موافقة على المشاركة بدراسة

Деца и семейства без подслон

Enfants et familles sans logement

Rapport d'enquête ENFAMS
Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France

орон байргүй хүүхэд, өрх гэрүүд

Copii și Familii Fără locuință

HOMELESS CHILDREN AND FAMILIES

ДЕТИ И СЕМЬИ БЕЗ ПОСТОЯННОГО ЖИЛЬЯ

திவிடமற்ற பிள்ளைகளும் குடும்பங்களும்

observatoire du samusocialdeParis

ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France

Premiers résultats de l'enquête quantitative

Rapport - Octobre 2014

Directeurs scientifiques

Emmanuelle Guyavarch, démographe, Observatoire du Samusocial de Paris

Erwan Le Méner, sociologue, Observatoire du Samusocial de Paris

Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris (*) (**)

Rédacteurs

Amandine Arnaud, épidémiologiste, Observatoire du Samusocial de Paris

Carme Caum, statisticienne, Observatoire du Samusocial de Paris

Thomas de Watrigant, adjoint au responsable PHRH, Samusocial de Paris

Elsa Garcin, socio démographe, régulation du 115 de Paris

Emmanuelle Guyavarch

Candy Jangal, géographe, Observatoire du Samusocial de Paris/Université Paris X

Erwan Le Méner

Yann Le Strat, statisticien, InVS

Sandrine Lioret, épidémiologiste, Inserm

Judith Martin, épidémiologiste, Inserm

Mathilde Roze, médecin, Inserm

Nicolas Oppenchaim, sociologue, Université de Tours

Stéphanie Vandentorren

Cécile Vuillermoz, épidémiologiste, Inserm

(*)adresse actuelle : Institut de veille sanitaire (InVS), F-94415 Saint-Maurice, France, (**)membre de l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique INSERM & Sorbonne Universités UPMC. UMRS 1136, 27 rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AAH	Allocation adulte handicapé
ABENA (enquête)	Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire
AELE	Association européenne de libre échange
ALUR (loi)	loi relative à l'Accès au logement et à un urbanisme rénové
AME	Aide médicale d'Etat
API	Allocation parent isolé
APL	Aide personnalisée au logement
APTM	Association pour l'accueil social et administratif des migrants et de leurs familles
APUR	Atelier parisien d'urbanisme
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AUDIPOG	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
AUDA	Accueil d'urgence des demandeurs d'asile
BSN	Baromètre santé nutrition
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CAF	Caisse des allocations familiales
CAFDA	Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asiles
CASO	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CASP	Centre d'action sociale protestant
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CDI	Contrat à durée indéterminée
CEI	Communauté des états indépendants
CERC	Conseil de l'Emploi, des Revenus et la Cohésion sociale
CHS	Centre d'hébergement et de stabilisation
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
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
COTOREP	Commission Technique d'orientation et de Reclassement Professionnel
CPP	Comité de protection des personnes
CPS (enquête)	Current population survey
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSFII (enquête)	Continuing survey of food in takes by individuals
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DNA	Dispositif national d'asile
DOM/COM	Départements d'Outre-mer / collectivités d'Outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
ECLS (enquête)	Early childhood longitudinal study
ECOG	European Childhood Obesity Group
EEE	Espace économique européen
EGT (enquête)	Enquête globale transport
ELIPA (enquête)	Etude longitudinale sur l'intégration des primo arrivants
ENFAMS (enquête)	Enfants et familles sans logement
ERES	Equipe de recherche en épidémiologie sociale
ESPS (enquête)	Enquête santé et protection sociale
EXH (enquête)	Enquête sur l'excision et le handicap
FECOND (enquête)	Enquête sur la fécondité, la contraception et les dysfonctions sexuelles
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HFSS (enquête)	Household food security survey
IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme
IDE	Infirmière diplômée d'état
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

IMC	Indice de masse corporelle
INCA (enquête)	Etude individuelle nationale sur les consommations alimentaires
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IOTF	International Obesity Task Force
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRESP	Institut de Recherche en Santé Publique
ISO	International Organization for Standardization
LNPH	Lieu non prévu pour l'habitation
MAFE (enquête)	Migrations entre l'Afrique et l'Europe
MINI	Mini international neuropsychiatric interview
NCS (enquête)	National Comorbidity Survey
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NHANES (enquête)	National Health and Nutrition Examination Survey
NSHAPC (enquête)	National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients
OBEPI (enquête)	Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et des apatrides
OMF	Ordre de malte France
OMS	Organisation mondiale de la santé (WHO : World Health Organisation)
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger
ORS	Observatoire régional de santé
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PHRH	Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
RMA	Revenu minimum d'activité
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SD (enquête)	Sans Domicile

SDQ	Strenghts and Difficulties Questionnaire
SIAO	Service intégré d’accueil et d’orientation
SIRS (enquête)	Santé, inégalités et ruptures sociales
SOLIPAM	Solidarité Paris Maman
SPD (enquête)	Survey of program dynamics
STIF	Syndicat des transports d’Ile-de-France
TEO (enquête)	Trajectoires et Origines
UC	Unité de consommation
UE	Union européenne
USDA	United States Department of Agriculture
US HFSS (enquête)	United-States Household Food Security Survey
US HFSSM	United-States Household Food Security Survey Module
VIH	Virus de l'immunodéficience humain

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Ce rapport présente les premiers résultats d'une enquête quantitative réalisée en 2013 par l'Observatoire du Samusocial de Paris auprès de familles sans logement personnel, hébergées en Ile-de-France. Cette enquête, à la fois sociodémographique et épidémiologique, s'inscrit dans un projet interdisciplinaire de recherche-action sur les enfants et les familles sans logement (ENFAMS), mené depuis 2011 par l'Observatoire.

Ce projet comprend également une enquête sociologique sur le système d'hébergement des familles et différentes enquêtes par observation et entretiens sur leurs parcours et conditions de vie. Même si ces études ne sont pas présentées de manière distincte dans le cadre de ce rapport, elles ont alimenté la conception de l'enquête quantitative et permis de contextualiser les analyses. Les publications issues de ces travaux sont mentionnées au fil du rapport.

Le projet ENFAMS existe grâce au soutien financier de différents partenaires : 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, la Fondation State Street, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), l'Institut de veille sanitaire (InVS), le Ministère de l'Intérieur, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) et l'entreprise Procter et Gamble. Le projet a grossi au fil des mois sous leurs yeux et leur confiance a été sans faille. L'appui institutionnel de l'Unicef France, au moment de trouver les financements du projet, nous a par ailleurs été d'un grand soutien.

Les collaborations scientifiques sont importantes dans cette enquête. L'InVS a ainsi pris une part active en participant à la conception de l'enquête à travers l'appui méthodologique apporté pour le plan de sondage. Une partie des analyses épidémiologiques présentées dans ce rapport ont par ailleurs été réalisées par des membres de l'Inserm.

Nous tenons à remercier la société HemoCue® pour avoir mis gracieusement à notre disposition le matériel permettant de réaliser les mesures des taux d'hémoglobine et a assuré la formation des infirmières en ce sens. L'équipe ENFAMS tient aussi tout particulièrement à remercier l'équipe ELFE (Etude Longitudinale Française durant l'Enfance, unité mixte

Inserm/Ined), pour le don de doudous et de langes qui ont été distribués aux mamans et aux bébés rencontrés lors de l'enquête, ainsi que pour le prêt de netbooks utilisés par les enquêteurs-psychologues. Nous remercions aussi l'Usen (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS/Cnam) pour le prêt des balances utilisées par les IDE.

L'équipe souhaite également remercier les enfants de l'école Est-Passeleu de Vincennes, qui ont organisé une collecte de livres et de jouets distribués aux enfants enquêtés, pour les remercier de leur participation à l'enquête.

De nombreuses personnes ont participé bénévolement à des moments décisifs du projet : l'enquête pilote, au printemps 2012, et le terrain de l'enquête finale en 2013. Au total plus d'une quinzaine de personnes ont participé aux prévisites ou à la saisie des questionnaires.

Que ce soit en termes de personnels ou d'organisation, cette enquête a mobilisé de nombreux services au sein même du Samusocial de Paris, notamment le service des ressources humaines, chargé de la gestion administrative des recrutements de près d'une centaine de personnes sur l'enquête. Nous tenons également à remercier la direction de la régulation du 115 de Paris, qui a soutenu la collaboration entre son service et l'Observatoire, d'une part en encourageant les écoutants du 115 à participer en tant qu'enquêteurs de terrain à ce projet, et d'autre part en facilitant les liens entre l'Observatoire et le pôle famille du 115 lorsque des situations, repérées comme inquiétantes sur le terrain, nécessitaient une prise en charge spécifique.

En 2013, près de quatre-vingt enquêteurs ont rejoint l'équipe. Le terrain n'a pas été une mince affaire et l'expérience a parfois été éprouvante. La bonne tenue des échanges avec les familles interrogées, la rigueur observée dans l'utilisation des questionnaires et outils, le professionnalisme dont ils ont fait preuve ont été indispensables au bon déroulement de cette enquête.

L'équipe ENFAMS tient également à remercier les hôteliers et les gestionnaires d'établissement qui nous ont ouvert leurs portes et permis l'accès aux familles.

Enfin, rien n'aurait été possible sans la participation des enfants et des parents que nous avons rencontrés.

SOMMAIRE

Abréviations et acronymes 5
Avant-propos et remerciements 9
Sommaire 11
SYNTHESE 21
PROPOSITIONS D'ACTIONS 27
1. Une nécessaire réforme du système d'hébergement 31
1.1. Régionaliser et repenser la politique d'hébergement des familles et coordonner les acteurs publics concernés 31
1.2 Améliorer les conditions d'habitation 32
1.3. Limiter la mobilité résidentielle des familles 33
1.4. Rendre les parcours dans le système d'hébergement plus lisibles pour les familles 34
2. Prendre en compte les problèmes de santé des parents et des enfants 34
2.1. Pour réduire l'insécurité alimentaire et favoriser le recours aux soins, agir sur les politiques d'hébergement et les prestations sociales 34
2.2. Prévenir l'obésité et les troubles du comportement des enfants: intervenir et soutenir les mères 36
2.3. Renforcer les PMI, améliorer l'accès à la santé des mères et des enfants et développer le soutien à la parentalité 37
INTRODUCTION – LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE 39
PARTIE 1 - METHODOLOGIE 43
CHAPITRE 1. LA POPULATION D'ETUDE 45
1. Définition des familles sans logement personnel 45
2. La non prise en compte de certaines formes de privation de logement 47
2.1. L'exclusion des familles non hébergées par les pouvoirs publics 47
2.2. L'exclusion des centres maternels, des résidences sociales et du logement transitoire 49
3. Les dispositifs d'hébergement pris en compte 50
3.1. L'inclusion des CHU et des CHRS 50
3.2. L'inclusion des hôtels sociaux 50
3.3. L'inclusion des CADA 51
3.4. Les critères d'inclusion des familles : délimitation géographique, par classe d'âge des enfants et par langue parlée 52
CHAPITRE 2. LA METHODE D'ECHANTILLONNAGE 55
1. Le recensement des structures 55

2. Le plan de sondage 57
2.1. Premier degré : le tirage des services 57
2.2. Deuxième degré : le tirage des familles 58
2.3. Troisième degré : le tirage des enfants 62
3. Le nombre de familles à enquêter et le nombre de structures à échantillonner 62
3.1. Le nombre de familles à échantillonner 62
3.2. Le nombre de structures à échantillonner 63
3.3. Le nombre de familles à échantillonner à l'intérieur de chaque structure 64
CHAPITRE 3. LES OUTILS ET LES QUESTIONNAIRES 65
1. Les questionnaires 65
1.1. Le questionnaire principal 65
1.2. Les questionnaires parents sur les enfants de 0-5 et 6-12 ans 65
1.3. Le questionnaire direct aux enfants de 6 à 12 ans 66
2. Les outils de mesure du développement 66
2.1. Le Vineland 67
2.2. Le Dominic Interactive 68
2.3. Le Strenghts and Difficulties Questionnaire 68
2.4. Un outil complémentaire : l'entretien observationnel 69
3. Les prélèvements par les infirmières 69
3.1. Les mesures anthropométriques et la tension artérielle 69
3.2. La mesure du taux d'hémoglobine 70
3.3. La mesure du taux de vitamines 70
3.4. Le recueil d'une mèche de cheveux 70
3.5. La lecture du carnet de santé 71
4. Récapitulatif des outils en fonction de l'âge de l'enfant 71
5. L'enquête pilote 72
5.1. Objectifs 72
5.2. Enseignements du pilote 72
6. Ethique et confidentialité 73
CHAPITRE 4. DU TERRAIN AUX DONNEES 75
1. La prévisite 75
2. L'équipe de l'enquête 76
2.1. Les enquêteurs (non-psychologues) 76
2.2. Les enquêteurs-psychologues 76
2.3. Les infirmières 77
2.4. La coordination de terrain 77
2.4.1. Langue parlée et prise de rendez-vous avec les familles 78

2.4.2. La scolarisation des enfants et la présence des familles en journée sur le lieu d'hébergement ... 79
2.4.3. Temps de passation et déplacements dans toute l'Ile-de-France ... 80
2.4.4. Les spécificités du coordinateur IDE ... 81
2.4.4.1. La question de la logistique ... 81
2.4.4.2. La prise de rendez-vous ... 81
2.4.4.3. La langue de passation ... 82
3. La participation à l'enquête ... 82
3.1. Le taux de participation des structures et des familles ... 82
3.2. Les durées de passation ... 85
4. La constitution de la base de données ... 85
4.1. L'apurement des bases ... 85
4.2. La pondération de l'échantillon ... 86
4.3. L'analyse statistique ... 87
PARTIE 2 - QUI SONT LES FAMILLES SANS LOGEMENT EN ILE-DE-FRANCE ? ... 89
CHAPITRE 1. LE PROFIL DES FAMILLES ... 91
1. En Ile-de-France, plus de 10 000 familles privées de logement ... 91
2. Où vivent les familles sans logement ? ... 93
2.1. L'hôtel social, principal mode d'hébergement des familles sans logement ... 93
2.2. Près de deux tiers des familles résident à Paris, en Seine-Saint-Denis ou dans le Val-de-Marne ... 95
2.3. Des structures d'hébergement dépendantes du statut administratif ... 97
2.4. Les 115 au cœur du système d'hébergement des familles ... 98
2.5. Dis-moi où tu habites, je ne te dirai pas qui t'héberge : le cas des familles hébergées à l'hôtel par le 115 ... 99
3. D'où viennent les familles sans logement ? ... 102
3.1. L'origine géographique des familles ... 102
3.1.1. Plus de neuf parents sur dix déclarent être nés à l'étranger ... 102
3.1.2. Des migrants ayant essentiellement grandi dans de grandes villes ... 106
3.1.3. Des dates d'arrivée en France très variables en fonction des pays et des zones concernées ... 107
3.1.4. Trois motifs principaux d'arrivée en France : migration économique, migration familiale et migration de réfugiés ... 114
3.1.5. Des motifs de migration variables selon la situation du répondant ... 116
3.2. L'origine sociale des familles ... 119
3.2.1. Une enfance du répondant caractérisée par des pères actifs et des mères au foyer ... 119
3.2.2. La moitié des enquêtés sont issus de familles sans doute pauvres ... 120
3.2.3. Une situation professionnelle variable dans le pays de départ ... 122

4. Comment vivent les familles sans logement ? 124
4.1. Les conditions d'hébergement des familles sans logement 124
4.1.1. L'équipement de l'hébergement 125
4.1.2. La cuisine 128
4.1.3. L'entente avec les autres hébergés 130
4.1.4. Les problèmes rencontrés dans la chambre 131
4.1.5. L'intimité et la vie amoureuse 133
4.1.6. Chacun son lit ? 134
4.2. La perception du lieu d'hébergement et du quartier de résidence 135
4.2.1. La vie dans le quartier 135
4.2.2. Une expérience en France plus ou moins satisfaisante 139
4.3. Le suivi social des familles 140
4.3.1. Un quart des familles ne sont suivies par aucun assistant social 140
4.3.2. Une prise en charge inégale pour les demandeurs d'asile 142
4.3.3. Près de trois familles sur dix paient pour être hébergées 143
5. Les parcours résidentiels des familles 145
5.1. Parcours avant l'entrée dans le dispositif d'hébergement 146
5.1.1. Entre l'arrivée en France et la vie sans domicile 146
5.1.2. En France, où vivaient les familles avant de se retrouver sans domicile ? 147
5.1.3. Pourquoi les familles ont-elles dû quitter leur lieu de vie ? 150
5.1.4. Quel type d'hébergement pour la première prise en charge ? 152
5.1.5. Quel type d'hébergement pendant le parcours ? 154
5.2. Parcours depuis le début de la vie sans domicile 156
5.2.1. Depuis combien de temps les familles sont-elles sans domicile ? 156
5.2.2. De structure en structure : combien de déménagements ? 158
5.2.3. Le maintien dans l'hébergement 160
5.2.3.1. Maintien dans le premier hébergement, selon la structure 160
5.2.3.2. Maintien dans l'hébergement, quel que soit le rang du déménagement, selon la structure 161
5.2.3.3. Maintien à l'hôtel, selon le département d'accueil 164
5.2.3.4. Maintien à l'hôtel, selon le 115 de prise en charge 165
6. Composition et niveau de vie des familles 167
6.1. Près d'une famille sur deux est composée d'une mère et de ses enfants 167
6.2. De jeunes parents 170
6.3. Des niveaux de diplômes hétérogènes 171
6.4. Plus de deux tiers d'actifs parmi les adultes autorisés à travailler 173
6.5. Une population extrêmement démunie 176

6.5.1. De faibles ressources monétaires 176
6.5.2. Près de quatre familles sur dix ne touchent aucune prestation sociale 181
CHAPITRE 2. FECONDITE ET FAMILLES 185
1. Nombre d'enfants des hommes et des femmes enquêtés 185
2. Les enfants co-résidents 186
2.1. Des enfants plus nombreux dans les familles nucléaires 186
2.2. Des enfants (mineurs) de 5,4 ans en moyenne 187
2.3. Des enfants majoritairement nés en France 188
3. Les enfants non co-résidents 191
3.1. Un quart des parents interrogés ont un enfant ne vivant pas avec eux 191
3.2. Des enfants confiés à des membres de la famille ou vivant avec l'autre parent .. 192
3.3. Le maintien d'un contact avec les enfants et un soutien matériel non négligeable 194
4. Le devenir des grossesses 195
4.1. Un âge à la première grossesse plus précoce qu'en population générale 195
4.2. Des IVG et des IMG plus fréquentes qu'en population générale 196
4.3. Une mortalité fœtale, périnatale et infantile élevée 196
4.4. Une histoire génésique variable selon l'origine géographique 198
5. La contraception 200
5.1. Un recours à la contraception près de 15 fois moins important qu'en population générale 200
5.2. La pratique contraceptive selon la vie matrimoniale et amoureuse 202
5.3. La pratique contraceptive selon l'âge et le nombre d'enfants 202
5.4. La pratique contraceptive selon l'origine géographique 204
5.5. La pratique contraceptive selon le département de résidence 204
5.6. Un choix de méthode variable 205
6. Focus sur l'excision : une femme sur cinq est excisée 206
CHAPITRE 3. LES ENFANTS AGES DE six A DOUZE ANS : L'ECOLE ET LES SOCIABILITES QUOTIDIENNES A L'EPREUVE DE L'INSTABILITE RESIDENTIELLE 209
1. Une population d'enfants pauvres, confrontés à une forte mobilité résidentielle 211
1.1. Qui sont les enfants sans logement ? 211
1.1.1. Des enfants plus souvent nés en France que leurs parents 211
1.1.2. Des enfants souvent issus de familles monoparentales ou nombreuses 213
1.1.3. Des enfants qui vivent principalement en hôtel, à Paris ou en petite couronne 214
1.2. La pauvreté des enfants sans logement 214
1.2.1. Une approche monétaire de la pauvreté des enfants 215

1.2.2. Une approche de la pauvreté des enfants par les conditions d'habitation 217
1.2.2.1. Le surpeuplement touche la très grande majorité des enfants. 217
1.2.2.2. Un hébergement sans confort 218
1.2.2.3. Ce que les enfants aimeraient changer 218
1.2.3. Une approche de la pauvreté des enfants par la mobilité résidentielle 219
2. Le poids de la vulnérabilité résidentielle sur l'appropriation des espaces du quotidien 220
2.1. Des sociabilités enfantines limitées dans le lieu d'hébergement 221
2.1.1. Les enfants reçoivent peu de visites chez eux 221
2.1.2. La chambre est rarement un espace de jeu avec des copains 222
2.1.3. Peu de relations avec les autres adultes présents dans la structure pour les enfants les plus instables 224
2.2. Le poids de la vulnérabilité résidentielle sur l'usage du quartier et les activités extrascolaires 226
2.2.1. Un faible investissement du quartier pour les enfants les plus instables 226
2.2.2. Moins d'activités extrascolaires pour les enfants les plus vulnérables 228
2.3. Le difficile accès à l'école 229
2.3.1. Un enfant sur dix ne va pas à l'école 229
2.3.2. Des difficultés fréquentes pour aller à l'école 230
2.3.2.1. Le découplage entre l'école et le lieu de résidence 230
2.3.2.2. Une école d'endurance : moins de sommeil et de plus longs déplacements 231
2.3.3. L'hébergement : un obstacle aux apprentissages 232
2.3.3.1. Des difficultés scolaires plus aigües dans un contexte d'hébergement défavorable 232
2.3.3.2. La gestion des devoirs 233
2.3.4. Un lieu d'ancrage essentiel pour les parents et les enfants 234
PARTIE 3 – LA SANTE DES FAMILLES SANS LOGEMENT EN ILE-DE-FRANCE ... 237
CHAPITRE 1. LA SANTE GENERALE 239
1. Etat de santé ressenti 239
1.1. Description de la santé ressentie et comparaison avec les études régionales 239
1.2. Caractéristiques des personnes par rapport à la santé ressentie 240
2. Les maladies chroniques déclarées 244
3. Le sommeil 244
CHAPITRE 2. LA SANTE NUTRITIONNELLE : INSECURITE ALIMENTAIRE, ANEMIE ET IMC 247
1. Insécurité alimentaire 247
1.1. Concept et mesure 247
1.2. Prévalences mesurées en France 248

1.3. L'insécurité alimentaire touche plus de 8 familles sur 10 250
1.3.1. Prévalence de l'insécurité alimentaire au niveau du ménage 251
1.3.2. Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les adultes 252
1.3.3. Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants 252
1.3.4. Comparaisons nationales et internationales 252
1.4. Les caractéristiques des ménages en insécurité alimentaire dans ENFAMS 253
1.4.1 Caractéristiques sociodémographiques 253
1.4.2 Revenus et aides 253
1.4.3 Composition du ménage 256
1.4.4 Origine géographique et durée de vie en France 257
1.5. L'insécurité alimentaire et les conditions d'hébergement 259
1.5.1. Caractéristiques du centre d'hébergement 259
1.5.2. Durée de vie sans domicile et parcours 262
1.5.3. Présence d'une cuisine et insécurité alimentaire 265
1.6. L'insécurité alimentaire des enfants dans ENFAMS 265
1.6.1. Composition du ménage 266
1.6.2 Revenus et aides 267
1.6.3 Situation migratoire 268
1.6.4 Conditions d'hébergement 270
2. L'anémie touche la moitié des mères et un tiers des enfants 271
2.1. Prévalence de l'anémie chez les parents et les enfants 274
2.2. Comparaisons avec d'autres études régionales, nationales et internationales 276
2.3. Caractéristiques des familles et des enfants anémiés 276
3. L'obésité touche plus de trois mères sur dix et le surpoids (obésité incluse) un quart des enfants 280
3.1. Prévalence de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les mères et les enfants 281
3.2. Comparaison avec les études nationales et internationales 283
3.3. Caractéristiques des mères et des enfants en surpoids ou en obésité 286
3.3.1. Caractéristiques des mères selon leur statut pondéral 286
3.3.2. Caractéristiques des enfants selon leur statut pondéral 286
CHAPITRE 3. LA SANTE MENTALE DES MERES ET DES ENFANTS 291
1. La santé mentale des mères 294
1.1. Trois mères sur dix sont déprimées, quatre fois plus qu'en population générale 294
1.2. Les caractéristiques des mères déprimées 296
2. Santé mentale des enfants 300
2.1. Des troubles suspectés chez deux enfants sur dix 301
2.2. Caractéristiques des enfants 303

