à des prises en charge toujours provisoires, sinon éphémères.

Par réaction, le recours aux services d'urgence sociale s'accroît. Ainsi est-il possible d'évaluer à environ 3 500 le nombre de personnes entre 18 et 27 ans (constitué pour près du quart par de jeunes femmes) ayant recouru au numéro d'urgence parisien 115 depuis le mois de juin 2005.

Pourtant, l'hébergement aléatoire, voire chaotique, proposé par les dispositifs urgentistes ne saurait être considéré comme une solution. La stabilité reste en effet un préalable nécessaire pour trouver des réponses adaptées à chaque problématique, pour une population qui par essence reste la plus susceptible d'insertion sociale.

(1) samusocialdeParis

**Table ronde**  
**Les problèmes émergents de l'Urgence Sociale :**  
**Accueil des Jeunes à Corot Entraide**

Elise Dormagen <sup>(1)</sup>

Depuis plus de 25 ans, Corot Entraide accueille des jeunes en situation de précarité et s'est en permanence adapté pour s'inscrire dans le réseau parisien d'aide aux jeunes.

*Qui sont les jeunes accueillis en 2005 ?*

Ils ont entre 18 et 24 ans, presque autant de femmes que d'hommes, 44% ont moins de 21 ans. Ils sont français dans 72% des cas, fort pourcentage qui masque le vrai visage de la population accueillie. En effet, 18% seulement d'entre eux ont leurs deux parents français.

Parmi ces jeunes français, comme parmi les jeunes étrangers (en situation régulière), on note une prédominance de l'origine africaine, Afrique du Nord (en régression), Afrique Centrale (en augmentation).

Un faible niveau scolaire, le manque de formation professionnelle, parfois une pratique approximative du français sont des handicaps certains à leur insertion. Pourtant, nous accueillons aussi des jeunes plus avancés dans leur parcours, en formation ou en emploi mais dont les faibles revenus empêchent l'accès à un logement ou à un hébergement plus stable.

Tous ont un passé familial ponctué de ruptures qui les ont rendus fragiles psychologiquement.

*Quelle est leur attente ? Notre réponse*

Notre action est centrée sur l'hébergement et nous essayons d'apporter une réponse rapide aux jeunes dirigés vers nous par divers partenaires, services sociaux, missions locales...

Mais les jeunes ont besoin de beaucoup plus qu'un hébergement. Nous leur offrons, et c'est notre spécificité :

- une prise en charge par des professionnels,
- un accompagnement régulier par un accueillant bénévole qui pourvoit à leurs besoins matériels et tisse avec eux des liens porteurs d'avenir,
- un environnement d'activités visant à faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Les relations de confiance qui s'établissent permettent de détecter les problèmes sous-jacents, de santé par exemple, et d'orienter certains jeunes vers les structures adaptées.

En bref, nous soutenons leurs efforts, mais nous avons vis-à-vis d'eux de l'exigence car notre aide est subordonnée aux manifestations concrètes de leur volonté de s'en sortir.

En 2005, nous aurons hébergé 240 jeunes pour un total de 23 300 nuits environ... Chaque jour nous en aurons refusé 10... C'est dans ce contexte, auquel s'ajoutent l'allongement de la durée de soutien, la difficulté à organiser des sorties positives, que se justifie pleinement notre projet de création d'une structure d'hébergement Jeunes.

(1) Association Corot Entraide

**Table Ronde**  
**Les problèmes émergents de l'Urgence Sociale :**  
**Des jeunes femmes enceintes à la rue**

Laura Berge <sup>(1)</sup>

Qu'elles soient régularisées, en cours de démarches administratives, déboutées du droit d'asile ou "sans papier", elles ont en commun de vivre un moment essentiel de leur vie, à la rue.

Depuis 1997, le **samusocial** de Paris, et plus particulièrement le 115, a accueilli et suivi des milliers de femmes et de familles sans abri, et sans réseau amical et familial stable.

Actuellement elles sont 111 pour qui le **samusocial** de Paris est leur recours le plus sûr.

*L'état civil*

Elles sont majoritairement célibataires et seules (77%), parfois accompagnées d'enfant(s), ou en couple (24%). La très grande majorité des femmes célibataires (82%) attendent leur premier enfant contre la moitié des femmes en couple.