CHAPITRE 4. LE RECOURS AUX SOINS ET AU DEPISTAGE DES CANCERS FEMININS 307
1. Recours aux soins 307
1.1. Contexte 307
1.2. Couverture maladie 308
1.3. Consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste dans l'année 309
1.3.1. Caractéristiques sociodémographiques 310
1.3.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement 312
1.3.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins 312
1.3.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée 313
1.3.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions 314
1.3.6. Caractéristiques relatives au réseau social 314
1.3.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne 315
1.4. Renoncement aux soins 317
1.4.1. Caractéristiques sociodémographiques 320
1.4.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement 321
1.4.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins 321
1.4.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée 322
1.4.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions 323
1.4.6. Caractéristiques relatives au réseau social 323
1.4.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne 324
2. Dépistage des cancers féminins 325
2.1. Contexte 325
2.2. Taux de couverture 327
2.2.1 Taux de couverture de la mammographie 327
2.2.2 Taux de couverture du frottis 327
2.3. Comparaison des femmes dépistées et non dépistées 328
2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques 328
2.3.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement 330
2.3.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins 331
2.3.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée 333
2.3.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions 333
2.3.6. Caractéristiques relatives au réseau social 334
2.3.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne 335
2.4. Comparaison à la population générale 336

CHAPITRE 5. LA SANTE PERINATALE 339
1. Santé périnatale des femmes ayant un enfant de moins de 1 an 340
2. La santé des femmes enceintes 342
3. Anémie chez l'enfant âgé de moins de 1 an 349
4. Le recours aux soins en périnatalité 351
4.1. Fréquence et type de recours aux soins 351
4.1.1. La PMI, un établissement sanitaire très fréquenté par les familles 351
4.1.2. Caractéristiques des familles ayant recours aux soins en PMI 354
4.1.2.1 .Les caractéristiques économiques 354
4.1.2.2. Les caractéristiques démographiques 357
4.1.2.3 Les lieux de vie des familles 361
4.1.2.4 La mobilité des familles 365
4.2. L'accessibilité spatiale de la PMI 368
4.2.1. Cartographie de l'accessibilité à la PMI la plus proche 368
4.2.2. Des inégalités fortes d'accessibilité entre départements et structures d'hébergement 374
4.2.2.1. Inégalités territoriales d'accessibilité 374
4.2.2.2 Inégalités d'accessibilité selon les structures d'hébergement 375
4.3. Les espaces du recours en centre de PMI. 377
4.3.1. Cartographie des espaces de soins 377
4.3.2. Le recours en PMI dans une autre commune que celle de l'hébergement 379
4.3.3. Les lieux de recours selon la structure d'hébergement 381
4.3.4 Accessibilité et lieux des recours 382
5. L'orientation des familles dans le système de soins 385
ADDENDUM : Essai d'une classification des familles selon la mobilité 389
1. Hypothèses et méthode 390
1.1. Les variables utilisées 390
1.2. Méthode d'analyse 392
2. Description des groupes 394
2.1. Description du 1er groupe 394
2.2. Description du 2ème groupe 395
2.3. Description du 3ème groupe 395
2.4. Description du 4ème groupe 396
3. Comparaisons des groupes 396
3.1. Une mobilité et des caractéristiques sociodémographiques variées 396
3.2. Limites et perspectives 401
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 403

ANNEXES 421
Annexe 1. Liste des thèmes abordés dans les questionnaires 421
Le questionnaire principal posé aux parents 421
Le questionnaire posé aux parents sur l'enfant de 0-5 ans 421
Le questionnaire posé aux parents sur l'enfant de 6-12 ans 421
Le questionnaire posé directement aux enfants 6-12 ans 422
Le questionnaire posé aux parents par l'infirmière 422
Annexe 2. Liste des tableaux 423
Annexe 3. Liste des figures 432
Annexe 4. Liste des cartes 433
Annexe 5. Liste des encadrés 434
Annexe 6. Liste des pays par régions 435
Annexe 7. SDQ 441

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 10 280 familles, soit environ 35 000 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.

PROPOSITIONS D'ACTIONS

Ce rapport n'est qu'une première étape d'analyse mais il fournit un large panorama des problèmes rencontrés par les familles. Certains président à l'entrée dans le système d'hébergement : des difficultés matérielles, en particulier vis-à-vis du logement, elles-mêmes relatives à une précarité administrative liée à l'immigration en France. D'autres apparaissent ou s'amplifient une fois hébergé : entre autres des difficultés concernant la scolarisation des enfants, ou l'accès aux services de santé, en périnatalité notamment. Le système d'hébergement est sensé apporter une protection face à la privation de logement ; il est, de fait, bien plus protecteur pour des ménages comprenant des enfants que pour des personnes seules, au sens où il fournit effectivement un abri. Mais le dispositif est dominé par les hôtels sociaux, où vivent les trois quarts des familles et où ont résidé, une fois au moins, quasiment la totalité d'entre elles. Ces hôtels consacrent le règne du provisoire : les conditions d'habitation y sont moins bonnes qu'ailleurs et l'instabilité résidentielle y est nettement plus prononcée.

Nous avons vu d'une part, que les conditions d'habitation peuvent en tant que telles poser problème. D'autre part, et de façon plus flagrante et générale encore, nous avons constaté que la mobilité résidentielle était associée à l'ensemble des problèmes mesurés – venant ainsi confirmer l'effet délétère de la vulnérabilité résidentielle souligné dans d'autres travaux du projet ENFAMS. En d'autres termes, si le système d'hébergement met à l'abri, il induit également des difficultés nouvelles ou accrues, pour des familles elles-mêmes fragilisées. C'est pourquoi les axes de recommandations que nous allons présenter s'efforcent de ne pas penser séparément les actions favorables à la santé des parents et des enfants, d'une réforme nécessaire du système d'hébergement.

1. Une nécessaire réforme du système d'hébergement

1.1. Régionaliser et repenser la politique d'hébergement des familles et coordonner les acteurs publics concernés

La prise en charge est inégale selon le département qui oriente les familles et selon l'opérateur concerné, alors que l'échelle du phénomène est régionale. Une égalité de traitement des

familles impliquerait une concertation plus forte entre acteurs publics des différents départements. Un mécanisme de solidarité et de répartition plus équitable de l'hébergement et du suivi des familles pourrait être imaginé, comme c'est le cas, malgré toutes les limites avérées, dans le dispositif national d'asile. La loi ALUR doit être considérée comme une opportunité pour établir les bases d'une action à plus large échelle. C'est à ce niveau régional que devrait également être repensé l'équilibre entre les différentes formes d'hébergement accessibles aux familles. Le développement d'une offre d'hébergement alternative à l'hôtel à travers, notamment, l'accroissement des places d'hébergement dans le diffus ou encore l'hébergement en habitat modulaire, serait indispensable pour permettre des orientations plus adaptées, notamment pour les ménages les plus précaires. La mise en place d'une hôtellerie sociale professionnelle pourrait également être envisagée en facilitant des opérations de rachat d'hôtel ou de transformation d'immeubles en hôtels par des bailleurs sociaux ou des associations. Enfin, c'est à l'échelle régionale que les solutions de sortie de l'hôtel grâce notamment à l'intermédiation locative, doivent être renforcées. Mais si un système régional d'hébergement paraît ainsi souhaitable, il est en tant que tel insuffisant.

L'étendue et l'intensité des problèmes de santé, de scolarisation, et d'accès général aux institutions publiques révélées dans ce rapport, pointent la nécessité d'une coordination des acteurs publics : en matière d'hébergement, de santé, d'éducation, le déficit de coordination est patent. A défaut de forme institutionnelle préexistante pour accueillir une telle coordination, on peut au moins considérer comme souhaitable la participation de l'ARS et du rectorat aux chantiers de la DRIHL qui concernent les familles, et réciproquement. A aucun endroit la question des familles n'est véritablement traitée comme un problème partagé.

1.2 Améliorer les conditions d'habitation

La très grande majorité des familles vit en situation de surpeuplement et sans confort. Si les structures d'hébergement (sauf en appartement) dérogent aux normes de peuplement dans le logement, elles pourraient en revanche être mieux équipées. Dans les parties privées, des toilettes, une douche, et un nombre de lits suffisant pour ne pas obliger les enfants à dormir avec un de leurs parents, sont des améliorations prioritaires.

Dans les chambres ou dans les parties collectives, un espace devrait permettre de cuisiner, un autre aux enfants de faire leurs devoirs ou de s'amuser, ou encore à des intervenants extérieurs, institutionnels ou associatifs, de compléter l'accompagnement social des familles

par des services qui leur sont utiles (atelier linguistique, séances d'écrivain public, par exemple). Etant donné l'espace vacant dans la plupart des établissements visités, notamment les hôtels sociaux, ces modifications sont envisageables. Elles pourraient faire partie du cahier des charges de ces établissements. Elles doivent en tout cas faire partie de toute nouvelle négociation avec un hôtelier ou un intermédiaire.

1.3. Limiter la mobilité résidentielle des familles

Les familles sans logement déménagent en moyenne deux fois par an. Ces déménagements, même s'ils sont moins fréquents au fil du temps, obligent à d'importantes adaptations quotidiennes et sont associés aussi bien aux problèmes de santé des parents et des enfants qu'aux difficultés liées à l'école ; enfin ils pèsent sur les activités quotidiennes des enfants.

La mobilité résidentielle a plusieurs explications : l'augmentation des effectifs à héberger et l'inadaptation du parc, à un instant *t*, aux besoins de la population ; l'évolution de la composition des ménages (avec des naissances notamment, qui signifient une situation de suroccupation) ; des problèmes avec des hôteliers ou des personnels d'établissement, décidant de l'exclusion des familles incriminées. Sous cet angle, la mobilité fréquente et imposée peut alors sembler comme contingente au système d'hébergement.

D'un côté, un regard sur l'histoire du système d'hébergement nous apprend qu'il n'en a pas toujours été de même : la division du travail entre l'hébergement d'une part, le suivi social et administratif de l'autre, n'a pas toujours été en vigueur, alors qu'elle concerne aujourd'hui la majorité des familles accueillies. D'un autre côté surtout, les résultats de cette enquête nous obligent à prendre la mesure de l'ampleur des effets adverses liés aux modalités de mise en œuvre de la politique menée. Comment alors limiter l'instabilité résidentielle ? Plusieurs mesures pourraient être adoptées de concert :

- L'offre hôtelière utilisée pour héberger les familles devrait être rééquilibrée de façon à limiter le recours au court séjour qui impose une mobilité très intense aux familles.
- Les conditions d'exclusion d'un hôtel à la demande de l'hôtelier devraient être précisément encadrées et faire l'objet d'une validation impliquant les plateformes chargées de l'accompagnement social des familles, tenant compte de la version des habitants mis en cause. L'exclusion pourrait être interdite, sauf infraction grave et avérée, à certaines périodes de l'année.

- Une représentation des habitants au sein des hôtels sociaux devrait être mise en place.

En outre, indirectement, l'instabilité résidentielle peut être également limitée, en ajustant davantage l'offre d'hébergement à la situation des familles. Dans cette perspective, l'hébergement proposé doit absolument prendre en compte le lieu de scolarisation des enfants et des structures de santé fréquentées par les parents, points d'ancrage essentiel dans une existence mouvementée. Pour ce faire, un partage d'informations entre les services chargés de l'hébergement (en premier lieu le Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière) et les services chargés de suivre les familles (et disposant ainsi d'informations normalement à jour sur celles-ci) paraît requis. La réservation hôtelière, au propre comme au figuré, doit être repensée.

1.4. Rendre les parcours dans le système d'hébergement plus lisibles pour les familles

La vulnérabilité résidentielle n'est pas seulement le fruit de l'instabilité ; elle renvoie également à l'imprévisibilité des décisions qui peuvent s'appliquer du jour au lendemain et affecter soudainement la vie familiale : les familles savent qu'elles déménageront sans doute, mais elles ne savent pas quand, pourquoi, et vers où.

Une information plus claire sur les structures d'accueil, les transitions vers des formes d'hébergement de plus long terme ou de logement, devrait être apportée aux familles, dès leur entrée dans le système d'hébergement.

Un guide, traduit en plusieurs langues, devrait ainsi permettre aux familles de se situer dans le monde de l'hébergement et d'identifier également les ressources à disposition dans l'environnement local. Un tel document existe par exemple à Paris pour les sans-domicile isolés.

2. Prendre en compte les problèmes de santé des parents et des enfants

2.1. Pour réduire l'insécurité alimentaire et favoriser le recours aux soins, agir sur les politiques d'hébergement et les prestations sociales

En matière de santé publique, l'insécurité alimentaire mesurée chez plus de huit familles sur dix est incontestablement l'élément le plus frappant de ces premiers résultats exploratoires. Cette insécurité alimentaire est de surcroît retrouvée à des niveaux sévères et n'épargne pas les enfants, puisque deux enfants sur trois en souffrent.

Le niveau de revenu (comprenant les prestations sociales) exerce un effet protecteur sur l'insécurité alimentaire, bien que ces revenus soient en général extrêmement faibles. En ce sens, la participation financière des familles à leur hébergement doit être envisagée avec précaution, notamment pour les familles les plus fragiles (les familles monoparentales, celles ayant plus de trois enfants, celles qui sont arrivées en France depuis moins d'un an – *a fortiori* en voie de régularisation). Les actions sur les conditions d'hébergement, leur gestion et la réduction de l'instabilité résidentielle sont par ailleurs des leviers importants pouvant réduire l'insécurité alimentaire, notamment chez les enfants. D'une part l'aide alimentaire n'est pas toujours inconditionnelle (nécessité d'avoir un suivi social, un statut administratif, un hébergement depuis 3 mois…) et d'autre part la stabilité favorise l'accès, pour ces familles, aux ressources locales du territoire. Par ailleurs, devant ces prévalences extrêmement alarmantes, l'insécurité alimentaire devrait être un indicateur suivi en routine pour mesurer l'impact des politiques menées et leur efficacité sur l'insécurité alimentaire.

Ces mesures permettraient également d'agir sur les autres indicateurs nutritionnels, comme l'anémie qui touche deux tiers des mères et un enfant sur trois. Les résultats portant sur l'anémie montrent que celle-ci est liée à la durée de présence sur le sol français : même en retenant l'hypothèse selon laquelle les enfants arrivent déjà anémiés, leur situation ne fait qu'empirer au cours du temps passé en métropole. L'association forte retrouvée entre la mère et l'enfant plaide pour une prise en charge familiale du problème. Or, la supplémentation en fer ne sera pas une réponse thérapeutique suffisante à une anémie ferriprive dans la mesure où les règles hygiéno-diététiques seront difficilement mises en œuvre, puisque l'insécurité alimentaire est prégnante.

Enfin, les conditions et le type d'hébergement, comme la situation financière, influent aussi sur le recours aux soins et au dépistage des familles. Les revenus, l'existence ou non d'une couverture maladie et d'une complémentaire santé, le fait d'avoir des difficultés pour comprendre le français, la situation administrative ou le fait d'être récemment arrivé en France sont autant de facteurs qui influent sur le recours aux soins, comme en population générale. Ainsi, les personnes ayant connu un grand nombre de déménagements et celles

vivant en hôtel ont moins recours aux soins que celles ayant moins déménagé et qui sont hébergées en CADA ou en CHRS. Agir sur la stabilisation des familles ou sur un hébergement plus adapté aux problématiques sociales qu'elles rencontrent pourrait donc également avoir des conséquences favorables sur le recours aux soins.

2.2. Prévenir l'obésité et les troubles du comportement des enfants: intervenir et soutenir les mères

Les analyses montrent que la dépression, qui a des liens étroits avec les conditions de vie, est également intriquée avec l'insécurité alimentaire et a un rôle important sur l'obésité et les troubles du comportement chez l'enfant. Par ailleurs, les mères souffrant de dépression n'ont, pour plus de la moitié, pas de complémentaire santé, et ont plus souvent déménagé que les femmes non déprimées, autant de freins au suivi et à une prise en charge. Les programmes de rétablissement en santé mentale devraient pouvoir être ciblés (car souvent plutôt axés sur des pathologies des hommes isolés souffrant de troubles psychotiques) et menés auprès des familles monoparentales en particulier. Si l'on ne peut changer les facteurs biographiques de ces mamans, on peut, en agissant sur les conditions d'hébergement et surtout en prenant correctement en compte la santé émotionnelle des mères, leur assurer un suivi adapté et ainsi limiter l'impact de la dépression maternelle sur l'enfant.

En effet, la dépression maternelle joue un rôle prépondérant sur les troubles comportementaux de l'enfant. Ces troubles sont suspectés chez un enfant sur deux, avec une prépondérance, chez les garçons, de troubles émotionnels. Les freins à une prise en charge adéquate des enfants restent les délais d'attente des CMPP et des autres acteurs institutionnels souvent déjà débordés, la sectorisation qui ne prend en charge que les enfants dans un territoire donné, ou encore le fait de ne pas avoir d'interprète, notamment lors de la première prise de rendez-vous.

Durant l'enquête, les seules réponses apportées aux enfants en souffrance l'ont été via le tissu associatif, qui disposait d'équipes mobiles ciblées, capables de se déplacer sur le territoire francilien. Les équipes mobiles psychiatriques dédiées aux familles devraient être développées, comme le suggérait déjà l'enquête Samenta. Les équipes existantes sont plutôt formées aux troubles psychiatriques, fort différents, retrouvés chez les personnes dites « isolées » ; de fait, elles ne ciblent pas les familles. Ces dernières ne souffrent pas de troubles psychotiques mais de dépression ou de syndrome post traumatique et les programmes existant sont souvent inadaptés à la prise en charge des enfants ou des couples mères-enfants. De

surcroît, ces équipes sont plutôt parisiennes, ne disposent pas toujours des interprètes nécessaires et ne se déplacent pas en grande couronne. Les centres dédiés aux problématiques des migrants sont souvent eux aussi parisiens, ne se déplacent pas et ont des délais d'attente rédhibitoires.

Les dispositifs de prise en charge doivent être revisités sous le regard d'une prise en charge familiale, réactive, mobile et adaptée à cette population. Le soutien à la parentalité ne peut être dissocié de cette prise en charge car la problématique est souvent globale.

2.3. Renforcer les PMI, améliorer l'accès à la santé des mères et des enfants et développer le soutien à la parentalité

La grossesse de ces femmes devrait être une fenêtre d'opportunité pour avoir accès au système de soins, à une protection et un suivi pour elles et l'enfant à venir. Or, il s'agit plutôt d'une fenêtre de vulnérabilité supplémentaire.

Les grossesses sont peu suivies ou le sont tardivement, les femmes déclarent vivre leur grossesse souvent seules, sortent de la maternité sans aucun suivi, et sont le plus souvent hébergées à l'hôtel, mode d'hébergement le plus délétère sur les indicateurs de santé mesurés dans cette étude. Elles subissent fréquemment des déménagements, entraves supplémentaires au suivi optimal de leur grossesse. Ces femmes sont dans un degré de dénuement préoccupant, le revenu moyen par unité de consommation étant de 280 euros par mois, elles sont souvent en insécurité alimentaire et touchées par la dépression pour une femme sur trois.

En outre, l'accès à la contraception, pour les femmes qui souhaitent contrôler leurs naissances, doit être amélioré. L'interprétariat, autour de la question de la santé des femmes, est essentiel. Le suivi gynécologique des mères ne peut se faire par le biais de l'interprétariat par un proche – comme il est d'usage, et souvent par le biais de l'enfant.

La PMI a vocation à être au cœur du dispositif de recours de ces femmes, constituant pour une partie non négligeable d'entre elles le seul recours aux soins pour l'enfant. Les femmes ont une PMI de rattachement, souvent dépendante de leur arrivée dans le système d'hébergement : le premier hébergement est déterminant du recours aux soins. Les mères hébergées en grande couronne ont plus souvent recours à une PMI hors de leur commune, souvent dans la capitale. Les inégalités territoriales existent en matière d'accessibilité des centres de PMI mais ne jouent pas un rôle majeur sur le recours aux soins, dans la mesure où il y a un découplage flagrant entre le lieu d'hébergement et le lieu du recours à la PMI. Un afflux existe vers la capitale, lié à la présence dans d'autres départements franciliens de

familles suivies par les services du 115 de Paris, ou d'associations en charge des migrants. Les familles gardent la PMI, comme elles le font pour l'école, comme lieu d'ancrage. Cette concentration du recours sur des espaces ciblés questionne encore le système d'hébergement.

La faible proportion d'enfants de plus d'un an qui a recours à la PMI interroge et traduit sûrement un engorgement des structures de PMI, qui privilégient les enfants les plus jeunes. Cette situation est préoccupante quand on sait le rôle qu'elles peuvent jouer dans le soutien à la parentalité, indispensable pour lutter contre la dépression maternelle et par là prévenir les troubles chez l'enfant, non seulement en termes de santé mentale mais aussi sur d'autres indicateurs de santé comme l'obésité infantile.

La PMI – et les collectivités locales dont elles dépendent – devraient être renforcées, et équipées pour permettre de faire face à ces nouvelles problématiques car elles sont parfois le seul recours aux soins pour les plus vulnérables. La mise à disposition d'hémoglobinomètres portatifs est une mesure simple, qui pourrait permettre de diagnostiquer les enfants anémiés, la présence d'interprètes et de psychologues devrait être plus conséquente pour accueillir des mères fragilisées. Enfin, les PASS périnatales devraient pouvoir être davantage renforcées et déployées : la prise en charge globale médico-sociale reste toujours la plus appropriée sur ces problématiques. Cette prise en charge nécessite un partenariat étroit à tous les niveaux, que ce soit des actions conjointes entre les politiques régionales de santé et celles de l'hébergement, mais aussi à un niveau territorial plus fin : entre les collectivités territoriales et les acteurs régionaux.

L'ensemble de ces recommandations ne saurait être déconnecté d'une vision plus large des difficultés d'accueil des familles, à la croisée de la politique d'hébergement et des politiques migratoires. D'un côté, le système héberge gratuitement ou contre de faibles contreparties une population croissante de migrants. De l'autre, et sous couvert du caractère urgent et censé être provisoire de leur mise à l'abri, il organise une vulnérabilité tout à fait préjudiciable pour les familles, en plus d'être coûteuse pour la collectivité. L'inconditionnalité de l'accueil des familles dans le système d'hébergement semble ainsi se payer par une réduction de celui-ci à son strict minimum. Repenser la question des migrants et des conditions de leur prise en charge pourrait être une piste de travail pour tenter de résoudre ce paradoxe. Une conférence de consensus permettrait de lancer un débat public à ce sujet.

INTRODUCTION – LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Depuis une dizaine d'années, tout indique, en Ile-de-France notamment, une augmentation du nombre de personnes prises en charge « en famille » dans le cadre de l'assistance aux sans-domicile (Guyavarch et Le Méner 2014 ; Guyavarch et Garcin, 2014). Par famille, nous entendons des parents accompagnés d'enfants mineurs. Les témoignages des acteurs de terrain corroborent les résultats de très nombreuses études épidémiologiques et sociologiques menées dans le monde anglo-saxon, et sont alarmants : les conditions de vie précaires, dans des lieux souvent dégradés, se répercutent sur le plan sanitaire et constituent des entraves au développement physique, psychologique et social des enfants. Les conditions de vie sans domicile et prolongées constituent autant de facteurs aggravants. Ainsi, des problèmes de santé mentale – comme l'a révélé l'étude Samenta (« Santé mentale et addictions chez les personnes sans logement », Laporte *et al.* 2010) –, de nutrition et d'accès aux soins affectent selon toute vraisemblance ces ménages.

Toutefois, au plan scientifique, on ne sait aujourd'hui en France rien ou presque au sujet de ces parents et de ces enfants. Les modalités de recrutement et les contraintes liées à la collecte de données excluent cette population des études en population générale, tandis que les travaux sur les sans-domicile se sont focalisés sur la part visible du phénomène, à savoir essentiellement les personnes dites « isolées ».

Dans d'autres pays ces familles constituent la cible d'interventions dédiées, et un champ d'investigation notable. Ainsi, aux Etats-Unis, ou encore en Australie, les familles constituent – avec les jeunes et les adultes dits « isolés », c'est-à-dire seuls ou en couple et vivant sans enfant mineur – une sous-population d'étude à part entière parmi les sans-domicile[1]. Les premières recherches ont été menées aux Etats-Unis au début des années 1980. Elles répondaient à l'inquiétude de municipalités et d'organisations d'aide dont les services accueillaient un nombre croissant de parents et d'enfants (Bassuk *et al.* 1986), dans des proportions inédites. Dès cette époque, il est apparu que ces familles, touchées par des difficultés matérielles considérables, affectées par des problèmes de santé importants,

[1] Voici quelques articles faisant état de la littérature sur les familles sans logement : Shinn *et al.* (2005), Haber et Toro (2004), Rog et Buckner (2007) et Samuels *et al.* (2010) pour les Etats-Unis ; Keys (2009) pour l'Australie.

notamment de santé mentale, ne ressemblaient pourtant pas aux individus sans domicile fréquentant habituellement ces services.

Pour les enfants, grandir sans chez soi peut avoir de sérieuses répercussions sur le développement physique, émotionnel, cognitif, ou social (Samuels *et al.* 2010). De manière générale, de tels effets paraissent se retrouver dans les milieux précarisés (Bruniaux et Galtier 2005).

L'intensité et la durée des effets des conditions de vie précaire sur les sans-domicile posent particulièrement question pour les enfants, pour qui les répercussions sur le plan sanitaire sont encore plus importantes en l'absence prolongée de domicile fixe (Buckner 2008). Les études anglo-saxonnes signalent en particulier une morbidité élevée chez ces enfants. A titre d'exemple, 50% des enfants sans domicile de moins de 5 ans recevraient moins de l'apport quotidien recommandé en fer et en acide folique, ce qui expliquerait en partie les carences liées à leur alimentation (Drake 1992). Certains enfants paraissent particulièrement vulnérables : ceux qui ont été exposés à des violences intrafamiliales, qui éprouvent un fort isolement relationnel et dont la mère souffre d'un trouble mental ou d'addictions (Buckner 2008 ; Samuels *et al.* 2010). Les retards de développement constatés chez la plupart des enfants sans logement, avec des prévalences[2] plus fortes qu'en population générale, rendent nécessaire un dépistage précoce (Buckner 2008). Les effets du sans-abrisme sur le développement des enfants se font davantage et plus longuement sentir chez les plus petits. Ces effets apparaissent largement réversibles, sauf maintien dans un isolement relationnel, une promiscuité et une instabilité résidentielle forte (Shinn *et al.* 2008).

Les difficultés des familles sans logement, relevées dans divers témoignages de terrain, renforcées par l'exploitation de l'enquête Samenta, et corroborées par la littérature anglo-saxonne, nous ont ainsi guidés dans l'élaboration des objectifs de l'enquête ENFAMS :

- estimer la taille de la population des familles sans logement en Ile-de-France et décrire leurs caractéristiques sociodémographiques ;
- caractériser les conditions de vie, les parcours, et l'état sanitaire de ces familles ;

[2] Le terme de prévalence est utilisé en épidémiologie. Il permet de mesurer l'état de santé d'une population à un moment donné en rapportant le nombre de cas observés à l'ensemble de la population considérée.

- décrire l'état de santé des mères et des enfants autour de grands axes principaux : recours aux soins, santé mentale, santé nutritionnelle, santé périnatale ;

- comparer les prévalences et les résultats obtenus à ceux d'autres études réalisées auprès de populations sans domicile, de populations précaires ou en population générale ;

- décrire l'impact du sans-abrisme sur la vie quotidienne et sociale des parents et des enfants, en s'intéressant notamment à la question de la scolarisation.

Ce rapport expose les premiers résultats de l'enquête. Certains thèmes, abordés dans l'enquête, sont présentés ici sans faire l'objet d'analyses approfondies : la mobilité des familles, aussi bien en termes de parcours migratoire, d'hébergement ou encore de mobilité quotidienne ; d'autres thèmes ne sont pas du tout abordés : la couverture vaccinale des enfants, leur sommeil ou la santé respiratoire. Les résultats présentés dans ce rapport sont donc exploratoires. Il s'agit essentiellement de tris à plat ou de tris croisés, permettant un premier « balayage » des données qui feront l'objet, dans les mois qui viennent, d'analyses plus poussées dans le cadre de rapports de recherche ou de publications scientifiques.

La première partie présente la méthodologie mise en œuvre. Cette partie, assez technique, est nécessaire pour comprendre comment les données ont été produites, auprès d'une population difficilement joignable, en bonne partie non francophone, et à laquelle nous avions énormément de questions à poser. La section suivante fait état des principales caractéristiques sociodémographiques des familles sans logement en Ile-de-France. Comme nous le verrons alors, ces familles ne ressemblent guère aux sans-domicile dépeints dans les enquêtes antérieures. La description met au premier plan non plus le milieu social défavorisé des sans-domicile, mais l'intersection entre migrations et pauvreté. Parler de familles sans logement, c'est aussi parler de familles étrangères, aux prises avec des difficultés administratives et matérielles considérables. La mise au jour de ces difficultés fournit l'arrière-plan de la troisième partie du rapport, consacrée à l'état de santé de ces ménages.

PARTIE 1 - METHODOLOGIE

L'enquête ENFAMS ressemble par bien des aspects aux enquêtes populationnelles menées en France auprès de sans-domicile depuis le milieu des années 1990 (Marpsat et Firdion 2000 ; Kovess et Mangin-Lazarus 1999 ; Economie et Statistiques 2006 ; Laporte *et al.* 2010). Comme celles-ci, elle interroge une population dite « difficile à joindre », notamment en raison de l'absence d'un fichier source de contacts et de la mobilité géographique des individus. Ceux-ci sont de fait le plus souvent absents des études en population générale. L'enquête ENFAMS entend donc produire des connaissances chiffrées sur un groupe peu visible et pour ce faire elle a dû adapter sa méthode. Comme la plupart des études réalisées auprès des sans-domicile, l'étude ENFAMS passe donc par des services, en l'occurrence d'hébergement, pour y interroger une partie des utilisateurs. Mais l'étude ENFAMS se démarque à d'autres égards des enquêtes précédemment réalisées. Elle s'intéresse *exclusivement* à une population négligée, les familles sans logement.

De ce fait, l'enquête s'inscrit dans un projet de recherche plus large sur cette population, (voir encadré 1). Prenant ainsi appui sur les premières explorations issues de ces travaux, confirmant les difficultés à cerner les contours d'un phénomène polymorphe et en pleine expansion, l'enquête quantitative s'est donné un large spectre d'observation, impliquant de surmonter plusieurs obstacles méthodologiques. Comment ainsi interroger une population majoritairement étrangère, dont une bonne partie ne parle probablement pas français ? Comment collecter des informations sur des enfants mineurs, certains en très bas âge ? Comment enquêter dans des établissements peu ouverts au public, certains ayant mauvaise presse, comme les hôtels sociaux ?

Encadré 1. Le projet de recherche ENFAMS

L'enquête quantitative exploitée dans ce rapport prend place au sein d'un projet de recherche plus large sur les enfants et familles sans logement. Ce projet comporte une série de travaux qui ont alimenté la conception de cette enquête quantitative. Il s'agit :

- d'analyses démographiques de la cohorte des usagers du 115 de Paris, mettant en lumière l'importance croissante des familles parmi les sans-domicile (Guyavarch et Le Méner, 2010,

2014 ; Guyavarch et Garcin, 2014) ;

- d'analyses épidémiologiques secondaires de l'enquête Samenta, témoignant de différences considérables dans l'état de santé, les addictions et les troubles psychiques des adultes en famille par rapport aux individus isolés (Oppenchaim et Vandentorren, 2011) ;

- d'une enquête sociologique sur le système d'hébergement des familles, à Paris et en Ile-de-France, décrivant la mise en place d'un système d'hébergement parallèle, en hôtel, destiné distinctement aux familles, mais plus précisément à des familles migrantes en prise à des difficultés administratives (Le Méner et Oppenchaim, 2012 ; Le Méner, 2013a et 2013b) ;

- de plusieurs enquêtes sociologiques sur la vie quotidienne en hôtel, des enfants en particulier (Le Méner *et al.*, 2013), notamment en rapport avec leur expérience de l'école (Mozziconacci, 2013 ; Le Méner et Oppenchaim, 2014) ;

- de deux enquêtes, en géographie de la santé (Jangal, 2012) et en anthropologie (Rico Berrocal, 2014), portant sur la périnatalité, notamment sur l'accès aux soins de femmes enceintes ou venant d'accoucher alors qu'elles sont privées de logement.

Les références indiquées permettent d'en savoir plus sur ces différents travaux, qui se poursuivent en parallèle des analyses de l'enquête quantitative présentée dans ce rapport.

Dans cette première partie du rapport, nous décrivons alors les choix et les orientations méthodologiques retenus ; elle fournit une version condensée d'un rapport méthodologique plus détaillé, auquel le lecteur peut se référer pour plus de précisions (Observatoire du Samusocial de Paris, 2014). Dans un premier chapitre, nous présentons le périmètre de la population étudiée, avant d'introduire la méthode d'échantillonnage utilisée, visant à produire une représentativité statistique de la population des familles sans logement en Ile-de-France. Dans un troisième chapitre, nous présenterons les thèmes abordés dans cette enquête, les questionnaires et les outils d'investigation mobilisés. Enfin, un chapitre sera consacré au déroulement du terrain, de la prise de contact avec les structures d'hébergement à la constitution de la base de données.

CHAPITRE 1. LA POPULATION D'ETUDE

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

Nous avons repris la définition institutionnelle des familles : une famille est définie comme un (ou des) parent(s) accompagné(s) d'au moins un enfant mineur, ou une femme enceinte de plus de trois mois. Mais si nous considérons les familles comme une population d'étude à part entière, quelles sont celles que nous interrogeons concrètement ? La définition statistique de la population dépend des objectifs que nous nous sommes donnés, notamment sur le plan épidémiologique. L'enquête vise particulièrement à caractériser l'état de santé, les parcours de soins et les trajectoires sociales des familles sans logement, et à décrire l'état de santé des enfants autour de deux axes principaux : le développement psychomoteur et la croissance.

Nous nous sommes concentrés sur les familles ayant au moins un enfant de moins de treize ans, en excluant les femmes enceintes de plus de trois mois si elles n'avaient pas un enfant déjà né et âgé de moins de treize ans, résidant en Ile-de-France, en centre d'hébergement d'urgence, de réinsertion sociale, d'accueil pour demandeurs d'asile, ou en hôtel social. Ces restrictions excluent *de facto* d'autres formes de privation de logement pouvant toucher des familles. Elles excluent également les familles où ne résident que des enfants de plus de 12 ans. Dans cette partie, nous justifions ces choix et discutons des conséquences qu'ils entraînent en matière de représentation de la population.

1. Définition des familles sans logement personnel

Par le terme de « famille », nous distinguons ces ménages des personnes dites « isolées »[3]. Nous reprenons une distinction opératoire dans le monde de l'assistance en France mais plus largement dans les pays occidentaux (Philippot *et al.* 2007; Haber et Toro 2004). Celle-ci différencie l'accueil des personnes seules, dites « isolées », de celui d'adultes accompagnés d'enfants. En France, cela se traduit notamment par l'édification d'un système d'hébergement hôtelier quasi-exclusivement dédié aux familles, ainsi qu'à la mise en place de filières en

[3] C'est-à-dire les personnes seules ou en couple, non accompagnées d'enfant mineur.

fonction de la possession et/ou de la nature du titre de séjour (Le Méner et Oppenchaim ,2012 ; Le Méner 2013a).

Dans cette perspective, c'est donc l'enfant qui définit une famille sans logement[4]. Une « famille » en ce sens comprend donc un ou plusieurs enfants (alors frères ou sœurs), et leur(s) parent(s) ou représentants légaux.

Mais est-il légitime de ne s'intéresser qu'aux familles ? En France, les études populationnelles réalisées auprès de sans-domicile ont étudié ensemble et indifféremment les isolés et les familles. L'absence de logement prévaut dans la définition de la population, regardée comme un tout. Dans la population étudiée, le partage d'une origine sociale modeste et d'événements de vie profondément déstabilisants paraissent justifier d'analyser les personnes sans domicile comme un seul bloc. Certes, des différences dans l'accès aux services et dans les parcours sans domicile sont relevées (Marpsat et Firdion 2000 ; Soulié 1997 ; Soulié 2000) mais, en matière de représentation scientifique et politique (Bruneteaux et Terrolle 2010), il importerait avant tout de traiter la population comme un même ensemble.

Certaines sous-populations se sont distinguées dans les enquêtes générales sur les sans-domicile et ils ont ensuite fait l'objet d'études plus spécifiques, en particulier les « jeunes » (18-25 ans)[5] (Firdion 2000, 2006 ; Marpsat et Firdion 2000). C'est une démarche semblable qui nous a incités à étudier spécifiquement les familles parmi les sans-domicile.

En effet, les études existantes ne s'intéressent pas ou peu aux familles sans logement. Les quelques données publiées invitent pourtant à considérer l'augmentation de ce type de ménages parmi les sans-domicile. Des données de gestion, comme celles du 115 de Paris, permettent en outre d'identifier des caractéristiques sociodémographiques spécifiques par rapport à celles des isolées, par exemple concernant l'origine géographique (Guyavarch et Le Méner 2014). Des exploitations secondaires de l'enquête Samenta soulignent également que certains troubles mentaux touchent significativement plus les familles que les personnes

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

[5] Nous donnons ici l'exemple des jeunes, car ils font l'objet de nombreuses recherches. Mais on peut aussi signaler une enquête récente d'épidémiologie, portant principalement sur l'hygiène et les ectoparasitoses des personnes sans logement (Arnaud *et al.* 2013). Celle-ci vise à comparer la situation d'individus vivant à la rue à celle de personnes hébergées dans des centres d'urgence ou de réinsertion sociale. Les personnes sans abri sont habituellement négligés dans les enquêtes populationnelles. Deux raisons principales expliquent cette exclusion statistique : les difficultés pour les rencontrer et les identifier mais surtout des ressemblances supposées entre eux et les personnes hébergées, ayant pour la plupart connu un épisode sans abri.

isolées, jeunes ou non (Oppenchaim et Vandentorren, 2011). Ces observations entrent en résonnance avec de nombreuses recherches menées dans le monde occidental.

2. La non prise en compte de certaines formes de privation de logement

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

2.1. L'exclusion des familles non hébergées par les pouvoirs publics

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

En premier lieu, les familles résidant chez des tiers ne sont pas prises en compte. Des recherches récentes laissent penser que des cohabitations forcées sont de plus en plus fréquentes, pour des parents et mères seules notamment, qui attendent un enfant et n'ont pas où loger. Habiter chez un tiers faute de pouvoir vivre chez soi pourrait donc être une porte d'entrée dans des parcours sans domicile, bien que cette situation concerne toute une variété de ménages (Baronnet et Vanoni, 2012). Les questions portant sur la trajectoire résidentielle des enquêtés permettront de le mesurer, à défaut d'interroger directement et plus précisément cette configuration d'hébergement. D'autres formes de sans-abrisme se retrouvent également hors du champ de l'étude : les familles demeurant dans l'espace public ou dans des campements.

Les médias portent régulièrement à la connaissance du public des situations particulièrement tragiques de familles dormant à la rue, dans des halls d'immeubles ou d'hôpitaux, des squats ou d'autres abris de fortune, faute d'un logement bien sûr, mais aussi d'un hébergement institutionnel. Pourquoi alors ne pas avoir inclus ces situations dans le champ d'étude ? Les difficultés pour enquêter auprès de personnes demeurant la nuit dans l'espace public (Join-Lambert *et al.* 2011; Arnaud *et al.* 2013) rendent une telle entreprise très compliquée. En outre, il est vraisemblable que les situations visibles de familles sans abri ne durent pas plus d'une ou de quelques nuits, à moins d'être tolérées par les municipalités ou revendiquées par les familles concernées, refusant les solutions d'hébergement proposées. Là encore, les questions sur la trajectoire résidentielle nous permettront de mesurer l'ampleur de ces épisodes sans abri *stricto sensu*.

Nous délaissons une dernière forme de sans-abrisme : celle qui touche les habitants de campements ou de bidonvilles, en particulier les Roms. D'après le recensement de septembre 2013 de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri et mal logées (DIHAL), près de 17 000 personnes résident en France dans des « campements illicites », dont près de 7 000 en Ile-de-France[6]. Ce recensement ne distingue pas les personnes vivant seules ou en famille à l'intérieur de ces baraquements. Par ailleurs, la carte des campements est changeante, ce qui aurait compliqué l'accès à la population, mais ce n'est pas la raison principale pour laquelle nous n'y avons pas enquêté (comme nous le verrons, le parc hôtelier est lui aussi instable). D'autres raisons s'avèrent plus déterminantes. Les hébergeurs, interrogés dans le cadre d'une recherche sur le système d'hébergement, ne considèrent pas les Roms comme une cible particulière de leur intervention, bien que les difficultés rencontrées par les familles puissent s'apparenter sous certains angles, comme celui de la scolarité (Lardanchet 2014) ou celui de l'accès aux soins (Halfen, 2012), à celles d'enfants vivant en centre d'hébergement. D'autre part, il existe un dispositif destiné aux Roms, assez hermétique avec les filières d'accès à l'hébergement pour les familles sans logement. Il s'agit des villages d'insertion, proposés à une minorité d'anciens habitants de campement, sélectionnée par des travailleurs sociaux (Legros 2010a, 2010b). Ces villages d'insertion, comme d'autres types d'hébergement institutionnel, n'ont pas été pris en compte dans l'enquête.

[6] Voir également http://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/Dossier-27sept2013-Campements-illicites.pdf

2.2. L'exclusion des centres maternels, des résidences sociales et du logement transitoire

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

Nous avions initialement l'intention d'enquêter dans des centres maternels. Si ce type d'accueil cible des mères présentant des difficultés pour élever leur enfant, il concerne de façon centrale des ménages fortement démunis, privés de logement notamment. C'est la principale raison pour laquelle les centres maternels avaient été inclus dans les enquêtes SD 2001[7] ou Samenta. Il nous paraissait également pertinent d'enquêter dans ces structures, car quelques études laissent penser que le travail mené dans certains CHRS auprès de jeunes mamans est voisin de celui offert en centre maternel (Thiery, 2008). Il serait alors axé sur l'éducation des enfants, dans une veine psychopathologique assumée. Au moment du pilote de cette étude, nous avons pris contact avec différents centres maternels de la région. Tous nous ont opposé que les familles accueillies souffraient moins de l'absence de logement que de problèmes intrafamiliaux, que leurs difficultés étaient bien différentes des personnes accueillies en centres d'hébergement ou à l'hôtel. Ces arguments convergent avec les réserves exprimées au sein des Conseils généraux, qui considèrent également les centres maternels moins comme une réponse à l'absence de logement qu'à des difficultés familiales. Partant de ces oppositions fondées et étant donné les contraintes matérielles et d'échantillonnage de l'enquête, nous avons renoncé à enquêter dans ces établissements.

Par ailleurs, l'absence dans l'échantillon des résidences sociales et des logements transitoires s'explique par l'accent que l'on a voulu mettre sur les structures d'hébergement collectif et à durée de séjour limitée. Bien qu'ils ne soient pas considérés comme une forme pérenne de résidence, ces établissements s'apparentent à des sorties d'hébergement. Leurs habitants occupent alors un espace selon des critères qui sont ceux du logement et non pas de l'hébergement : ces normes sont nettement plus généreuses[8]. Comme dans un logement ordinaire, ils disposent de leurs propres clefs et sont libres, en tout cas moins contraints que dans les autres centres d'hébergement, d'aller et de venir et surtout de recevoir des invités. Si nous avions eu les moyens nécessaires, nous aurions pu essayer de constituer un échantillon

[7] Les enquêtes « SD », pour « Sans Domicile » sont des enquêtes menées par l'Insee.
[8] Voir le guide des dispositifs d'hébergements et de logements adaptés. DGAS/DGALN – DHUP, réédition novembre 2008.

de familles vivant dans des résidences ou des logements transitoires, considéré comme un groupe témoin de familles démunies mais logées, ainsi que le préconisent les bilans scientifiques les plus récents.

3. Les dispositifs d'hébergement pris en compte

3.1. L'inclusion des CHU et des CHRS

Certains CHU et CHRS se sont spécialisés totalement ou partiellement dans l'accueil de familles. L'hébergement est généralement collectif, mais peut être également réalisé dans des appartements dispersés autour du siège de la structure : nous parlerons d'hébergement « éclaté » lorsqu'une famille réside dans un tel appartement, qu'elle y vive seule ou qu'elle le partage avec un autre ménage.

Les CHU proposent en principe un hébergement pour une durée plus brève que les CHRS, mais il semble que la principale distinction tienne au financement et aux services qui peuvent y être proposés. Globalement, les seconds sont mieux équipés que les premiers[9].

3.2. L'inclusion des hôtels sociaux

Les hôtels sociaux sont le mode d'hébergement principal et caractéristique des familles en Ile-de-France (Le Méner 2013b). Sous cette appellation, nous désignons plusieurs catégories d'établissements : des hôtels meublés, qui accueillent de longue date des migrants et des citadins peu fortunés (Faure et Lévy-Vroelant 2007) ; des établissements de tourisme ; des résidences hôtelières à vocation sociale. Ces établissements diffèrent notamment par leur équipement : les meublés (autrement appelés « hôtels préfecture ») ne sont pas homologués pour le tourisme[10]. Les pouvoirs publics et les associations utilisent ces structures depuis les années 1980 au moins, de façon ponctuelle, pour abriter en urgence des ménages en difficulté. Mais depuis la fin des années 1990, ils servent spécialement à héberger des familles, privées de logement et migrantes, notamment sans-papiers (Le Méner et Oppenchaim, 2012).

Soulignons que le mode d'hébergement en hôtel peut varier sensiblement d'un opérateur et

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

[10] On peut à ce sujet consulter un document élaboré par le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, « Les réglementations et polices applicables aux hôtels et "Hôtels meublés" », notes juridiques (mise à jour le 10 janvier 2007).
Disponible à cette adresse : http://www.logementsmigrants-paca.org/IMG/File/REGLEMENTATION.pdf

d'un département à l'autre. Alors que les organisations parisiennes privilégient un accueil à durée indéterminée, les 115 et les Conseils généraux de départements voisins ont plutôt tendance à fixer une limite de durée au séjour des familles, parfois assortie de déménagements forcés d'un établissement à l'autre. Une dernière différence importante entre hôtels sociaux tient à leur localisation. Face à l'augmentation de la demande, surtout portée (en valeur absolue) par des familles dépendant d'organisations parisiennes, on assiste en effet à une extension du parc hôtelier dans toute la région francilienne et en premier lieu en petite couronne. L'éloignement de Paris pourrait se traduire par des difficultés d'accès aux institutions, comme l'école ou la santé. En bref : il existe une hétérogénéité de l'accueil à l'intérieur du parc hôtelier, relative non seulement à la variété des établissements concernés, mais également au mode d'hébergement et à la localisation des structures.