*Un suivi médical aléatoire*

Lors de leur premier appel au 115, et malgré des grossesses parfois engagées depuis plusieurs mois, c'est souvent ce constat d'un suivi médical aléatoire que retiennent les travailleurs sociaux. Parmi des femmes enceintes que nous prenons en charge, 18% d'entre elles ne bénéficient d'aucune couverture médicale. Ce qui suppose une prise en charge médicale très précaire de leur grossesse.

*Un hébergement incertain*

Isolées pour beaucoup, leur seule solution réside dans l'hébergement d'urgence : en centre collectif, avec repas chaud, mais qu'elles doivent quitter au petit matin ; ou en "hôtel sec", sans équilibre alimentaire mais où le repos est permis. De plus les va- et- vient entre les différents hébergements entraînent une fatigue certaine et une insécurité permanente. Leur avenir se dessine au jour le jour.

*Sans ressources*

Parmi ces femmes, 91% sont sans papier ou déboutées du droit d'asile, sans ressources établies. C'est alors le recours au travail non déclaré, choisi ou sous contrainte.

*Quelles issues ?*

Seulement 9% de ces futures mamans sont régularisées depuis peu et auront "la chance" d'être prises en charge par le droit commun, dans les semaines à venir. Elles n'auront pas pour autant une prise en charge adaptée rapidement, mais elles pourront, progressivement, s'insérer dans la vie active.

*Quel avenir pour les autres ?*

Donner naissance dans la précarité...

(1) **samusocial** de Paris

**Table Ronde**  
**Les problèmes émergents de l'Urgence Sociale :**  
**Réseau Précarité Paris Maman**

Sylvain Cuzent <sup>(1)</sup>

L'étude "Féminité, Risques et Accès aux soins gynécologiques des femmes en grande précarité" réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris, si elle nous ouvre à la complexité et aux paradoxes de ces grossesses est pour autant loin d'épuiser la réalité. Chacun d'entre nous est quotidiennement interpellé par les limites de ses possibilités d'intervention pour remédier aux difficultés des femmes, des équipes soignantes et des équipes sociales.

C'est parce que nous avons la conviction qu'il nous faut inventer de nouveaux modes de fonctionnement et joindre nos forces, que nous avons construit le Réseau Précarité Paris Maman, pour, ensemble, faire plus et mieux.

Les promoteurs engagés à l'origine du réseau :

CASP

Maternités de Bichat,

Maternité de la Pitié Salpêtrière,

Maternité de St Antoine.

PMI de Paris

Samu Social de Paris

*Œuvrent chacun dans leur domaine d'intervention spécifique*

en relation et avec le soutien effectif des partenaires du réseau, déterminés à réfléchir, à partager, à comprendre les préoccupations et les spécificités de l'autre, dans un effort commun de recherche d'une amélioration pour chaque femme suivie.

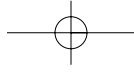
*Partagent un objectif commun*

Qui est de permettre aux femmes en situation de grande vulnérabilité de vivre leur grossesse et la venue de leur enfant avec le soutien de la communauté engagée à ses côtés.

*Tout reste à faire ...*

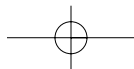
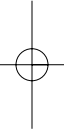
Si les institutions concernées par l'urgence de la question des femmes enceintes à la rue sont mobilisées, tout reste à faire pour manifester au quotidien notre soutien.

(1) Centre d'Action Sociale Protestant

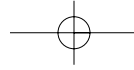


**Notes**

**Notes**

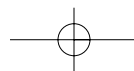
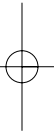
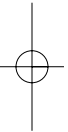


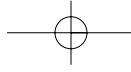




**Notes**

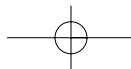
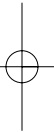
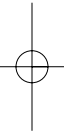
**Notes**





**Notes**

**Notes**



observatoire  
du **samusocial** de Paris

**35, avenue Courteline - 75012 Paris**  
**t: 01 43 71 13 60 - f: 01 43 71 06 59**  
**e: [observatoire@samusocial-75.fr](mailto:observatoire@samusocial-75.fr)**  
**<http://www.samusocial-75.fr>**