3.3. L'inclusion des CADA

L'inclusion des CADA dans le champ de l'étude peut poser question. Ne constituent-ils pas avant tout un dispositif d'accueil spécialisé (comme les villages d'insertion par exemple), destiné à une population bien précise, en l'occurrence les demandeurs d'asile ? Et qu'ont à voir les demandeurs d'asile avec les sans-abri ? Les CADA et les services consacrés à ce public ne sont-ils pas d'ailleurs exclus de toutes les enquêtes menées auprès des sans-domicile ? Ce qui nous a incités à intégrer les CADA dans l'étude, c'est le rapprochement entre la politique de l'asile et l'aide aux sans-domicile. Depuis une dizaine d'années, une indifférenciation croissante paraît à l'œuvre entre ces politiques publiques. Le dispositif d'hébergement généraliste (en premier lieu l'hébergement d'urgence) supplée le dispositif national d'asile (DNA), débordé (Noblet 2000 ; Boucher et Ridder 2002 ; Frigoli 2004 ; Frigoli 2009 ; Dourlens 2006). Du reste, le développement du système d'hébergement hôtelier à la fin des années 1990 répond notamment à l'augmentation des familles demandeuses d'asile, pour lesquelles une filière de prise en charge est créée dès 2000 : la Coordination d'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA)[11]. L'organisme ne parvient pas à traiter toutes les demandes, si bien que les familles demandeuses d'asile sont de plus en plus nombreuses parmi celles hébergées par le 115 de Paris. Par conséquent, le rapprochement des

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

questions d'asile et d'hébergement, notamment pour les familles, nous a conduits à inclure les CADA dans le champ d'étude.

3.4. Les critères d'inclusion des familles : délimitation géographique, par classe d'âge des enfants et par langue parlée

La première restriction opérée est géographique : l'enquête porte sur l'Ile-de-France. Cette délimitation s'explique par les moyens dont nous disposons et le rayon habituellement couvert par les enquêtes de notre équipe. Mais l'Ile-de-France est aussi la principale région pourvoyeuse d'hébergements. En ce qui concerne les familles, bien que l'on observe une progression de leur effectif à l'échelle nationale, la région parisienne concentre certainement l'offre d'hébergement la plus importante, notamment en matière d'hôtellerie sociale. Par ailleurs, il nous a paru important de prendre en compte toute la région et non pas seulement Paris ou la première couronne, dont les hébergeurs supportent pourtant l'essentiel de la demande. En effet, depuis Paris en particulier, s'observe un étalement croissant de l'hébergement hôtelier, bien au-delà de la capitale. Cette expansion du parc d'hébergement pose du reste d'importantes questions de coordination, amenées à être réglées au niveau, si ce n'est de la région, du moins de la métropole (Le Méner 2013a).

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

[12] Nous avions de quoi financer 800 à 1000 enquêtes – chiffre variant en fonction du temps moyen consacré à chacune d'elles.

Une troisième restriction porte sur les langues prises en compte dans l'étude. Les données disponibles au préalable de l'enquête indiquaient qu'une grande majorité des parents sans logement étaient nés à l'étranger (Guyavarch et Le Méner 2010 ; Guyavarch et Le Méner 2014 ; Guyavarch et Garcin 2014). En outre, dans l'enquête Samenta datant de 2009[13], 27% des adultes contactés n'étaient pas francophones. Nous pouvions donc supposer qu'une bonne partie des parents que nous interrogerions ne parleraient pas français ou ne seraient pas en mesure de suivre des questionnaires longs en français. Nous avons donc tenu à mener l'enquête dans plusieurs langues en interrogeant exactement de la même manière les francophones et les non francophones. L'idéal aurait alors été de traduire le questionnaire dans toutes les langues, ce qui était impossible en raison du coût que cela aurait impliqué et des difficultés pour recruter des enquêteurs dans toutes ces langues. Le problème qui se posait était alors de traduire le questionnaire dans un nombre limité de langues, tel que nous puissions toucher le maximum de familles. Pour cela nous sommes partis de l'hypothèse que nous rencontrerions davantage de non-francophones en CADA et en hôtel que dans les autres structures, auxquelles les familles accèdent le plus souvent à condition qu'au moins un des membres du ménage ait un titre de séjour (autre qu'un récépissé de demande d'asile accordant une autorisation provisoire de séjour). En effet, la possession d'un titre de séjour indique sans doute une présence en moyenne plus longue sur le territoire français, et peut impliquer de suivre des cours d'apprentissage du français, dans le cadre du contrat d'accueil et d'intégration. Pour définir les langues qui seraient traduites dans l'enquête, nous nous sommes servis de deux sources : il s'agit d'abord des données de l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et des apatrides), indiquant le nombre de recours à des interprètes, en fonction des langues sollicitées, dans le cadre de l'audition des demandeurs d'asile par un officier de protection. Il s'agit ensuite des données du 115 de Paris, concernant les recours du service à des interprètes professionnels pour dialoguer avec les appelants. Les données utilisées de l'OFPRA concernaient l'année 2011, celles du 115 de Paris le premier semestre 2012.

Nous avons tout d'abord retenu les langues faisant partie à la fois des dix langues d'interprétariat les plus demandées par l'OFPRA et par le 115 de Paris. Ce critère a permis de sélectionner le russe, l'arabe, l'arménien et le tamoul. Ces quatre langues couvrent 31% des besoins d'interprétariat de l'OFPRA et 54% du 115 de Paris. Nous avons ensuite choisi des langues de traduction selon d'autres éléments d'appréciation. Le bulgare et le roumain ont été

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

retenus car des membres du 115 de Paris ainsi que des équipes de terrain du pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH) du Samusocial de Paris nous avaient fait part de leur impression d'une demande croissante d'hébergement de la part des familles Roms. Nous avons retenu ensuite le mongol, fréquemment sollicité au 115 de Paris, mais surtout parce que la Mongolie fait désormais partie des « pays d'origine sûr »[14] – la prise en compte du caractère sûr du pays d'origine n'empêche cependant pas le ressortissant dudit pays de demander l'asile en France, toutefois en cas de rejet, le recours éventuel devant la Cour nationale du droit d'asile n'a pas de caractère suspensif. Pour le reste, nous avions retenu le bengali, parce que cette langue arrivait en tête des recours à l'interprétariat à l'OFPRA mais la traduction dans cette langue n'a finalement pas pu être réalisée. Enfin, nous avons souhaité traduire les questionnaires en anglais, comme langue coloniale, parlée en Afrique de l'Est notamment, mais aussi au Nigéria.

En définitive, nous avons choisi de traduire les questionnaires dans les langues suivantes : l'anglais, l'arabe, l'arménien, le bulgare, le mongol, le roumain, le russe, le tamoul (les notes d'information, les consentements, les fiches de rendus de résultats distribués aux parents ont également été traduits dans toutes ces langues). Outre les langues traduites, des traductions partielles ou totales des questionnaires ont été réalisées oralement en bambara, espagnol, italien, lingala, portugais, serbe, soninké, wolof. Au final près de la moitié des entretiens a été réalisé dans l'une des 16 autres langues que le français, et 35% dans une des huit langues de traduction écrite des outils d'enquête.

Tableau 1. Langue de passation de l'enquête ENFAMS

Français	56,0%	Soninké	2,8%	Espagnol	0,9%
Russe	16,6%	Arménien	2,5%	Mongol	0,8%
Anglais	4,9%	Lingala	1,6%	Italien	0,1%
Roumain	4,4%	Bulgare	1,5%	Portugais	0,1%
Arabe	2,8%	Tamoul	1,3%	Serbe	0,1%
Bambara	2,8%	Wolof	1,1%	Total	100%

Source : enquête ENFAMS 2013

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

CHAPITRE 2. LA METHODE D'ECHANTILLONNAGE

Comme précédemment évoqué, les familles sans domicile sont des populations « difficiles à joindre » et donc à échantillonner (Marpsat et Razafindratsima 2010) : d'une part, elles ne sont pas présentes dans une base de sondage préalable à l'enquête (elles ne sont pas couvertes par les enquêtes régulières, comme les enquêtes ménage ou présentes dans les fichiers du recensement ou les fichiers logement) ; d'autre part, elles sont difficilement joignables (l'équipe a souvent dû passer par plusieurs intermédiaires, notamment des intervenants sociaux, pour contacter les familles).

Ces difficultés ont été éprouvées lors de l'enquête pilote en avril 2012. Afin d'obtenir un échantillon probabiliste (ou extrapolable), c'est-à-dire permettant de produire des estimateurs sans biais et avec une variance calculable pour garantir la qualité des données obtenues et la robustesse de nos conclusions, nous nous sommes appuyés sur d'autres enquêtes auprès de populations difficiles à joindre (Ardilly et Le Blanc 2001; Laporte *et al.* 2010).

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

1. Le recensement des structures

A défaut d'une base de sondage de la population d'étude, celle-ci a dû être captée indirectement, par le biais des services auxquels elle a accès. Cette technique de sondage indirect, empruntée à d'autres enquêtes sur les sans-domicile (Ardilly et Le Blanc, 2001) implique de recenser toutes les structures d'hébergement de notre champ d'enquête (CADA, CHRS, CHU et hôtels). Ce recensement répond à deux objectifs : réaliser une base de sondage exhaustive en vue du tirage au sort des structures d'enquête ; établir une cartographie la plus précise possible des structures d'hébergement et analyser leur répartition sur le territoire francilien. Outre l'absence de base de sondage, la mobilité du parc d'hébergement hôtelier et de la population qui y est accueillie a dû être prise en considération, et le recensement a eu lieu au plus près de la date d'enquête afin de correspondre à la réalité du moment.

Après avoir recensé l'ensemble des structures à partir des données fournies par la DRIHL, les SIAO, les 115, le PHRH, les conseils généraux et le ministère de l'intérieur[15], lesdites structures, ou les services sociaux qui les géraient, ont été contactés afin de collecter des informations complémentaires. L'ensemble des informations a été recoupé et au final nous disposions d'une base de données contenant la quasi-totalité des structures de notre champ d'enquête, ainsi que le nombre de familles et de mineurs hébergés par ces structures[16].

Tableau 2. Nombre de structures accueillant des familles en Ile-de-France, selon le type. Recensement de novembre 2012.

	Structures recensées	Nombre de familles	Nombre d'enfants mineurs
Ile-de-France			
Hôtel	584	7 561	11 755
CHU	49	565	993
CADA	36	1 148	1 849
CHRS	127	2 152	3 396
Total	*796*	*11 426*	*17 993*
Paris			
Hôtel	212	1 805	1 957
CHU	4	32	56
CADA	2	128	204
CHRS	29	607	892
Total	*247*	*2 572*	*3 109*
Petite couronne			
Hôtel	218	3 276	5 434
CHU	19	311	606
CADA	11	374	662
CHRS	45	790	1 308
Total	*293*	*4 751*	*8 010*
Grande couronne			
Hôtel	154	2 480	4 364
CHU	26	222	331
CADA	23	646	983
CHRS	53	755	1 196
Total	*256*	*4 103*	*6 874*

Source : enquête ENFAMS 2013

[15] Pour la liste des CADA.
[16] Voir le rapport méthodologique d'ENFAMS pour plus de détails sur ce recensement.

2. Le plan de sondage

Nous avons procédé à un sondage aléatoire à trois degrés :

- 1er degré : tirage des structures recensées selon leur taille, dans chaque strate définie (en fonction du type de la structure, de sa zone d'implantation et de la distance à la gare la plus proche, voir *infra*) ;

- 2ème degré : tirage des familles dans la liste des familles éligibles (construite sur place) ;

- 3ème degré : tirage des enfants de moins de 13 ans parmi les enfants de 0 à 12 ans révolus que comprenait la famille (ayant accepté de participer à l'enquête).

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

2.1. Premier degré : le tirage des services

Un tirage stratifié des centres à probabilités inégales a été réalisé. Nous avons fait le choix de cette méthode en nous appuyant sur les hypothèses et les objectifs décrits dans le rapport méthodologique. Par conséquent, nous avons décidé de réaliser un tirage stratifié, où les variables de stratification sont :

- le type de structure. Nous avons pris en compte la mission de la structure et considéré les CHU, CHRS, CADA et hôtels sociaux accueillant des familles ;

- la zone d'implantation de la structure. Elle permet de mesurer l'éloignement à Paris et d'estimer la diversité des modes de transports en commun et leur rapidité. Nous nous sommes servis de la classification du Syndicat des transports d'Ile-de-France (STIF) qui a l'avantage d'être plus fine qu'une différenciation Paris - petite couronne - grande couronne. Il existe cinq zones établies par le STIF. Trois strates ont été définies à partir des cinq zones STIF, en regroupant les zones dont l'offre en transport en commun apparaissait similaire[17].

- la distance à la gare la plus proche en délimitant trois seuils : proche (de 0 à 600 mètres), intermédiaire (de 600 à 1 000 mètres) et éloigné (plus de 1 000 mètres).

[17] Les zones 1 et 2 et les zones 3 et 4 ont été regroupées dans deux strates, tandis que la zone 5 constituaient une strate à elle seule.

Afin de mettre en évidence une éventuelle différence entre les structures et les lieux de vie, il était nécessaire de sur ou sous représenter certaines d'entre elles pour obtenir des effectifs suffisants pour comparer les strates entre elles. Par conséquent, nous avons :

- sous-représenté les hôtels (qui formaient presque les trois quarts de la population source) ;

- surreprésenté les CHU ;

- pris en compte la totalité des CADA (vu la faible taille du parc concerné et la nécessité d'avoir un nombre suffisant de CADA pour les comparer aux autres types de structures) ;

- surreprésenté la zone d'implantation 3 (correspondant à la zone 5 du STIF) ;

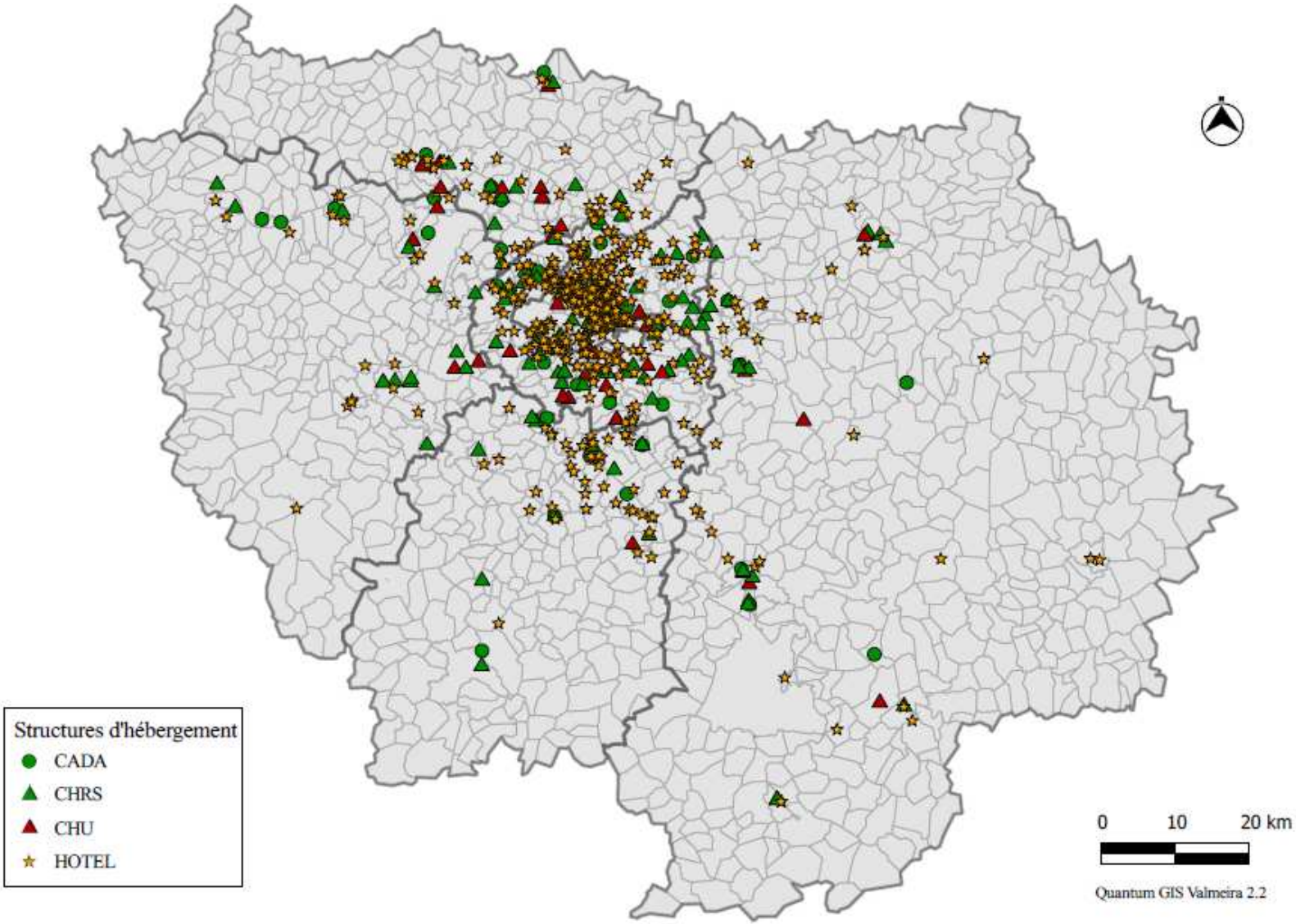
- surreprésenté la distance D3 (plus de 1 000 mètres de la gare la plus proche).

Au total, sur les 796 établissements (CHU, CHRS, CADA et hôtels sociaux) recensés hébergeant des familles, 251 ont été tirés au sort et 193 ont été visités.

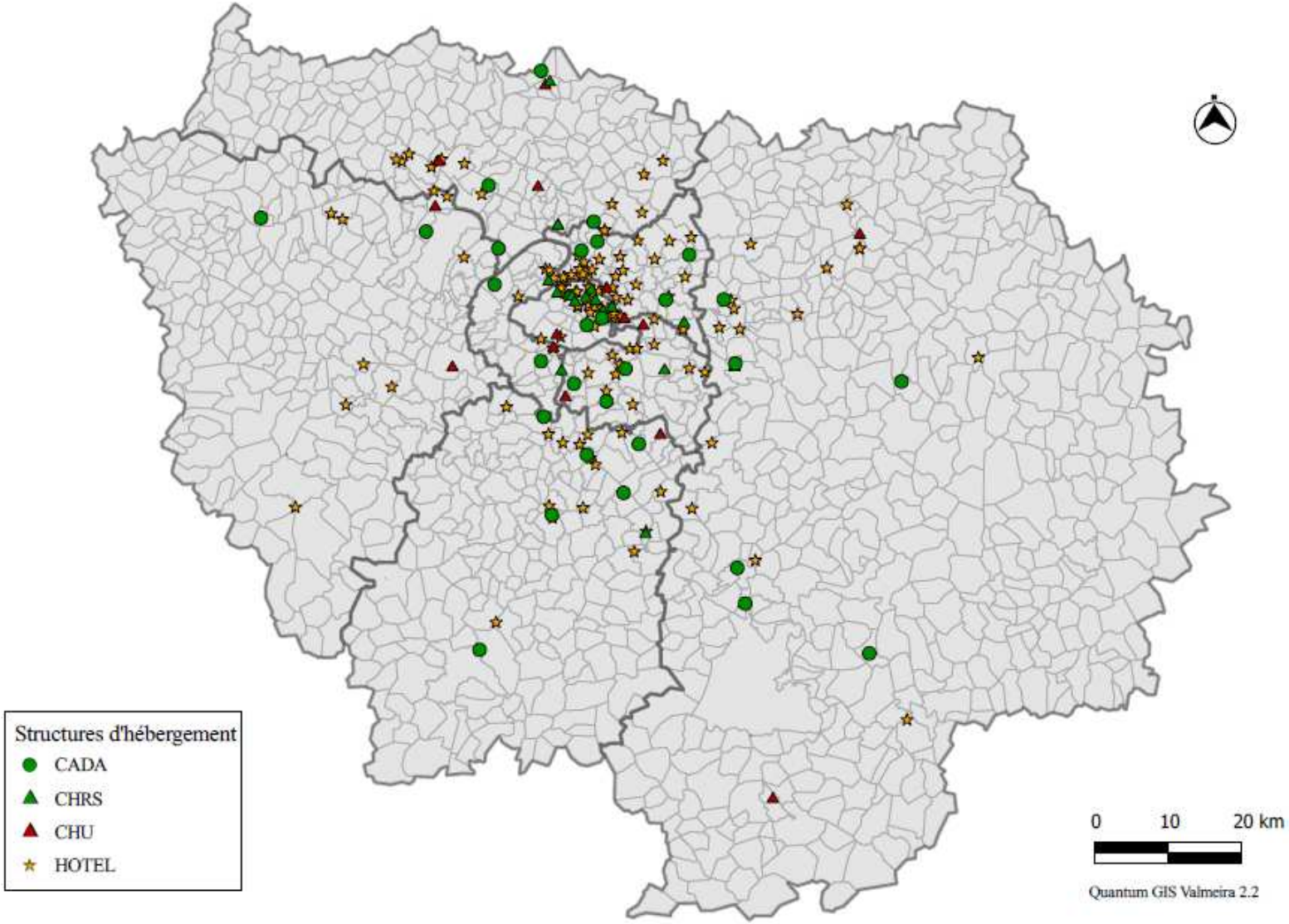
2.2. Deuxième degré : le tirage des familles

Une fois les structures d'hébergement sélectionnées, le tirage au sort des familles s'est effectué sur place, au moment de la prévisite (voir *infra*). Afin de ne pas biaiser l'échantillonnage, les prévisites se sont déroulées, autant que possible, en fin de journée (après le retour de l'école) ou lors des congés scolaires (le mercredi notamment). Cela permettait de maximiser le nombre de familles présentes dans l'établissement. Toute famille comprenant au moins un enfant (né) de moins de 13 ans et parlant une des langues de l'enquête, était susceptible d'être tirée au sort.

Carte 1. Répartition des structures d'hébergement accueillant les familles en Ile-de-France (novembre 2012)



Carte 2. Répartition des structures d'hébergement tirées au sort et enquêtées entre janvier et mai 2013



2.3. Troisième degré : le tirage des enfants

Une dernière étape parachevait la construction de l'échantillon des enquêtés. Dans chaque famille sélectionnée, un enfant de moins de 13 ans était tiré au sort. Afin de procéder au tirage, le prévisiteur établissait avec l'aide des parents la liste des enfants éligibles, c'est-à-dire compris dans cette tranche d'âge, et habitant au sein du foyer. Afin de répondre aux objectifs attendus, nous avons fixé une proportion d'enfants enquêtés de 0 à 5 ans révolus d'environ deux tiers. L'enquête pilote avait laissé penser que la distribution d'âge des enfants tendait à se conformer aux données récentes du 115 de Paris (Guyavarch et Garcin, 2014). Afin de ne pas complexifier le tirage, nous avons finalement décidé de ne pas stratifier par tranches d'âge et d'effectuer un tirage aléatoire simple tout en contrôlant au fur et à mesure, la distribution des enfants enquêtés. Cela nous a permis de nous assurer que nous parvenions bien à des proportions voisines de deux tiers d'enfants de moins de 6 ans, et un tiers d'enfants de 6 à 12 ans révolus.

3. Le nombre de familles à enquêter et le nombre de structures à échantillonner

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

3.1. Le nombre de familles à échantillonner

Nous sommes partis des objectifs épidémiologiques pour déterminer les effectifs à enquêter. Un des principaux objectifs de l'enquête est de mesurer l'impact de l'absence de logement sur la santé des enfants, à partir de deux indicateurs centraux : la prévalence du retard du développement et la prévalence d'anémie. Selon la littérature anglo-saxonne, la prévalence du retard de développement varie de 0,8% (Hagberg et Kyllerman 1983) à 2,5% (Glass 1991), du fait de l'hétérogénéité des tests utilisés et de l'âge de la population étudiée. Nous nous attendions à une prévalence de retard du développement de 10% (il est toutefois possible que ce chiffre soit sous-estimé du fait de biais psychométriques car la mesure du niveau intellectuel général d'une population augmente à chaque génération alors que les barèmes des

tests psychométriques usuels ne sont pas régulièrement étalonnés). La prévalence attendue de l'anémie chez les mères a été estimée voisine de 40% dans notre étude à partir des estimations retrouvées dans la littérature. La National Health and Nutrition Examination- Survey II suggérait une prévalence en population générale avoisinant les 10 % pour les femmes en âge de procréer tandis que l'étude menée par les Centers for Disease Control (CDC), aux Etats-Unis, plus proche de notre population (population de femmes enceintes à faible revenu) retrouvait jusqu'à 38 % des femmes avec un hématocrite ou un taux d'hémoglobine bas. Par ailleurs, nous avons jugé important de comparer les familles hébergées en CADA et CHRS[18] à celles hébergées en hôtel et CHU, notre hypothèse étant que les familles hébergées en CADA ou en CHRS présenteraient des indicateurs de santé générale meilleurs que celles hébergées en hôtel ou en CHU, en raison de la présence régulière de soignants dans ces établissements. Nous estimons le rapport de prévalence à près de 1,5. Un millier de simulations du scénario établi par nos hypothèses de départ a été réalisé. D'après ces simulations, le nombre de familles nécessaires à la comparaison des prévalences s'élève à 553 pour le retard de développement, et à 753 pour la prévalence de l'anémie[19], nous avons donc retenu cette dernière valeur.

3.2. Le nombre de structures à échantillonner

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

[18] Ces centres offriraient des équipements et prestations voisins, à des publics différents. Du reste, avant la loi 2006-911 relative à l'immigration et l'intégration, les CADA et les CHRS étaient administrativement confondus.
[19] Risque alpha à 5% ; précision à 3,5% pour l'anémie et 2,5% pour le développement.

au sens où ils porteraient à quelques-uns toute la représentation de leur groupe. Le nombre d'établissements par strate devait permettre d'obtenir un échantillon riche et varié de structures et, par là, de familles.

3.3. Le nombre de familles à échantillonner à l'intérieur de chaque structure

Pour finir, le nombre de familles tirées au sort, par structure, a été fixé *a priori* à quatre[20], quels que soient la taille et le type de la structure d'hébergement. L'intérêt pratique étant de faire en sorte qu'une infirmière puisse interroger l'ensemble des personnes tirées au sort dans un centre en une journée d'enquête. Ceci nous donne un total de quatre rendez-vous, nombre *a priori* raisonnable de visites quotidiennes pour une infirmière.

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

CHAPITRE 3. LES OUTILS ET LES QUESTIONNAIRES

Au sein de chaque famille, plusieurs questionnaires et outils ont été administrés au cours d'un entretien avec un binôme composé d'un enquêteur et d'un enquêteur-psychologue. La famille était dans un second temps rencontrée par une infirmière. Les questionnaires et outils utilisés variaient en fonction de l'âge de l'enfant.

1. Les questionnaires

1.1. Le questionnaire principal

Ce questionnaire a été administré par l'enquêteur à un parent de chaque famille, et autant que possible à la maman. L'interrogation des mères nous a paru, à choisir, plus utile que celle des pères, notamment parce que nous nous intéressions à l'histoire des grossesses ou encore à la violence domestique, mais aussi pour l'utilisation de certains outils, comme le *Vineland* (voir *infra*). Nous n'avons interrogé les pères qu'au sein de familles monoparentales ou lorsque ceux-ci insistaient pour participer eux-mêmes à l'enquête.

Ce questionnaire comprend 12 parties, qui reprennent partiellement des questions ou des modules issus d'autres enquêtes, afin d'obtenir des bases de comparaison. Elles portent sur les caractéristiques et les conditions de vie de la famille mais également sur la santé et le recours aux soins de l'adulte enquêté (voir liste des thèmes du questionnaire principal posé aux parents, en annexe).

1.2. Les questionnaires parents sur les enfants de 0-5 et 6-12 ans

A la suite du questionnaire principal, le parent était également interrogé par l'enquêteur sur l'un de ses enfants, tiré au sort lors de la prévisite (voir *infra*). Il faut noter que les enfants étaient exclus jusqu'à présent des enquêtes sur les sans-domicile en France et constituent, même dans la recherche américaine qui est la plus productive au sujet des familles sans logement, une population « négligée » (Bassuk et Rubin 1987).

Rappelons que selon la classe d'âge de l'enfant tiré au sort, les questions étaient différentes. Pour un enfant de moins de 6 ans, les questions portaient essentiellement sur sa santé et son alimentation alors que pour un enfant plus âgé, les questions portaient

essentiellement sur ses relations sociales et dans une moindre mesure sur sa santé (voir liste des thèmes des questionnaires posés aux parents, portant sur les enfants, en annexe).

1.3. Le questionnaire direct aux enfants de 6 à 12 ans

Si l'enfant tiré au sort avait entre 6 et 12 ans, il était également interrogé directement, par l'enquêteur-psychologue, en même temps que son parent était interviewé par l'enquêteur. Le questionnaire portait sur le rapport à l'hébergement et à l'école de l'enfant, ainsi que sur ses relations de sociabilité et ses activités de loisirs. Il nous paraissait en effet important de mieux prendre en compte le point de vue des enfants, car des enquêtes qualitatives avaient suggéré que l'on ne pouvait résumer l'expérience des enfants à ce qu'en rapportaient leurs parents (Halpenny *et al.* 2002 ; Keogh *et al.* 2006 ; Kirkman *et al.*, 2010 ; Moore et McArthur, 2011 ; Le Méner *et al.* 2013). Il faut noter que ce questionnaire, comme les questionnaires adressés aux parents, a bénéficié dans son élaboration d'une collaboration étroite avec quelques familles (dont des enfants) privées de logement, ou anciennement dans cette situation (Le Méner et Oppenchaim, 2013).

2. Les outils de mesure du développement

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

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

- les tranches d'âges couvertes et leur correspondance avec nos classes d'âge d'intérêt ;

- leur utilisation et leur validation en français dans d'autres enquêtes référencées pour permettre des comparaisons ;

- leur existence dans d'autres langues ;

- une passation relativement simple, ergonomique, dans le cadre de l'enquête ;

- la possession de bonnes qualités métrologiques[21].

Les précautions d'interprétation concernant le développement d'un jeune enfant, et dans notre contexte en particulier, pour ne pas conclure à un retard de développement cliniquement infondé, ont justifié notre préférence pour des outils portant sur le développement général plutôt que sur une dimension spécifique. Par ailleurs, étant donné les appartenances culturelles des familles sans logement, nous avions sans doute intérêt à nous focaliser sur le développement psychomoteur – non pas que le milieu culturel n'influence pas le psychomoteur mais parce que des outils permettent en partie d'en mesurer la portée –, plutôt que sur l'apprentissage du langage et de la communication, les mesures existantes étant trop sensibles au milieu culturel de l'enfant. Nos résultats devaient permettre de construire des indicateurs simples de développement, et par la même de repérer des enfants à risque de troubles du développement psychomoteur. Pour ce faire, il aurait été hasardeux de ne s'appuyer que sur une mesure partielle du développement. Comme nous l'avons dit, la nécessité de disposer d'outils validés également en français auprès des moins de 6 ans a aussi orienté notre choix.

2.1. Le Vineland

Le *Vineland Social Maturity Scale* de Doll (1953), puis révisé par Sparrow (Sparrow et Cicchetti, 1985 ; Sparrow *et al.*, 1989 ; Sparrow, 2011) comporte quatre versions réalisées par l'équipe de Sara Sparrow, dont une version de dépistage rapide (VDS *screening*) et une version enquête (VABS *survey questionnaire*) qui est la forme abrégée utilisée dans les protocoles de recherche, et aussi la plus répandue (VABS *Vineland Adaptative Behavior Scale*). Les items sont regroupés par domaine et sous-domaine en respectant un ordre développemental dans chaque domaine :

- la communication orale et écrite ;
- l'autonomie dans la vie quotidienne personnelle, familiale et sociale ;

[21] Validité, sensibilité, fiabilité.

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

Le *Vineland*, appliqué dans l'enquête aux enfants jusqu'à 5 ans révolus, présente l'avantage d'être l'un des rares instruments à avoir une haute qualité clinique. Il a été construit pour se focaliser sur les éléments clefs du développement et dresser des profils de développement ; il permet notamment de repérer les traits autistiques. Il a été validé en français (Fombonne et Achard 1993) et est utilisé dans les centres de ressources sur l'autisme. Le questionnaire comporte 297 items pour le VABS. Il est analysé en une note brute puis standardisé dans chaque domaine, et donne un score global composite. Les résultats prennent la forme d' « âge équivalent » (moyenne à 100, écart-type : 15).

2.2. Le Dominic Interactive

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

Pour les enfants âgés de 6 à 12 ans, le *Dominic Interactive* est un matériel graphique reposant sur des exemples concrets présentant les problèmes de santé mentale dans un format similaire à celui d'un jeu sur ordinateur. Les enfants répondent simplement par oui ou par non. Son administration dure quinze minutes. Il s'appuie sur le « manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »[22] et permet de mettre en évidence des problèmes intériorisés. Développé au Québec et traduit en onze langues, le *Dominic Interactive* est utilisé par beaucoup d'organismes et de professionnels en santé mentale au Canada, aux États-Unis, en Europe et en Australie (Shojaei *et al.* 2009b).

Cet outil a été testé et présente des propriétés psychométriques adéquates : il offre une méthode de dépistage sensible au stade du développement, afin d'obtenir des informations de la part des jeunes enfants sur leurs problèmes de santé mentale (Bergeron *et al.* 2013).

2.3. Le Strenghts and Difficulties Questionnaire

Afin de mesurer des comportements ou symptômes associés à des problèmes de santé mentale, nous avons également opté pour le SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*) car il a été développé à partir de questionnaires reconnus (*Rutter* et *Child Behavior Checklist*),

[22] Version « DSM-IV-TR », publiée en 2000.

(Goodman 1997). Le SDQ étudie l'hyperactivité/inattention, les troubles relationnels avec les pairs, les troubles du comportement, les troubles émotionnels et le comportement prosocial. Il présente aussi l'avantage d'être simple et rapide (cinq minutes) et peut être utilisé en contexte d'enquête populationnelle, de dépistage clinique ou de recherche. Ses qualités métrologiques sont bonnes : il a été évalué dans plusieurs contextes et plusieurs pays, et est d'utilisation répandue (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie, France, Norvège, Pays-Bas, Suède, Finlande, Norvège, Danemark, Islande, Allemagne, Bangladesh). Il peut en outre être appliqué aux deux échantillons d'enfants mais ne concernait dans notre enquête que les enfants de 4 ans et plus.

2.4. Un outil complémentaire : l'entretien observationnel

L'enquêteur-psychologue a réalisé un entretien préparatoire avec l'enfant, avant de procéder à la passation des tests présentés ci-dessus. Cet entretien permettait de recueillir de nombreuses informations qualitatives, complétant les outils quantitatifs précédemment présentés. Pour les enfants âgés de moins de 6 ans, l'enquêteur-psychologue a également mené un entretien observationnel durant la phase de passation du questionnaire par l'enquêteur avec le parent. Enfin, il était proposé à l'enfant de faire des dessins, notamment le « dessin du bonhomme » qui permet aux enquêteurs-psychologues d'évaluer l'idée que l'enfant possède de son schéma corporel.

3. Les prélèvements par les infirmières

Après la visite de l'enquêteur et du psychologue, la famille était contactée une seconde fois pour la visite de l'infirmière (voir *infra*). Ce passage de l'infirmière a permis de recueillir plusieurs types d'informations : des informations mesurées (mesures anthropométriques de l'enfant et de la maman, tension artérielle de la maman, mesure d'hémoglobine de l'enfant et de la maman et recueil d'une mèche de cheveux de l'enfant de moins de 6 ans) et des informations recueillies à partir du carnet de santé de l'enfant (courbe de croissance, calendrier vaccinal).

3.1. Les mesures anthropométriques et la tension artérielle

Il s'agit de mesures précises, fiables et peu coûteuses. Mais elles nécessitent une technique de mesure standardisée et un matériel calibré. Elles étaient faites en présence de la maman. Le poids, la taille, le tour de bras (pour les enfants de 1 à 3 ans uniquement) et le périmètre crânien (pour les enfants de moins de 1 an) ont été mesurés avec un matériel adapté au poids et à l'âge de l'enfant. Le poids et la taille permettent ensuite le calcul de l'indice de masse corporelle[23] (IMC). Notons que la mesure de la tension artérielle ne concernait que la maman.

3.2. La mesure du taux d'hémoglobine

La carences 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 devenue anormalement faible et la concentration en hémoglobine donne des informations sur la gravité de la carence en fer. L'anémie est ainsi classée en quatre niveaux par l'OMS : pas d'anémie/légère/grave/modérée. Un tableau présentant l'interprétation des résultats des taux d'hémoglobine en fonction de l'âge et du sexe était fourni aux infirmières avec des recommandations d'orientation selon le degré de gravité de l'anémie mesurée. En cas de suspicion d'anémie modérée ou sévère, une orientation immédiate de la famille vers un professionnel de santé était réalisée.

3.3. La mesure du taux de vitamines

Pour les enfants de moins de 6 ans, quelques gouttes de sang supplémentaires ont été recueillies sur un buvard, dans des puits calibrés. Ce prélèvement permet le dosage des vitamines A et D, qui a ensuite été réalisé au laboratoire de biochimie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris (Samba *et al.* 2010).

3.4. Le recueil d'une mèche de cheveux

Le dosage de métaux neurotoxiques présents dans l'environnement et ayant des répercussions certaines sur le développement de l'enfant (plomb, mercure) s'est fait à partir d'une mèche de cheveux. Les mèches ont été envoyées à l'Institut national de santé publique du Québec pour dosage du plomb et du mercure (le cadmium, le sélénium et l'arsenic ont été également dosés

[23] Cet indice est le rapport entre le poids (en kilogramme) sur la taille (en mètre) que multiplie la taille (ou IMC = Poids / Taille^2).

dans le même temps). En cas de détection de plomb à des niveaux élevés, l'orientation vers un centre de PMI (protection maternelle et infantile) était prévue (entraînant le plus souvent une plombémie[24] dans un second temps, en vue d'un dépistage du saturnisme infantile).

3.5. La lecture du carnet de santé

Le carnet de santé a permis de recueillir les données de poids et de taille à différentes dates (à la naissance, lors des 4ème et 9ème mois et au moment des dernières consultations), ainsi que le calendrier vaccinal.

4. Récapitulatif des outils en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 3. Questionnaires et outils utilisés dans l'enquête ENFAMS

	Parent	***Enfant de 0 à 5 ans***	***Enfant de 6 à 12***
Entretien avec le binôme :			
Questionnaire principal	x		
Questionnaire sur l'enfant de 0 à 5 ans	x		
Questionnaire sur l'enfant de 6 à 12 ans	x		
Questionnaire direct enfant de 6 à 12 ans			x
Test du *Vineland*		x	
Test *Dominic Interactive*			x
Strenghts and difficulties questionnaire (SDQ)		si au moins 4 ans	x
Entretien observationnel		x	
Dessin du bonhomme		selon l'âge	x
Entretien avec l'infirmière :			
Mesures anthropométriques	x	x	x
Mesure de la tension artérielle	x		
Mesure du taux d'hémoglobine	x	x	
Mesure du taux de vitamines		x	
Recueil d'une mèche de cheveux		x	
Lecture du carnet de santé		x	

Source : enquête ENFAMS 2013

[24] Mesure du taux de plomb dans le sang.

5. L'enquête pilote

5.1. Objectifs

Une étude de faisabilité de cette enquête a été réalisée en mars et avril 2012 afin de tester le protocole, le choix des outils, notamment psychométriques, et leurs conditions de passation. Cinquante familles ont été interrogées dans onze structures (CADA, CHRS, hôtels sociaux, CHU) d'Ile-de-France, dans quatre langues (roumain, russe, bambara, français). Les tests psychométriques éprouvés lors du pilote sont : le CIDI (*Composite international diagnostic interview*) pour la maman et, en fonction de l'âge de l'enfant : la BECS (Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle), le *Vineland*, le *Dominic interactive*, le SDQ. Chez les enfants, les mesures (poids, taille, périmètre brachial et périmètre crânien), les prélèvements de sang (par micro piqûre au bout du doigt) pour repérer d'éventuelles carences nutritionnelles (fer, vitamine A, D et E) et les prélèvements de cheveux pour les dosages des métaux neurotoxiques ont été effectués. Chez les mamans les mesures d'hémoglobine, de poids et de taille ont également été réalisés.

L'objectif de ce pilote n'était pas d'obtenir des résultats en tant que tels mais bien de tester le protocole, l'acceptabilité par les enquêtés, la faisabilité par les enquêteurs, le choix des outils psychométriques et la pertinence de certaines hypothèses.

5.2. Enseignements du pilote

A la suite du pilote, plusieurs modifications pratiques ou scientifiques ont été opérées. Le pilote a notamment montré que :

- les prévisites[25] sont indispensables pour un premier contact avec les familles. Pour maximiser les chances d'acceptation de participer à l'enquête, celles-ci devaient être rencontrées directement en face-à-face par un membre de l'équipe qui expliquait le protocole et l'objectif de l'enquête, et non pas contactées par le biais d'un responsable de dispositif ;

- la formation des enquêteurs et des psychologues devait être approfondie, en explicitant le rôle de l'enquêteur-psychologue dans le binôme enquêteur/psychologue,

- l'ordre de passation des questionnaires et/ou des outils devait être modifié ;

[25] Avant d'être rencontrée par le binôme d'enquêteurs et par l'infirmière, la famille avait un premier contact avec un membre de l'équipe qui lui expliquait l'objet de l'enquête et recueillait un premier consentement de participation, voir *infra*.

- certaines parties du questionnaire principal devaient être modifiées, en changeant ou en ajoutant certains modules (le pilote avait été l'occasion de relever des informations en annexe du questionnaire) ;

- la BECS a été abandonnée ;

- l'acceptabilité de l'enquête ne posait aucun problème mais la durée de passation était plus longue que ce qui avait été estimé.

6. Ethique et confidentialité

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

En premier lieu, toutes les familles ont été interrogées avec leur consentement éclairé[26]. Plus précisément, les parents enquêtés ont pris connaissance de l'enquête tout d'abord lors de la prévisite (par la présentation de l'enquête faite par un membre de l'équipe, et par la lecture d'une lettre d'information, traduite dans huit langues).

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

Durant cette prévisite, l'enquête était également présentée à l'enfant tiré au sort, de façon plus détaillée pour un enfant de 6 à 12 ans, qui recevait aussi une lettre d'information rédigée dans des termes simples. A cette occasion, les prévisiteurs recueillaient un consentement oral à participer à l'enquête, autorisant la prise d'un rendez-vous ultérieur avec la famille. Ils remettaient en deux exemplaires une lettre de consentement écrite dans l'une des huit langues traduites de l'enquête, ou en français. Le binôme d'enquêteurs recueillait ensuite un exemplaire de cette lettre signée lors de leur venue. Ce qui signifie qu'entre temps, la famille avait la possibilité de se désister (comme indiqué d'ailleurs dans le texte de consentement). Mais la famille pouvait aussi se retirer de l'enquête entre ce rendez-vous et l'entretien avec

[26] Plus particulièrement lorsque l'enquête comprend des prélèvements biologiques, les enquêtés doivent être clairement informés des objectifs et bénéfices attendus de la recherche à laquelle ils participent.

l'infirmière, en contactant l'équipe[27] et en demandant que les données qui la concernent soient retirées de la base.

Les données recueillies étaient confidentielles dans la mesure où seul un numéro d'identification distribué aléatoirement figurait sur les questionnaires. Une table de correspondance existait pour faire le lien entre la famille et son numéro. Celle-ci était exclusivement réservée à l'usage du médecin de l'équipe de recherche, le temps d'obtenir les résultats des dosages, et conservée jusqu'à la fin de la prise en charge sanitaire.

Précisons qu'une information était donnée en direct par l'infirmière aux familles sur la conduite à tenir en cas d'anémie ou de retard vaccinal. En cas de détection de problèmes de santé le nécessitant, une orientation pouvait être réalisée, sous la supervision du médecin de l'équipe de recherche.

Soulignons enfin que chaque famille participant à l'enquête a reçu, en indemnisation du temps consacré à répondre aux questions, 25 euros, sous la forme de tickets service de 15 et 10 euros, remis respectivement lors des rendez-vous avec le binôme d'enquêteurs et l'infirmière.

Le protocole, présentant notamment cette démarche visant à s'assurer du consentement des personnes enquêtées et de l'anonymisation et de la protection des données, a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS – accord réf. 2012 02 06 – septembre 2012), de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL – accord décision DR-2013-147 – mars 2013) et du Comité de protection des personnes d'Ile-de-France (CPP – accord réf. 12.471 – août 2012).

[27] Les coordonnées de l'Observatoire figuraient sur la note d'information laissée à la famille.

CHAPITRE 4. DU TERRAIN AUX DONNEES

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

1. La prévisite

L'objet des prévisites était tout d'abord de recenser les familles éligibles résidant dans chaque structure à une date la plus proche de l'enquête : des différences étaient attendues par rapport aux données collectées quelques mois plus tôt lors de la constitution de la base de recensement des structures, qui contenait l'information sur le nombre de familles et de mineurs présents. Il s'agissait ensuite de tirer au sort les familles parmi celles présentant l'ensemble des critères d'éligibilité[28], de leur présenter l'enquête et de leur proposer d'y participer.

Des prévisites ont eu lieu dans chacun des établissements tirés au sort et consentant à ce que l'enquête y ait lieu (tout établissement tiré au sort avait été contacté au préalable par courrier, puis par téléphone).

A l'issue de la rencontre, les prévisiteurs recueillaient de la part de chaque famille tirée au sort, ou un consentement oral à participer à l'enquête, nous autorisant à la recontacter pour prendre rendez-vous, ou bien une réponse réservée, nous invitant à la contacter ultérieurement, ou encore un refus de participer à l'étude. Des questions portant notamment sur le nombre d'enfants dans le ménage et permettant leur tirage au sort, et sur la langue

[28] Pour rappel : être hébergé dans la structure, parler une des langues de l'enquête et comprenant au moins un enfant âgé de 0 à 12 ans révolus.

parlée pour l'entretien, étaient renseignées auprès de toute famille rencontrée, qu'elle accepte ou non de participer[29].

2. L'équipe de l'enquête

Les enquêteurs ont été recrutés et formés par l'Observatoire. La formation permettait dans un premier temps de comprendre les enjeux de l'étude, ses difficultés, notamment en terme organisationnel (adaptation au terrain, aux horaires) et de sensibiliser les enquêteurs aux difficultés à venir. Elle permettait dans un second temps de comprendre les outils et leurs finalités respectives. La collecte des informations par les binômes a eu lieu entre le 4 janvier et le 31 mai 2013, avec l'appui d'une coordination de terrain.

2.1. Les enquêteurs (non-psychologues)

Au total, 35 enquêteurs ont participé au terrain. Les profils de ces derniers étaient de deux types : des chercheurs en sciences sociales, familiarisés à la passation de questionnaires, de préférence bilingues ; des personnes ayant elles-mêmes vécu en centre d'hébergement ou en hôtel[30], également bilingues. Les enquêteurs ont reçu une formation théorique de 32 heures, réparties sur 5 journées au mois de décembre 2012.

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

2.2. Les enquêteurs-psychologues

Trente-deux enquêteurs-psychologues, ont participé au terrain. Le profil recherché était celui de psychologues ayant travaillé dans le domaine de la petite enfance si possible, de préférence familiers des outils d'évaluation de la santé mentale, et bilingues. Chaque enquêteur-psychologue a reçu une formation de 20 heures, comprenant une journée de formation commune avec les enquêteurs, une journée spécifique sur les outils psychométriques et une demi-journée de test préalable sur le terrain, en conditions réelles.

[29] En cas de refus, le motif était demandé.
[30] Voir le rapport méthodologique de l'enquête ENFAMS pour le développement de ce point.

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

2.3. Les infirmières

Dix enquêtrices-IDE ont participé à l'étude entre janvier et juin 2013. Toutes les IDE ont reçu une formation de sept heures, dont les modules étaient la présentation de l'enjeu et des objectifs de l'enquête ; les étapes du déroulement de l'entretien; la passation du questionnaire ; l'utilisation et la familiarisation avec le matériel ; la formation aux prélèvements de sang capillaire et de mèche de cheveux ; la conduite à tenir en cas de problèmes sanitaires détectés ; des réponses aux questions pratiques ; la remise du matériel ; la formation à la saisie des questionnaires dont elles étaient chargées au retour des rendez-vous avec les familles.

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

2.4. La coordination de terrain

Deux coordinateurs étaient chargés d'organiser les plannings pour les enquêteurs (psychologues et non psychologues) et pour les IDE. Il est peu courant de rendre compte de cet aspect des enquêtes. Nous avons souhaité le faire, même succinctement, à la fois parce que ce travail conditionne la bonne tenue entre autres des rendez-vous sur le terrain, mais aussi parce qu'il s'est avéré particulièrement ardu. Cette difficulté tient notamment aux conditions d'accès à la population, aux nombreuses langues d'enquête, et à la multiplicité des personnes impliquées (enquêteurs, enquêtés, hôteliers, intervenants sociaux ou responsables de structures). Nous espérons enfin que de prochaines enquêtes pourront tirer partie de cette expérience.

L'une des premières difficultés consistait ainsi à gérer la complexité d'un terrain comportant deux rendez-vous d'enquête décalés dans le temps[31], mobilisant près de quatre-vingt enquêteurs et IDE. Pour l'organisation du passage du binôme enquêteur/psychologue,

[31] Passage du binôme enquêteur/psychologue dans un premier temps, puis passage de l'IDE dans un second temps.

l'objectif était de faire coïncider quatre entités (deux enquêteurs et deux membres d'une famille), sous une triple contrainte : la langue parlée, les disponibilités, le lieu. La préparation et le déroulement de l'enquête ont donc pris la forme d'une résolution d'équation à plusieurs inconnues. Pour résumer, il a fallu traiter du plus simple (par exemple une famille francophone hébergée à Paris, toujours présente dans son établissement, avec un enfant de moins de 6 ans non encore scolarisé), au plus compliqué (par exemple une famille non francophone ayant une activité quotidienne à l'extérieur de sa structure d'hébergement, avec un enfant scolarisé, et hébergée en lointaine banlieue).

Le travail en amont a été le plus long et le plus complexe : réunir toutes les informations nécessaires à l'établissement des plannings de passation, pour les fournir aux enquêteurs et IDE avec toutes les données de déplacement vers les lieux d'enquête, en tenant compte des plages de disponibilités de chacun. La coordination a demandé un gros investissement en termes de temps : astreinte 6 jours sur 7, de 9 heures à 21 heures, en soutien téléphonique permanent pour les équipes sur le terrain. Devant enquêter dans l'ensemble de l'Ile-de-France, les équipes de terrain devaient pouvoir compter sur une réponse rapide en cas d'événement inattendu : famille ou enfant absent, difficultés d'accès à la structure, situations inquiétantes concernant des familles, transports défaillants, binôme en retard, absent, perdu, etc. Il fallait aussi prévoir des temps de débriefing, nécessaires, repérer les fatigues et les difficultés, gérer les incompatibilités inhérentes au travail en binôme et assurer un lien entre toutes les personnes impliquées dans le travail de terrain.

Il a fallu en outre créer deux plannings différents mais structurés de la même façon, pour prendre en compte le passage des infirmières. Mais d'une manière générale, les difficultés ont été assez semblables et peuvent se résumer en trois grands points, fortement dépendants les uns des autres.

2.4.1. Langue parlée et prise de rendez-vous avec les familles

Chaque matin, à partir des informations collectées la veille (prévisites et rendez-vous déjà pris), les listes d'appels étaient mises à jour et couplées aux plannings de disponibilités des enquêteurs, afin que l'équipe de l'Observatoire puisse appeler les familles pour fixer ou confirmer les rendez-vous.

A partir de mi-janvier, il y avait près de 100 familles en file active, pour deux personnes en moyenne dédiées aux appels. Cet exercice incontournable et central pour le bon déroulement

de l'enquête, nécessitait parfois d'appeler plusieurs fois les mêmes familles, d'expliquer et réexpliquer les tenants et aboutissants de l'enquête, y compris à des personnes dont le français n'était pas la langue maternelle, s'est révélé usant à long terme. La non maîtrise du français par les interlocuteurs a été un frein aux prises de rendez-vous, car il a fallu parfois solliciter les enquêteurs bilingues de terrain, qui venaient, selon leurs disponibilités, traiter ces appels à l'Observatoire[32].

Assez rapidement après le début des passations, il a également fallu mettre en place un système de confirmation des rendez-vous la veille du passage des enquêteurs pour s'assurer de la présence de la famille et de l'enfant tiré au sort (plusieurs rendez-vous pris initialement ont été manqués par les familles, par oubli et à défaut d'une confirmation, implicitement attendue par ces dernières). Il fallait également confirmer que le lieu d'hébergement était bien le même que lors de la prévisite, certaines familles ayant déménagé entre la prise de rendez-vous et le passage de l'enquête.

2.4.2. La scolarisation des enfants et la présence des familles en journée sur le lieu d'hébergement

La présence de l'enfant tiré au sort a été un autre élément compliqué à gérer en termes de planification : une majorité des enfants entre 6 et 12 ans étant scolarisés, seuls les mercredis et samedis étaient possibles, engendrant un déséquilibre dans la répartition des rendez-vous. Les plannings étaient donc concentrés sur ces deux journées, posant des problèmes de disponibilités des binômes dans certaines des langues. Nous avons cependant profité des deux périodes de vacances en février et en avril.

A cela s'ajoutait le fait que beaucoup des personnes enquêtées étaient absentes en journée, ce qui a assez rapidement posé le problème des heures de prises de rendez-vous, en fonction des contraintes de déplacement des équipes.

[32] Outre le français, les langues maîtrisées par l'équipe sur place étaient l'anglais, l'espagnol et le roumain. Pour les autres langues et lorsque les familles ne parlaient pas du tout le français, il fallait donc attendre que les enquêteurs de terrain soient disponibles et leurs horaires de disponibilité ne correspondaient pas toujours à ceux où les familles pouvaient être contactées. Certaines familles n'ont donc pu être contactées que plusieurs semaines après la prévisite.

2.4.3. Temps de passation et déplacements dans toute l'Ile-de-France

La question des transports a joué un grand rôle : une fois les enquêtes à Paris et dans la très proche banlieue terminées, nous sommes passés aux enquêtes les plus éloignées de la capitale. Nous avons alors dû prévoir des temps de transports très longs pour les équipes, nous trouvant de fait dans l'impossibilité d'organiser des passations tôt le matin ou vers 18 heures (comme il était possible de le faire à Paris et dans ses environs), car il fallait penser à l'aller et au retour dans de bonnes conditions pour les équipes. Certaines structures étaient en pratique quasi inaccessibles en transports en commun en journée, avec parfois des services de bus fantômes entre 9 heures et 16 heures[33].

Avec des temps de passation longs, voire très longs et impossibles à prévoir *a priori*, il a fallu s'en tenir à une unique passation par binôme et par jour, en dehors de cas où nous arrivions à prévoir deux rendez-vous pour un même binôme, dans le même lieu, avec des langues concordantes (l'un à 10 heures et l'autre à 14 heures généralement). A ces difficultés venaient s'ajouter de manière plus ponctuelle des problématiques d'accès limité aux structures d'hébergement pour les différents enquêteurs (visites de personnes extérieures restreintes voire interdites). Il s'agissait alors, le cas échéant, de négocier une autorisation de visite pour les besoins de l'enquête avec un responsable de l'établissement. La négociation a pu être âpre.

D'une manière générale, les enquêteurs ont fait montre de beaucoup de patience, face à des plannings parfois quelque peu désarticulés, fournis en général quelques jours seulement en avance. Ce dernier point renvoie à la nécessité à laquelle nous faisions face, de nous occuper en priorité des emplois du temps et contraintes des familles qui avaient accepté de nous recevoir sur leur lieu d'hébergement, accueillantes en dépit de conditions de vie précaires pour beaucoup d'entre elles. Sur le terrain, les équipes ont été réactives et capables d'improviser sur le moment et ce parfois dans des conditions extérieures compliquées[34].

[33] Par ailleurs, seuls quatre enquêteurs étaient motorisés.

[34] Pour l'anecdote, nous avons dû faire face à un épisode neigeux au plus fort de l'enquête, avec des prévisiteurs et enquêteurs dans la nécessité de faire parfois plusieurs kilomètres à pied dans la neige, car les bus ne pouvaient pas circuler. Nous avons également dû faire face à des grèves de transports avec un binôme bloqué à 100 kilomètres de Paris.

2.4.4. Les spécificités du coordinateur IDE

2.4.4.1. La question de la logistique

Pour effectuer les recueils anthropométriques et biologiques, les IDE étaient équipées d'un matériel lourd et encombrant qui, s'il était rangé méthodiquement, pouvait tenir dans une valise standard. Cet équipement devait être régulièrement renouvelé et le matériel usagé, ainsi que les questionnaires remplis et saisis, étaient récupéré à l'Observatoire.

Afin de gagner du temps, les commandes de matériel étaient faites au téléphone auprès du coordinateur qui préparait alors le matériel demandé. Ces moments de rencontre constituaient aussi des instants privilégiés pour des débriefings sur des situations rencontrées ou pour des transmissions d'informations.

2.4.4.2. La prise de rendez-vous

A l'occasion de la rencontre entre la famille et le binôme enquêteur/psychologue, ces derniers recueillaient les disponibilités régulières et ponctuelles des membres de la famille enquêtée, qui devaient être présents lors du passage de l'infirmière. Le coordinateur devait alors faire correspondre ces disponibilités avec celles des infirmières qui, dans leur grande majorité, exerçaient parallèlement une activité.

L'autre enjeu consistait à circonscrire les rendez-vous attribués à une infirmière dans un temps et une aire géographique restreints, afin de limiter les coûts liés aux vacations[35]. Il fallait de surcroît estimer de manière précise les temps de déplacement des IDE entre les lieux d'enquête, ainsi que les contraintes liées aux transports quand les IDE n'étaient pas motorisées. Nous fonctionnions avec une sectorisation des rendez-vous, c'est-à-dire que chaque IDE avait un secteur géographique privilégié lié à son lieu de résidence ou son lieu de travail. Afin de respecter le calendrier prévu, le nombre de familles en attente du passage de l'IDE devait se maintenir autour de la centaine. Ainsi lorsque le rythme d'enquête s'accélérait (notamment lors des vacances scolaires), il fallait qu'il en soit de même pour le nombre de rendez-vous attribués aux IDE. Pour ce faire, le coordinateur a pu compter sur la flexibilité des infirmières enquêtrices qui, en cas de besoin, pouvaient accepter des vacations supplémentaires.

[35] La durée de l'entretien avec l'IDE était d'environ une heure. Dans la mesure du possible, les rendez-vous étaient regroupés sur une même demi-journée pour l'ensemble des familles tirées au sort dans une même structure.

Les rendez-vous étaient fixés plus de 48h en avance afin qu'ils soient transmis l'avant-veille à l'IDE qui allait assurer l'ensemble de la vacation.

2.4.4.3. La langue de passation

La question de la langue n'intervenait qu'au moment de la prise de rendez-vous, les IDE pouvant procéder aux recueils biologiques sans forcément parler la langue des enquêtés. Au moment de la prise de rendez-vous par téléphone, le coordinateur (ou son substitut quand il s'agissait d'appeler des familles non francophones) devait souvent rassurer les familles sur la confidentialité des résultats, réexpliquer en quoi consistaient les prélèvements biologiques et pourquoi on les effectuait.

L'organisation, telle qu'elle est exposée dans les paragraphes ci-dessus, peut paraître comme une division du travail bien précise. Cependant, lorsqu'un grain de sable (annulation de dernière minute, problème de transport, conditions météorologiques difficiles…) venait à gripper la machine, les coordinateurs ont dû et pu s'appuyer sur les capacités d'adaptation des différents enquêteurs ou des autres membres de l'équipe. A ce titre, de prochaines études bénéficieraient certainement de descriptions et d'analyses plus fouillées de la coordination d'enquête, qui paraît bien faire partie de la boîte noire de l'enquête statistique.

3. La participation à l'enquête

3.1. Le taux de participation des structures et des familles

Pour décrire le taux de participation à l'enquête, nous nous servons de la définition anglo-saxonne du taux de participation (fondée sur l'ensemble des structures qui, au moment de l'enquête, appartiennent au champ défini). Le taux de participation dans l'enquête porte sur deux niveaux : celui des structures (le premier degré du sondage) et celui des familles et enfants (le deuxième et troisième degré du sondage).

Parmi les 251 structures tirées au sort, 14 étaient hors champ (8 n'hébergeaient que des personnes isolées, 5 ont fermé au début de l'année 2013 et 1 était un doublon) et 193 ont accepté de participer. Le taux de participation global de structures s'élève ainsi à 81%.

Tableau 4. Taux de participation des différents types de structures

	Taux de participation des structures
Centre pour les demandeurs d'asile (CADA)	87%
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	70%
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	64%
Hôtels sociaux	89%
Ensemble des contacts	81%

Source : enquête ENFAMS 2013

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

Concernant les familles, un total de 4 559 familles a été dénombré dans l'ensemble des 193 structures ayant accepté de participer. En tirant en moyenne 6 familles par structure, 1 238 familles ont été contactées pour participer à l'enquête, dont 980 ont accepté et 258 ont refusé.

Tableau 5. Taux de participation des familles, selon les structures

	Taux de participation des familles
Centre pour les demandeurs d'asile (CADA)	94%
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	78%
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	72%
Hôtels sociaux	82%
Ensemble des contacts	79%

Source : enquête ENFAMS 2013

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

présente les principales raisons de refus exprimées par les familles – notons que 15% des familles ont donné plusieurs réponses :

Tableau 6. Les raisons évoquées par les familles du refus de participer à l'enquête

	Répartition
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

Des informations sur les familles qui refusaient ont été collectées au moment de la prévisite : le sexe du répondant, son âge, son pays de naissance, s'il parlait français et, enfin, la composition familiale (nombre d'adultes et nombre d'enfants). Le profil des familles qui ont refusé de participer ne diffère globalement pas du profil des familles qui ont accepté même ceux qui ont refusé sont plus jeunes que ceux qui ont accepté de répondre (33 ans en moyenne, *versus* 38 ans), qu'il y a plus d'hommes (15,3%, *versus* 4,6%) et que les refus viennent des familles plus nombreuses (ceux qui refusent ont souvent plus de 2 enfants à leur charge : 31,7% de familles, *versus* 23,1% parmi celles qui ont accepté).

Sur les 980 familles qui ont accepté de participer à l'enquête, 179 (14%) ont été perdues. D'où viennent ces pertes ? Elles peuvent être le fait de la famille qui devient injoignable par téléphone, ou qui devient inéligible en sortant de la région francilienne ou en intégrant un logement personnel. Elles sont également le fruit des échéances de l'enquête qui ne permettaient plus de prendre contact avec les familles sélectionnées. Enfin, la perte des familles résultait également des conditions de mises en contact avec les familles, certaines structures refusant catégoriquement de nous mettre en lien direct avec leurs hébergés.

Finalement, 801 familles ont pu être enquêtées. Le taux de participation des familles, toujours d'après la définition anglo-saxonne, s'élève à 79%, soit un taux de refus de 21%. Ce taux de refus de l'enquête est proche de ceux relevés dans la méta-analyse de Fazel (Fazel *et al.* 2008).

3.2. Les durées de passation

Les durées d'enquête par les binômes enquêteurs/psychologues, d'environ trois heures en moyenne, sont plus élevées que dans la majorité des enquêtes par questionnaire. Le nombre de questionnaires et d'outils justifie la durée passée avec chaque famille. Ces dernières étaient prévenues, lors de la prévisite puis lors de la prise de rendez-vous, du temps nécessaire à l'enquête. A ces durées s'ajoutent les temps de transport vers des lieux d'enquête parfois très éloignés et souvent mal desservis par les transports publics.

Tableau 7. Les durées de passation par les binômes enquêteurs/psychologues

	Passation	**Transports AR**	**Passation + transport**
Moyenne	3:10	1:25	4:30
Médiane	3:00	1:30	4:30
Minimum	1:20	0:00	1:40
Maximum	7:15	4:40	11:10

Source : enquête ENFAMS 2013
NB : les temps de transport n'étaient comptabilisés qu'en dehors de Paris et étaient mesurés au départ de l'Observatoire, situé dans le 11ème arrondissement.
NB' : les trois colonnes sont indépendantes, la dernière n'est donc pas égale à la somme des deux premières (par exemple l'enquête la plus longue n'est pas celle où le temps de transport a été le plus élevé).

La visite de l'infirmière durait quant à elle en moyenne une heure.

4. La constitution de la base de données

4.1. L'apurement des bases

Huit bases de données ont été créées, chacune issue des questionnaires ou des tests : pour le questionnaire principal, pour le questionnaire aux parents concernant l'enfant de moins de 6 ans, pour le questionnaire aux parents concernant l'enfant de 6 ans ou plus, pour le

questionnaire direct passé à l'enfant de 6 ans ou plus, pour le questionnaire de l'infirmière et pour les tests du *Vineland*, de *Dominic Interactive* et du SDQ.

Nous avons suivi plusieurs étapes pour apurer ces bases. D'abord, il y a eu une phase de rattrapage de l'information saisie, qui a consisté à vérifier les questionnaires qui présentaient des valeurs manquantes sans aucun commentaire annoté justifiant cette absence. Ensuite, des tests de cohérence ont été construits, en croisant différentes variables, pour repérer des réponses aberrantes (par exemple en croisant des dates et des durées avec les questions sur le parcours résidentiel de la famille). Enfin, de nombreuses variables ont dû être traitées individuellement selon leur nature : pour les variables qualitatives, notamment dans le cas des réponses où il fallait préciser dans un champ texte, nous avons effectué des reclassements et des regroupements dans le dictionnaire des variables ; pour les variables quantitatives, nous nous sommes servis d'un tableau descriptif ou du calcul d'une variable plus « parlante », par exemple des dates pour le calcul de durées.

4.2. La pondération de l'échantillon

Cette enquête se différencie d'autres enquêtes menées auprès des sans-domicile, bien qu'elle mette également en œuvre une méthode de sondage indirect (Ardilly et Le Blanc, 2001), qui permet un accès à la population d'intérêt à travers les services qu'elle utilise. Cette méthode permet d'échantillonner une population intermédiaire, dite de « prestations », et de corriger ultérieurement les poids par la méthode de partage de ces derniers (Lavallée, 1995; Ardilly et Le Blanc, 2001). L'enquête ENFAMS utilise la même approche de base mais avec quelques différences.

Comme dans les autres enquêtes, nous avons construit une base de structures où des familles sont hébergées. Mais au sein de chaque établissement, nous avons tiré au sort des familles et non des prestations, qui seraient dans notre cas des chambres, une famille pouvant occuper en effet plusieurs chambres. Nous avons pu réaliser un sondage direct classique à l'intérieur des établissements : celui-ci impliquait de constituer (à l'occasion de la prévisite) une liste complète des familles éligibles hébergées (et des chambres occupées par celles-ci) ; l'unité d'échantillonnage est donc la famille et non pas la chambre (ou prestation). La présente enquête se sert donc de la méthode de sondage indirect uniquement pour le premier degré du plan.

Avec cette combinaison entre sondage aléatoire direct et indirect, se pose la question de savoir s'il est vraiment nécessaire de corriger l'échantillon avec la méthode de partage de poids, sachant qu'une telle application demanderait de reporter la « fréquentation » des lieux d'hébergement par les familles pendant la période de collecte, étendue sur cinq mois. Dans ENFAMS, nous avons décidé de ne pas corriger les poids des familles interrogées avec la méthode de partage des poids. La pondération des familles interrogées est donc obtenue par le produit de l'inverse des trois probabilités d'inclusion (structure/famille/enfant), comme dans le sondage probabiliste direct classique, et non en mettant en œuvre la méthode de partage des poids.

4.3. L'analyse statistique

Tous les résultats présentés dans la suite de ce rapport prennent en compte le plan de sondage et la pondération, les pourcentages sont donc tous pondérés. Lorsque cela se justifie, les données sont présentées avec les effectifs observés dans l'échantillon (n) et les effectifs estimés dans la population de référence (N). Les prévalences sont calculées avec leur intervalle de confiance à 95% ; ceux-ci sont indiqués dans le texte lorsque les résultats ne figurent pas dans des tableaux. Les comparaisons statistiques des distributions sont réalisées avec un test du chi2 de Pearson et les comparaisons de moyennes avec le test de Wald.

Les variables d'intérêt ont été systématiquement croisées avec les variables de sexe, d'âge, de lieu de naissance et de type d'hébergement. Lorsqu'une association statistiquement significative est observée, elle est mentionnée dans le texte et dans les tableaux (pour faciliter la lecture, les niveaux de significativité des comparaisons seront généralement indiqués par catégorie ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$) et non par leur valeur exacte).

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

PARTIE 2 - QUI SONT LES FAMILLES SANS LOGEMENT EN ILE-DE-FRANCE ?

Comme nous l'avons déjà dit, en France, les familles ne sont que rarement distinguées dans les enquêtes sur les sans-domicile. Cette invisibilité statistique s'explique de différentes manières. La prise en compte partielle des hôtels sociaux dans les bases de sondage d'une part, l'exclusion des mineurs et des non-francophones (jusqu'à l'enquête nationale de l'Insee en 2012) d'autre part, limitent l'accès aux familles. Mais même parmi les individus interrogés, les parents vivant en famille n'attirent guère l'attention. Aucune description des familles hébergées n'a été donnée, ce qui complique la comparaison d'une enquête à l'autre.

Pourtant, il semble bel et bien que les familles constituent une population en augmentation constante depuis une quinzaine d'années, qui renvoie à un système de prise en charge largement distinct du reste des sans-domicile (Le Méner et Oppenchaim, 2012 ; Le Méner, 2013b). S'il pouvait sembler légitime de se focaliser sur les adultes francophones au moment des premières enquêtes statistiques, il paraît aujourd'hui important d'étudier les familles à part entière, en les différenciant, comme il est d'usage dans d'autres pays, des jeunes et des personnes dites isolées (Haber et Toro, 2004).

Qui sont donc les familles sans logement en Ile-de-France et combien sont-elles ? Quels sont leurs parcours ? Où sont-elles hébergées et quelles sont leurs conditions de vie ? Cette première partie fournit une description générale de la population d'étude. Comme dans l'ensemble du rapport, les analyses présentées ici ne sont qu'exploratoires : toutes les questions posées lors de l'enquête ne peuvent être traitées immédiatement et de nombreux thèmes feront l'objet d'analyses ultérieures, publiées dans le cadre de rapports ou d'articles scientifiques. Mais ces premières analyses invitent tout de même à prendre la mesure des familles parmi les sans-domicile, et à considérer des caractéristiques partiellement différentes de celles que l'on attribue en général à cette population.

L'attribution d'un poids de sondage aux familles tirées au sort permet d'estimer la population totale ciblée par notre enquête. Au début de l'année 2013, les familles enquêtées représentaient une population de plus de 10 000 ménages et d'environ 35 000 personnes en Ile-de-France, dont nous présentons les caractéristiques sociodémographiques principales dans un premier chapitre. Dans un deuxième chapitre, nous nous concentrons sur la fécondité

des familles, en revenant entre autres sur l’histoire génésique des mamans. Enfin, un dernier chapitre est consacré aux enfants âgés de 6 à 12 ans, c'est-à-dire scolarisables dans le primaire, en vue de contribuer à l’étude de la pauvreté infantile et de ses manifestations ou de ses effets dans la vie quotidienne des enfants.

CHAPITRE 1. LE PROFIL DES FAMILLES

Dans ce premier chapitre, nous fournissons tout d'abord une estimation du nombre de familles sans logement en Ile-de-France, selon la définition et la couverture d'enquête présentées dans le chapitre méthodologique. Nous nous intéressons ensuite à l'hébergement de cette dizaine de milliers de ménages, principalement dans l'hôtellerie sociale à Paris et en Seine-Saint-Denis, sous la responsabilité en premier lieu de l'Etat et des 115. Puis nous décrivons les origines de ces familles, géographiques, sociales, et résidentielles. Il ressort notamment que la très grande majorité des parents interrogés déclarent être nés à l'étranger. Le système d'hébergement des familles apparaît ainsi comme un dispositif d'accueil d'étrangers en difficulté, venus en France pour des raisons diverses et variables notamment selon les zones d'origine. Ce n'est qu'ensuite que nous présentons les caractéristiques d'après lesquelles on aborde classiquement en premier lieu les sans-domicile : le sexe, l'âge, la composition familiale ou encore l'origine sociale. Comme nous le verrons, la description de ces variables gagne à intégrer non seulement l'origine mais aussi le profil migratoire des familles sans logement.

1. En Ile-de-France, plus de 10 000 familles privées de logement

Début 2013, le nombre total de familles, estimé dans notre population de référence[36] s'élève à 10 280 ($IC_{95\%}$ [9 507 ; 11 053]). Le nombre de personnes vivant dans ces familles est quant à lui estimé à environ 35 000 (plus précisément 34 973, $IC_{95\%}$ [32 184 ; 37 763]). Si ces valeurs doivent être manipulées avec précaution (voir encadré 2), quelle interprétation peut-on en donner ?

Encadré 2. Des estimations à prendre avec précaution

Nous estimons à 10 280 et 35 000, respectivement, le nombre de familles et de personnes en familles, sans-logement, en Ile-de-France, au moment de l'enquête.

Ces valeurs doivent d'abord être rapportées au champ d'enquête : comme nous l'avons indiqué dans le chapitre méthodologique, nous n'avons pas couvert toutes les familles

[36] C'est-à-dire, pour rappel : résidant en Ile-de-France en CHU, CADA, CHRS ou hôtel, parlant une des langues de l'enquête et vivant avec au moins un enfant de moins de 13 ans.

pouvant être considérées comme sans-domicile, notamment installées en campement, ou bénéficiant d'un logement transitoire.

Ces résultats doivent être également rapportés à la définition de la population : nous n'avons pas pris en compte les familles ne comprenant aucun enfant de moins de treize ans, et nous n'avons pas interrogé de famille où le parent ne parle aucune des langues de l'étude (l'exploitation ultérieure des fiches de prévisite devrait nous permettre d'estimer grossièrement la population manquée pour ces raisons).

D'autre part, les 10 280 familles sont sans doute une estimation basse de la population de référence, compte tenu des contraintes du sondage des structures. La recension des hôtels, probablement plus complète que dans toutes les enquêtes précédentes, n'était pourtant pas exhaustive. En particulier, nous n'avons pas obtenu à temps la liste des établissements utilisés par le Conseil général du Val-de-Marne, qui hébergerait au moins 1 500 personnes en familles en hôtels chaque jour, dans le département. Ceci ne veut pas dire que nous n'ayons pas rencontré de familles dépendant de cet organisme : nous en avons de fait interrogé, dans des hôtels également utilisés par d'autres hébergeurs. Mais cela signifie surtout que nous ne savons pas précisément la population laissée pour compte, en raison de l'inaccessibilité de certaines structures.

Enfin, soulignons que ces estimations ne sont produites qu'à un temps donné. Or, l'augmentation notable et continue des familles dans certains services d'hébergement au cours des dernières années (Guyavarch et Garcin, 2014) laisse penser qu'une nouvelle enquête, à population et champ d'étude identiques, produirait des estimations à la hausse.

Les enquêtes antérieures sur les sans-domicile nous apportent quelques points de comparaison. En 1995, lors de la première enquête en population sur les sans-domicile réalisée à Paris, les femmes représentaient ainsi 17% de l'échantillon. Parmi elles, 37% vivaient avec au moins un enfant ; seuls 2% des hommes étaient dans cette situation (Marpsat 1999 ; Marpsat et Firdion, 2000). La part de personnes en famille dans cette enquête s'élevait alors à environ 8%. Dans l'enquête qui a suivi (SD 2001), 22% des individus étaient concernés pour l'ensemble de la France métropolitaine (Marpsat et de Peretti, 2009). Lors de la dernière enquête de l'Insee (SD 2012), 26% des 66 300 adultes sans domicile francophones enquêtés dans les communes d'au moins 20 000 habitants vivaient avec au moins un enfant, soit un peu plus de 17 200 personnes adultes en famille (Yaouancq *et al.*, 2013). Il n'existe à

notre connaissance, au moment de la rédaction de ce rapport, aucune publication issue de SD 2001 et SD 2012 fournissant l'estimation du nombre de personnes en famille vivant en Ile-de-France.

Lors de l'enquête Samenta réalisée en 2009 en Ile-de-France, les sans-domicile adultes et francophones, usagers des services d'aide, étaient estimés à 21 176 individus ($IC_{95\%}$ [17 582 ; 24 770]) (Laporte et *al.*, 2010). Parmi ces personnes, 5 028 déclarent vivre avec au moins un enfant ($IC_{95\%}$ [3 480 ; 6 576]). En comptant un enfant pour un adulte[37], un minimum de 10 000 personnes en « famille » vivaient ainsi sans logement personnel en Ile-de-France et représenteraient au bas mot un tiers de la population sans domicile.

A périmètre géographique d'enquête identique, la croissance observée entre 2009 et 2013 paraît impressionnante. Toutefois, elle doit être relativisée. Elle s'explique en effet pour partie par l'évolution du champ d'enquête : les non francophones n'étaient pas pris en compte dans l'enquête Samenta, l'enquête ne passait pas par les CADA, et les hôtels pris en compte étaient seulement ceux des 115 d'Ile-de-France. S'il est difficile alors de prendre la mesure de l'évolution du nombre de familles sans logement, il est en revanche possible d'en donner la direction, en s'appuyant sur d'autres sources statistiques. A titre d'exemple, pour le seul 115 de Paris, le nombre de personnes en famille avait augmenté de 50% entre 2011 et 2012 (Guyavarch et Garcin, 2014).

2. Où vivent les familles sans logement ?

Dans cette partie, nous examinons la répartition des familles au sein du système d'hébergement, en fonction du type d'hébergement et de la localisation des établissements. Nous verrons qu'elle dépend en particulier du statut administratif des ménages. La multiplicité et la spécialisation des acteurs de l'hébergement en Ile-de-France ne doit pas dissimuler, comme nous le verrons, le rôle central des 115, à la fois au cœur du dispositif et de son expansion.

2.1. L'hôtel social, principal mode d'hébergement des familles sans logement

Le mode d'hébergement de loin le plus utilisé pour héberger des familles en Ile-de-France est

[37] Cette proportion était celle observée chez les familles hébergées par le 115 de Paris en 2009.

l'hôtel social. Cette observation n'a rien de surprenant au regard de l'élaboration du système d'hébergement d'urgence des familles. Celui-ci s'est appuyé sur les capacités d'accueil de l'hôtellerie meublée puis de l'hôtellerie touristique bas de gamme, pour compenser en particulier les carences des structures spécialisées dans l'accueil des étrangers (Le Méner, 2013b). L'hébergement en CHRS arrive en seconde place, devant les CADA et les CHU.

Tableau 8. Type d'hébergement au moment de l'enquête

	n	%	IC95%	N	IC95%
Hôtel	469	75,7	[72,8 ; 78,4]	7 782	[7068 ; 8495]
CHU	87	4,3	[3,0 ; 6,1]	441	[284 ; 600]
CADA	139	6,2	[5,6 ; 6,8]	636	[594 ; 678]
CHRS	106	13,8	[11,4 ; 16,7]	1 421	[1131 ; 1710]
Total	801	100	-	10 280	-

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.
Lecture : 469 répondants vivent à l'hôtel, soit 75,7% en tenant compte de la pondération. En taille estimée de la population sans logement, les familles à l'hôtel représenteraient 7 782 familles.

Notons ensuite que l'hébergement en CADA, en CHRS, mais aussi en CHU, n'est pas forcément collectif. Des appartements peuvent être mis à disposition d'une ou de quelques familles, à l'écart du site de l'association qui héberge : on parlera alors d'hébergement « en appartement »[38]. Au sein des CADA, des CHRS et des CHU, 51,4% des familles ($IC_{95\%}$ [42,4 ; 60,3]) sont hébergées en appartement.

Tableau 9. Type d'habitation en fonction du type d'hébergement

	CHU		CADA		CHRS	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Collectif	37,7	[16,7 ; 64,6]	57,3	[48,3 ; 65,9]	46,6	[33,1 ; 60,6]
Appartement seul ou partagé	62,3	[35,4 ; 83,3]	42,7	[34,1 ; 51,7]	53,4	[39,4 ; 66,9]
Total	100		100		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 332 personnes interrogées résidant hors hôtel, 271 répondants

[38] Les intervenants distinguent l'hébergement en appartement « partagé », lorsque plusieurs ménages vivent ensemble dans la même habitation, de l'habitat « éclaté », où un seul ménage réside. Par commodité de langage, on parlera dorénavant, pour ces deux situations, d'hébergement « éclaté », marquant une distance avec l'accueil collectif au sein d'un même bâtiment.

Même si les usagers des CHU interrogés dans cette enquête sont moins nombreux que dans les autres structures, et que les résultats doivent donc être pris avec le recul nécessaire, la part non négligeable de l'hébergement éclaté en CHU peut étonner : ces établissements ne sont-ils pas prévus pour n'accueillir que très ponctuellement des ménages en grande difficulté ? Il nous semble en fait que sous l'appellation de CHU coexistent en réalité deux types d'accueil : l'un tourné vers un hébergement de quelques jours, dans l'attente d'une orientation plus pérenne, en hôtel notamment ; l'autre fonctionnant comme un CHRS mais avec des moyens moindres (renvoyant à des modes de financement distincts).

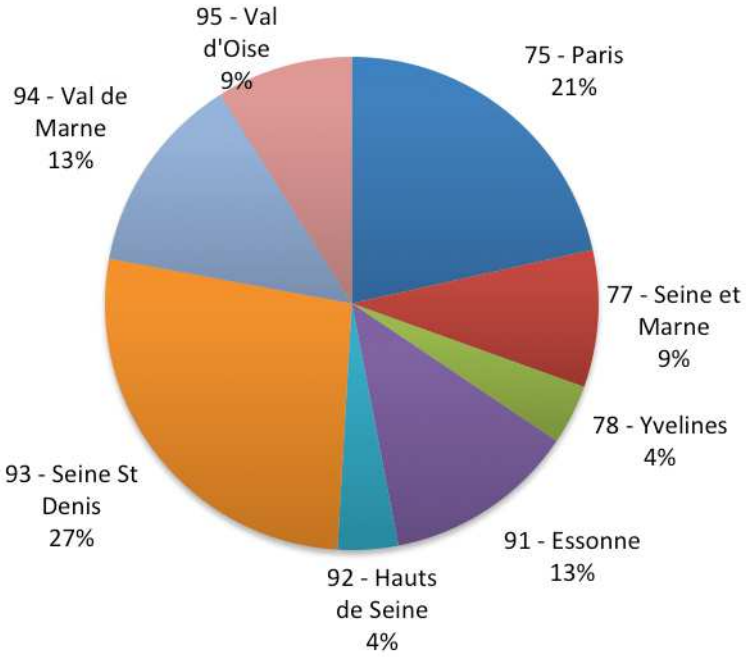
2.2. Près de deux tiers des familles résident à Paris, en Seine-Saint-Denis ou dans le Val-de-Marne

Près de la moitié des familles sont hébergées à Paris ou Seine-Saint-Denis. Le troisième département d'accueil est le Val-de-Marne, pour lequel l'estimation est en deçà même de la réalité[39]. Conformément à la géographie de l'hébergement en Ile-de-France, on observe une concentration des familles à Paris et en petite couronne, au nord et à l'est de la capitale.

La répartition des familles dessine les contours de la répartition de la population en Ile-de-France. En effet, d'après l'*Atlas des franciliens 2013* (IAU, 2013), la population francilienne a fortement augmenté depuis les années 90 dans les communes situées dans un rayon de 10 à 20 km autour de la cathédrale Notre-Dame, définie comme le point central de la région. Ce rayon correspond à l'ensemble de la petite couronne et aux communes de grandes couronnes qui la bordent. Les cartes de densité de population mettent en évidence une concentration de population à Paris et dans les communes situées aux frontières de la capitale : d'après les chiffres de l'Insee, en 2011, Paris et la petite couronne représentaient ainsi 56% de la population francilienne. Par ailleurs, la répartition des familles en grande couronne correspond au prolongement de l'agglomération parisienne, telle que la définit l'Insee. Elle comprend les communes de petite couronne mais aussi certaines communes de grande couronne (notamment les pôles urbains) et concentre sur 31% du territoire francilien, 89% de la population régionale. Par conséquent, la répartition des familles sans logement en Ile-de-France suit la même tendance que celle de la population générale.

[39] Nous n'avons pas eu accès à temps à la liste des hôtels hébergeant des familles et utilisés par le Conseil général pour l'inclure dans la base de sondage (voir rapport méthodologique).

Figure 1. Département d'accueil pour l'hébergement des familles sans logement



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants

En outre, l'hébergement en hôtel est significativement plus répandu à Paris et en petite couronne qu'en grande couronne ($p<0,05$). Cette observation pourrait renvoyer à un étalement progressif du parc hôtelier utilisé par les organismes parisiens, depuis le début des années 2000. Il est important de préciser d'ores et déjà que le département d'accueil n'est pas forcément le département qui gère l'hébergement : la frontière administrative n'est pas forcément la frontière terrestre. Comme nous le verrons par exemple, les familles hébergées à l'hôtel en Seine-Saint-Denis sont majoritairement orientées par le 115 de Paris.

Tableau 10 : Répartition des familles selon le type d'hébergement et la localisation

	Paris et petite couronne		**Grande couronne**	
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**
Hôtel	78,1	[74,3 ; 81,5]	71,2	[64,5 ; 77,1]
CHU	3,2	[1,8 ; 5,6]	6,4	[3,5 ; 11,3]
CADA	4,9	[4,1 ; 5,8]	8,7	[7,0 ; 10,8]
CHRS	13,9	[10,8 ; 17,6]	13,7	[10,0 ; 18,5]
Total	100	-	100	-

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

2.3. Des structures d'hébergement dépendantes du statut administratif

Le système d'hébergement accueille essentiellement des familles étrangères. Ces familles présentent des situations administratives variées, mais pour l'essentiel précaires : près de six familles sur dix sont en voie de régularisation (46,1%) ou demandeuses d'asile (11,2%).

Ces familles ne sont pas orientées vers les mêmes dispositifs d'hébergement selon qu'elles se trouvent être en voie de régularisation, demandeuses d'asile, régularisées, détentrices d'un titre de séjour ou françaises (p<0,001)[40]. Nous distinguons dans ce rapport les personnes détentrices d'un « TDS » (titre de séjour) de moins de dix ans, des personnes que nous appellerons « régularisées », regroupant les personnes réfugiées, disposant d'une carte de résident de dix ans avec autorisation de travailler, ou encore dans une situation qui les dispense légalement de titre de séjour (ce qui concerne notamment les ressortissants de l'Union européenne).

Tableau 11. Répartition des familles selon la situation administrative du répondant et le type d'hébergement

	Hôtel	**CHU**	**CADA**	**CHRS**	**Ensemble**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**
En voie de régularisation	51,7 [45,2 ; 58,1]	41,0 [27,7 ; 55,7]	35,0 [27,1 ; 43,8]	21,7 [10,9 ; 38,6]	46,1 [40,8 ; 51,4]
Titre de séjour	19,5 [14,8 ; 25,2]	26,4 [18,0 ; 36,9]	0,6 [0,1 ; 4,1]	45,6 [34,5 ; 57,1]	22,2 [18,3 ; 26,7]
Demandeur d'asile	9,8 [7,3 ; 12,9]	4,1 [0,9 ; 16,2]	61,8 [52,9 ; 69,9]	0,6 [0,1 ; 4,9]	11,5 [9,4 ; 14,0]
« Régularisé »	11,8 [8,3 ; 16,4]	7,8 [3,4 ; 16,7]	2,6 [1,0 ; 6,4]	12,9 [6,5 ; 23,9]	11,2 [8,3 ; 14,9]
Français	7,4 [4,6 ; 11,5]	20,8 [10,8 ; 36,2]	0,0 [-]	19,2 [10,4 ; 32,7]	9,1 [6,5 ; 12,7]
Total	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

[40] Par commodité d'usage, il nous arrivera de parler de famille réfugiée, demandeuse d'asile, avec un titre de séjour etc. Il faudra alors avoir en tête que nous renvoyons à la situation du parent interrogé (la mère la plupart du temps).

Ainsi, les hôtels et les CHU accueillent principalement les familles en voie de régularisation, tandis que les CADA et les CHRS accueillent principalement des familles en situation régulière (demandeurs d'asile, détenteurs d'une carte de résident ou d'un titre de séjour). En d'autres termes, les structures les moins bien loties en matière d'accompagnement social accueillent de façon privilégiée un public lui-même éloigné, administrativement, de divers services d'aides. Nous pouvons formuler l'hypothèse d'une sélection des familles les plus fragiles sur le plan administratif orientées vers les structures les moins bien dotées en matière d'accompagnement social.

Il peut paraître étonnant que l'ensemble des familles en CADA ne soient pas demandeuses d'asile. Nous pouvons avancer deux éléments d'explication : dans certains ménages composés des deux parents, seul un parent peut être demandeur d'asile, et ce parent peut ne pas avoir été interrogé dans le cadre de l'enquête ; par ailleurs certains résidents de CADA ont obtenu le statut de réfugié, ou ont été déboutés (et ne sont donc plus demandeurs d'asile au moment de l'enquête). De fait, parmi les personnes accueillies en CADA mais qui n'ont pas le statut de demandeur d'asile au moment de l'enquête, 94,8% ($IC_{95\%}$ [82,6 ; 98,6]) ont déjà fait une demande d'asile.

2.4. Les 115 au cœur du système d'hébergement des familles

L'hôtel est le mode principal d'hébergement des familles, et le développement de ce système d'hébergement a largement été porté par l'Etat depuis la fin des années 1990 (Le Méner et Oppenchaim, 2012). Il n'est donc pas étonnant que plus de deux tiers (68,6% $IC_{95\%}$ [61,5 ; 75,0]) des familles soient orientées par un 115.

Concernant l'hébergement en hôtel, le 115 de Paris représente à lui seul 48,2% des orientations dans toute la région ($IC_{95\%}$ [41,0 ; 55,4]). Les autres orientations en hôtel sont réalisées principalement par la CAFDA (9,4%, $IC_{95\%}$ [7,0 ; 12,6]), la Ville de Paris (8,5%, $IC_{95\%}$ [4,3 ; 16,0]), le 115 de Seine-Saint-Denis (7,1%, $IC_{95\%}$ [4,9 ; 10,3]) et l'APTM (5,3%, $IC_{95\%}$ [3,5 ; 8,0]).

L'orientation vers les autres structures est plus difficile à déterminer. En effet, lors de l'enquête, les familles indiquaient parfois l'orienteur, parfois le gestionnaire, parfois le financeur. Ceci indique une méconnaissance importante du dispositif de la part des familles,

qui ne savent que rarement qui prend en charge leur hébergement, hormis dans le cas du 115 où le contact est direct.

Dans les CHU, les familles ont été orientées par le 115 dans 33,1% des cas ($IC_{95\%}$ [18,5 ; 51,9]) et par une association dans 62,1% des cas ($IC_{95\%}$ [45,0 ; 76,6]). L'orientation par les associations peut être surestimée, celles-ci n'étant souvent que les intermédiaires entre les familles et les gestionnaires de l'hébergement. Les orientations par le 115 sont quant à elles bien repérées et, contrairement aux hôtels où le 115 de Paris était le principal orienteur quel que soit le département, seul le Val-de-Marne apparaît dans l'enquête comme le principal orienteur 115 vers les CHU (14,9% de l'ensemble des orientations en CHU), en dépit d'un intervalle de confiance très large ($IC_{95\%}$ [3,9 ; 43,1]).

Dans les CADA, 100% des familles enquêtées déclarent être orientées par une association. Ces associations sont principalement l'association COALLIA (ex-AFTAM : 31,6%, $IC_{95\%}$ [25,1 ; 38,9]) et FTDA (30,6%, $IC_{95\%}$ [24,4 ; 37,6]).

Enfin, dans les CHRS, les principaux orienteurs déclarés par les familles sont les associations (75,4%, $IC_{95\%}$ [60,0 ; 86,2]) et une mairie d'un département francilien ou la ville de Paris (19,0%, $IC_{95\%}$ [9,8 ; 33,4]).

A noter que le SIAO n'a été déclaré orienteur que dans deux situations, pour des familles hébergées en CHRS. A la date de l'enquête, les SIAO franciliens orientaient encore peu les familles, ou du moins étaient peu connus des familles. Ainsi, dans 34,0% des cas, les familles interrogées sur une éventuelle demande d'hébergement auprès du SIAO ont déclaré ne pas connaître le SIAO ($IC_{95\%}$ [30,0 ; 38,2]). Cependant 14,2% des familles enquêtées ont déclaré avoir formulé une demande auprès du SIAO par l'intermédiaire d'un travailleur social ($IC_{95\%}$ [10,5 ; 18,9]), trois fois plus souvent vers l'insertion que vers l'urgence, avec plus de 10% des familles qui ne savaient pas s'il s'agissait du SIAO urgence ou du SIAO insertion.

2.5. Dis-moi où tu habites, je ne te dirai pas qui t'héberge : le cas des familles hébergées à l'hôtel par le 115

Le parc hôtelier où sont orientées les familles s'est largement étendu ces dernières années, au fur et à mesure du nombre croissant de familles à héberger (Guyavarch, 2011 ; Guyavarch et Garcin, 2014). Le 115 de Paris, principal pourvoyeur de l'hébergement des familles à l'hôtel, s'est rapidement retrouvé confronté à la saturation des capacités parisiennes en termes

d'hôtels sociaux. Il a donc orienté les familles vers des hôtels situés en petite couronne puis, progressivement, vers des hôtels situés en grande couronne. Ceci n'est pas sans poser problème aux autres 115 d'Ile-de-France ou aux conseils généraux qui doivent eux aussi orienter des familles à l'hôtel, de préférence dans leur département. Le tableau suivant présente la répartition géographique des familles hébergées par chaque 115.

Tableau 12. Répartition des familles hébergées dans chaque département d'accueil, selon leur 115 d'origine

	75 – Paris	**77 – Seine-et-Marne**	**78 – Yvelines**	**91 – Essonne**	**92 – Hauts-de-Seine**	**93 – Seine-Saint-Denis**	**94 – Val-de-Marne**	**95 – Val d'Oise**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
115-75	**98,9**	63,5	79,3	47,3	72,3	72,1	55,3	71,3
115-77	-	**33,6**	-	-	-	-	-	-
115-78	-	-	**13,1**	-	-	1,1	-	-
115-91	-	-	-	**38,0**	-	-	1,7	-
115-92	-	-	-	12,3	**18,0**	5,5	2,5	1,4
115-93	1,2	2,9	1,2	2,4	9,7	**21,0**	8,8	15,9
115-94	-	-	-	-	-	-	**29,4**	-
115-95	-	-	6,4	-	-	0,3	-	**11,5**
NSP	-	-	-	-	-	-	2,3	-
	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 332 personnes interrogées hébergées en hôtel par un 115 d'Ile-de-France, 332 répondants.
Lecture : en Seine-et-Marne, 63,5% des familles orientées à l'hôtel par un 115 l'ont été par le 115 de Paris, 33,6% par le 115 de Seine-et-Marne, etc.

L'écart entre département de départ et département d'hébergement peut également s'observer dans le tableau ci-dessous, avec un croisement qui gomme l'effet du nombre important de familles orientées par Paris. Ce tableau apporte deux informations : l'une sur la capacité du département à héberger l'ensemble des familles orientées par son 115, l'autre sur la dispersion des familles selon leur orienteur de départ. Ainsi par exemple, si l'ensemble des familles orientées par le 115 de Seine-et-Marne ou le 115 du Val-de-Marne sont hébergées dans le département dont elles dépendent, plus des trois quarts des familles qui ont appelé le 115 depuis Paris sont hébergées en dehors de la capitale (le nombre de familles dépendant des 115 est très variable selon le département de départ ; les résultats ne doivent donc pas être considérés autrement que comme des ordres de grandeur). Ces hébergements hors du

département de départ ne sont pas sans poser problème notamment lorsque la famille avait mis en place un suivi PMI ou encore qu'un enfant était scolarisé, au moment du premier appel au 115.

Tableau 13. Répartition des familles hébergées à l'hôtel par chaque 115 dans les différents départements

	115-75 %	115-77 %	115-78 %	115-91 %	115-92 %	115-93 %	115-94 %	115-95 %
75 - Paris	**21,8**	-	-	-	-	1,7	-	-
77 - Seine-et-Marne	9,8	**100,0**	-	-	-	3,1	-	-
78 - Yvelines	5,2	-	**61,5**	-	-	0,5	-	24,7
91 - Essonne	8,8	-	-	**95,7**	36,5	3,0	-	-
92 - Hauts-de-Seine	3,1	-	-	-	**12,4**	2,8	-	8,1
93 - Seine-St-Denis	34,1	-	38,5	-	41,6	**67,2**	-	-
94 - Val-de-Marne	10,2	-	-	4,3	7,3	11,0	**100,0**	-
95 - Val d'Oise	7,1	-	-	-	2,2	10,7	-	**67,2**
	100	100	100	100	100	100	100	100
n (observations)	249	8	5	8	10	40	5	6

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 332 personnes interrogées hébergées en hôtel par un 115 d'Ile-de-France, 331 répondants (une famille ne sait pas quel 115 la prend en charge).
Lecture : dans 21,8% des cas, les familles orientées à l'hôtel par le 115 de Paris sont hébergées dans un hôtel localisé à Paris, dans 9,8% des cas elles sont localisées dans un hôtel situé en Seine-et-Marne, etc.

Au total, 61,1% ($IC_{95\%}$ [53,9 ; 67,8]) des familles ne sont pas hébergées dans le département dont elles dépendent, avec une variation significative selon le département ($p<0,001$). Le détail du tableau nous apprend donc que deux 115 hébergent la majorité de leur file active de familles en dehors du département de référence. Il s'agit de Paris, où le parc hôtelier mobilisable serait saturé[41], et des Hauts-de-Seine. Certes, pour ce dernier, les effectifs concernés sont minimes (seulement dix familles enquêtées dépendent du 115 de ce département). Mais il faut noter que des départements voisins (Paris ou le Val d'Oise) ou plus éloigné (la Seine-Saint-Denis), y orientent bel et bien une petite partie de leurs effectifs.

Quant aux autres 115, ils pourvoient majoritairement un hébergement hôtelier au sein de leur département, mais n'y parviennent pas tous entièrement. Environ un tiers des familles

[41] L'emploi du conditionnel est là pour pointer l'écart entre le nombre de personnes en familles hébergées en hôtel dans la capitale (estimées à 1 695, $IC_{95\%}$ [1 208 ; 2 182]), et la capacité d'accueil de l'hôtellerie sociale, estimée en 2007 à 21 000 chambres par l'APUR (Jankel et Levy-Vroelant, 2007).

relevant du 115 de Seine-Saint-Denis, second 115 après celui de Paris en termes d'effectifs accueillis, réside ainsi en dehors du département.

3. D'où viennent les familles sans logement ?

Les enquêtes sur les sans-domicile ont l'habitude d'insister sur les origines sociales populaires des personnes interrogées, comme trait caractéristique de leurs parcours et de leurs modes de vie. Le fait d'être étranger, les difficultés administratives et les discriminations que cela peut entraîner, ne sont rarement autre chose qu'un arrière-plan lointain de la description, quand bien même une part considérable de la population déclare être née à l'étranger (60% dans l'enquête Samenta de 2009). De fait, les enquêtes statistiques n'avaient l'habitude d'interroger que les francophones ; ce n'est qu'avec l'enquête SD de 2012 (qui propose alors des questionnaires réduits et auto-administrés) et ENFAMS que des non-francophones sont interrogés.

L'invisibilité scientifique des étrangers dans les enquêtes sur les sans-domicile est d'autant plus ennuyeuse que des travaux attestent, depuis le début des années 2000, d'un rapprochement croissant entre le dispositif d'hébergement et les politiques d'immigration, et en particulier la gestion des demandeurs d'asile (Noblet 2000 ; Boucher et Ridder 2002; Frigoli 2004; Frigoli 2008; Dourlens 2006). En ce qui concerne l'hébergement des familles, ce rapprochement est patent (Le Méner et Oppenchaim, 2012). Il paraît donc aujourd'hui important de mettre en lumière les liens réels entre sans-abrisme et migrations.

Dans cette partie, nous présentons tout d'abord l'origine géographique des familles : plus de neuf parents interrogés sur dix déclarent en effet être nés à l'étranger. Nous nous attardons ensuite sur les motifs et les conditions d'arrivée en France : quelles que soient les raisons de l'arrivée en France, les familles ont en commun de connaître d'importantes difficultés, par rapport au logement, lors de leur arrivée en métropole.

3.1. L'origine géographique des familles

3.1.1. Plus de neuf parents sur dix déclarent être nés à l'étranger

Dans 93,9% des cas ($IC_{95\%}$ [90,7 ; 96,0]), le répondant interrogé n'est pas né en France. Nous avons regroupé les origines géographiques par zones, en reprenant largement les catégories utilisées dans l'enquête Elipa (voir annexe).

Tableau 14. Région de naissance du répondant

	n	%	IC95%	N	IC95%
Afrique subsaharienne	290	34,9	[30,4 ; 39,7]	3 586	[3110 ; 4061]
CEI	158	17,1	[14,3 ; 20,4]	1 761	[1455 ; 2067]
Autre Afrique	142	15,7	[12,4 ; 19,5]	1 610	[1209 ; 2011]
UE	93	13,7	[10,7 ; 17,4]	1 406	[1057 ; 1756]
Maghreb	67	11,9	[8,5 ; 16,5]	1 227	[773 ; 1681]
Asie	30	4,0	[2,4 ; 6,7]	415	[189 ; 641]
Amérique et Océanie	12	2,0	[0,8 ; 4,9]	210	[26 ; 394]
Autre Europe	5	0,4	[0,1 ; 1,1]	42	[0 ; 84]
Proche et moyen orient	4	0,2	[0,1 ; 0,6]	23	[0 ; 47]
	801	100		10 280	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

Carte 3. Répartition des répondants en fonction de leur pays de naissance

Le pays d'origine le plus fréquent est le Mali (8,1%, $IC_{95\%}$ [5,9 ; 11,1]), suivi de près par la Russie (7,9%, $IC_{95\%}$ [5,9 ; 10,6]) et l'Algérie (7,8%, $IC_{95\%}$ [5,1 ; 11,6]). Au total, 66 pays de naissance différents sont recensés dans l'enquête (carte 3).

Certaines régions comportent des effectifs si faibles que nous ne pouvons pas les analyser en tant que telles. C'est le cas du Proche et Moyen Orient, qui ne concerne que quatre familles, et des cinq familles originaires d'autres pays européens que ceux de l'UE 28. Nous avons décidé d'intégrer les premières à l'ensemble des familles venant d'Asie, et les secondes à la CEI, en raison de la ressemblance des motifs migratoires, conjuguée à la proximité géographique et également, pour le rapprochement entre les pays d'autre Europe et de la CEI, en raison de l'influence culturelle russe.

3.1.2. Des migrants ayant essentiellement grandi dans de grandes villes

Au début de l'entretien, quelques questions étaient posées à l'enquêté sur sa situation pendant l'enfance (par convention avec les autres enquêtes l'âge de l'enfant est mis en référence). La plupart des personnes enquêtées ont déclaré avoir vécu durant leur enfance dans une capitale ou une grande ville (63,9%). Le lieu de vie durant l'enfance est significativement lié à l'origine géographique ($p<0,001$). Les familles originaires d'Afrique sont plus citadines que les autres familles ; les familles originaires de la CEI et de l'Europe ont, pour un tiers, vécu dans un village, à la campagne, durant leur enfance.

Tableau 15. Lieu de vie durant l'enfance, selon l'origine géographique (nés hors de France)

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Autre Afrique	CEI / autre Europe	UE	Asie / Proche et moyen orient	Amérique et Océanie	Ensemble
	%	%	%	%	%	%	%	%
Dans la capitale, dans une grande	71,0 [64,4 ; 76,7]	55,5 [38,1 ; 71,6]	76,2 [65,6 ; 84,4]	53,6 [44,4 ; 62,5]	34,9 [21,0 ; 52,1]	69,8 [48,4 ; 85,1]	82,4 [49,3 ; 95,8]	63,9 [59,7 ; 67,9]

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Autre Afrique	CEI / autre Europe	UE	Asie / Proche et moyen orient	Amérique et Océanie	Ensemble
	%	%	%	%	%	%	%	%
ville								
Dans une petite ville	14,2 [9,6 ; 20,5]	35,2 [22,5 ; 50,5]	13,2 [7,3 ; 22,8]	16,0 [10,3 ; 24,1]	30,3 [18,0 ; 46,2]	20,5 [9,0 ; 40,3]	14,2 [2,9 ; 47,8]	18,6 [15,5 ; 22,2]
Dans un village, à la campagne	14,8 [10,6 ; 20,5]	9,3 [3,8 ; 21,0]	9,6 [4,7 ; 18,7]	30,3 [22,8 ; 39,0]	34,8 [20,8 ; 52,0]	9,7 [3,7 ; 23,4]	3,3 [0,4 ; 21,9]	17,3 [14,2 ; 20,9]
Ne sait pas	0,0 [-]	0,0 [-]	1,0 [0,1 ; 6,6]	0,1 [0,0 ; 0,5]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,2 [0,0 ; 1,0]
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 759 répondants.

3.1.3. Des dates d'arrivée en France très variables en fonction des pays et des zones concernées

La durée de résidence en France, pour les répondants qui n'y sont pas nés, se calcule à partir de la date d'arrivée sur le territoire. En cas d'aller-retour de plus de six mois entre la France et un autre pays, la date d'arrivée la plus récente était gardée.

Pour l'ensemble des enquêtés nés à l'étranger, l'arrivée sur le territoire français remonte en moyenne à 5,2 ans. A titre de comparaison, dans l'enquête Elipa[42], les hommes vivent en

[42] C'est-à-dire chez les titulaires d'un titre de séjour permanent (pour la première fois), peu importe leur situation par rapport au logement et la composition familiale.

France depuis 4,9 ans en moyenne et les femmes depuis 2,8 ans (Régnard et Domergue, 2011).

Toutefois, la moyenne cache d'importantes disparités. Ainsi, la moitié des répondants d'ENFAMS ne résident en France que depuis 3,2 ans. L'écart important entre la durée moyenne et la durée médiane montre ici une répartition non homogène des durées de séjour, certaines durées très longues influant sur la moyenne.

Tableau 16. Durée moyenne et médiane depuis l'arrivée en France, selon l'origine géographique

	Moy	IC95%	Q25	Q50 = médiane	Q75	min	max	n	N
Maghreb	6,4	[5,2 ; 7,7]	2,5	4,0	7,6	5 mois	39,0 ans	67	1 227
Autre Afrique	6,2	[4,5 ; 8,0]	2,2	3,8	9,1	3 mois	34,0 ans	142	1 610
Afrique subsaharienne	5,9	[4,9 ; 6,9]	1,8	3,4	8,7	1 mois	43,0 ans	290	3 586
Asie / Proche et moyen orient	4,9	[3,1 ; 6,7]	2,3	3,8	8,3	3 mois	12,0 ans	34	438
UE	4,5	[2,8 ; 6;3]	1,9	3,1	5,5	2 mois	15,5 ans	52	780
Amérique et Océanie	3,8	[0,6 ; 7,0]	1,6	1,6	2,8	4 mois	27,5 ans	12	210
CEI / autre Europe	2,7	[2,2 ; 3;2]	1,0	1,9	3,7	3 mois	19,0 ans	163	1 803
Ensemble	5,2	[4,7 ; 5,2]	1,6	3,2	7,3	1 mois	43,0 ans	760	9 654

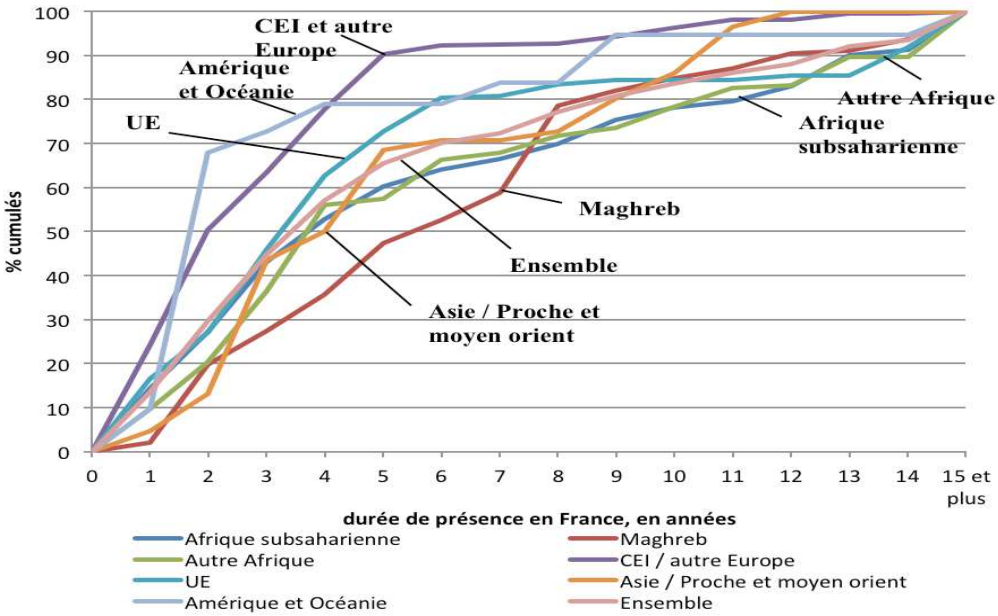
Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 760 répondants.
Lecture : les enquêtés nés dans un pays d'Afrique subsaharienne sont en France depuis 5,9 ans en moyenne. Un quart d'entre eux est arrivé depuis moins de1,8 ans, la moitié sont présents depuis moins de 3,4 ans, l'autre moitié depuis plus de 3,4 ans, et un quart est présent depuis au moins 8,7 ans.

La date d'arrivée en France varie selon l'origine géographique des enquêtés. En considérant les intervalles interquartiles des durées depuis l'arrivée en France, on relève ainsi des migrations plus anciennes pour les enquêtés venant d'Afrique, quelle que soit la sous-région observée, que pour les autres enquêtés ($p<0,001$), et des migrations plus récentes pour les répondants originaires de la CEI ($p<0,001$). Ce contraste n'est pas sans rappeler ceux observés dans l'enquête Elipa, où sont distingués trois profils de migrants (Régnard et Domergue, 2011), notamment : « des migrants de travail, majoritairement des hommes,

d'Afrique subsaharienne, pour ceux installés depuis plus de cinq ans ». Comme dans Elipa, les personnes nées en Afrique sont présentes en France depuis plus longtemps que les autres et, comme nous le verrons, leur migration répond davantage à des motifs économiques – mais cette migration plus ancienne est ici portée par des femmes.

La figure suivante illustre les variations de la durée de présence en France selon la région d'origine. Le positionnement par rapport à un axe transversal, ainsi que la forme des courbes indiquent d'une part si les migrations sont récentes ou non (plus la courbe se trouve proche de l'axe vertical, plus les migrations seront récentes) et d'autre part si elles se répartissent de manière homogène dans le temps (plus la courbe a une allure saccadée, moins la migration se répartit de manière homogène dans le temps).

Figure 2. Répartition cumulée des durées de présence en France des enquêtés



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 760 répondants
Lecture : pour l'ensemble des enquêtés, environ 10% sont arrivés il y a moins d'un an, 30% il y a moins de 2 ans, 65% il y a moins de 5 ans, etc.

Cette figure montre que les migrations des enquêtés venant d'Afrique sont les plus anciennes (les courbes du Maghreb, de l'Afrique subsaharienne et des autres pays d'Afrique sont les plus à droite sur le graphique), et que celles de migrants venus de la CEI, de l'Europe hors UE, d'Amérique ou d'Océanie sont les plus récentes. On peut noter aux deux extrêmes le Maghreb et la CEI[43] : le premier représente des migrations anciennes et un pic de migrations

[43] Les représentants d'Amérique et d'Océanie sont trop peu nombreux pour que leur cas soient généralisé.

datant d'il y a 7 à 10 ans, le second ayant des migrations plus récentes, plus de 90% étant arrivés il y a moins de 5 ans.

Au sein des différents continents, la date d'arrivée en France peut être très variable. Ainsi, par exemple, les migrations des enquêtés originaires du Mali (pays le plus représenté parmi les migrants) remontent en moyenne à huit ans et demi, tandis que les migrants venus du Soudan sont en France depuis seulement un peu plus d'un an. La carte suivante montre ces variations, tout en illustrant bien les vagues de migrations distinctes selon les sous régions du monde.

Par ailleurs, la durée de vie en France varie également selon le statut administratif des ménages.

Tableau 17. Durée moyenne et médiane depuis l'arrivée en France, selon le statut administratif

	Moy	IC95%	Q25	Q50 = médiane	Q75	min	max	n	N
« Régularisé »	8,3	[5,7 ; 10,9]	2,3	4,5	10,9	2 mois	34,0 ans	71	1147
Français	7,7	[2,7 ; 12,6]	1,7	3,8	11,9	5 mois	43,0 ans	21	329
TDS	7,5	[6,4 ; 8,5]	3,8	6,9	11,3	4 mois	20,0 ans	148	2278
En cours de régularisation	4,1	[3,5 ; 4,7]	1,3	3,0	5,5	1 mois	39,0 ans	365	4710
Demandeur d'asile	1,7	[1,5 ; 6,4]	1,0	1,4	2,3	3 mois	8,1 ans	154	1179

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 760 répondants.

Les familles demandeuses d'asile présentent le temps moyen de présence en France le moins élevé (19 mois, ou 580 jours). En moyenne, leur demande d'asile a été déposée depuis 14,8 mois ($IC_{95\%}$ [12,6 ; 16,9]). Cette valeur doit être comparée au temps de traitement des demandes d'asile en France : le délai moyen d'instruction d'un dossier de demande d'asile était, fin 2012, de 186 jours à l'OFPRA (Létard et Tourain, 2013). A ce temps d'examen, il faut en général[44] ajouter celui de l'instruction du recours devant la Cours nationale du droit d'asile. Ce délai était en moyenne de 8 mois et 23 jours (soit environ 243 jours) en 2013, valeur plus basse que les années précédentes (CNDA, 2014). Par approximation, on peut penser que l'instruction complète d'une demande d'asile dure en moyenne 429 jours (environ

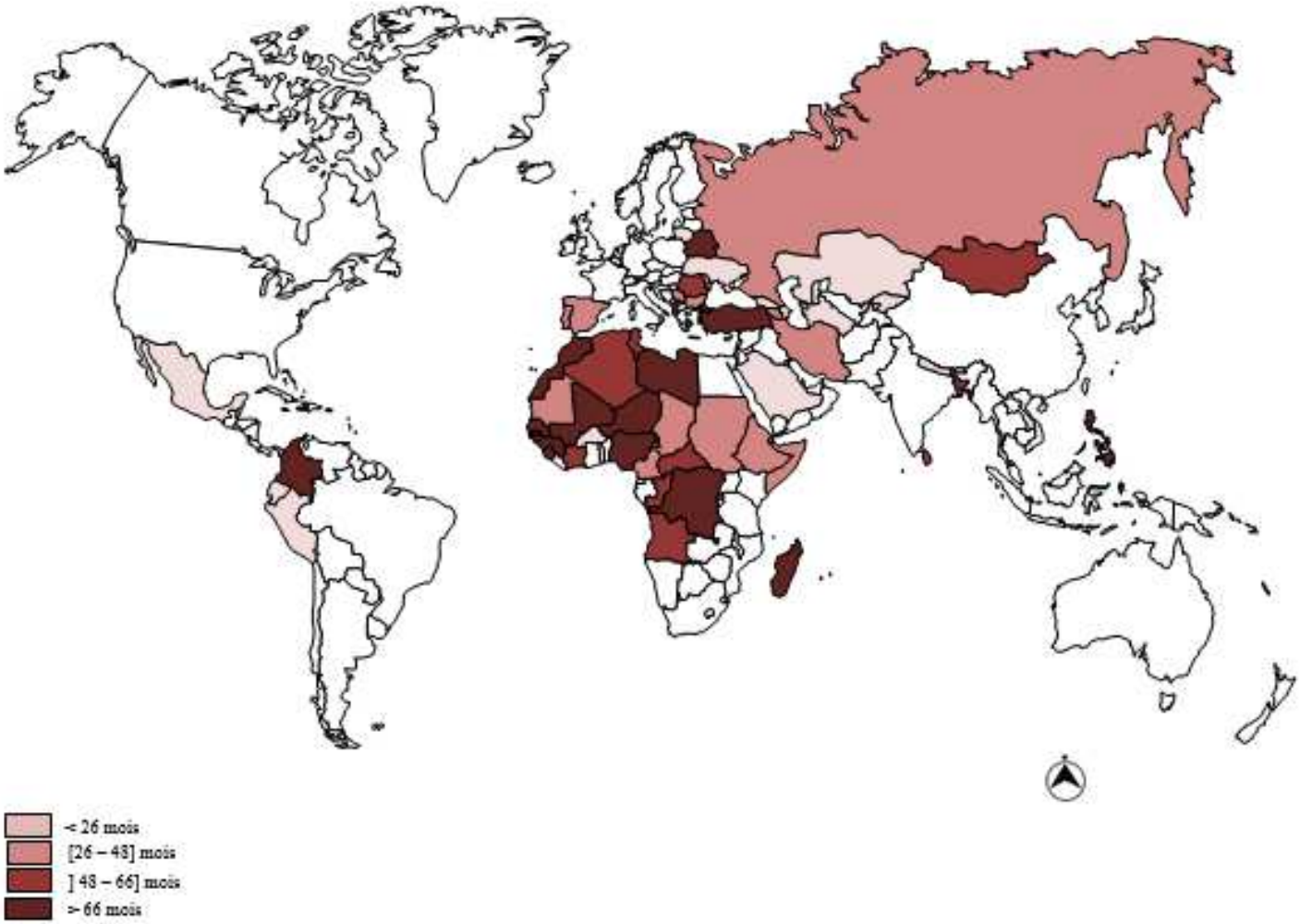
[44] En 2011, près de neuf demandes sur dix étaient rejetées par l'OFPRA (Leconte et Frassa, 2012).

14 mois). Les familles demandeuses d'asile au moment de l'enquête (dont la demande ou le recours n'a pas été encore jugée) auraient donc un délai moyen d'instruction légèrement supérieur aux demandeurs d'asile, en général.

Les familles en voie de régularisation présentent un temps moyen de présence en France voisin de la moyenne d'ensemble. Ces 4,1 années peuvent être mises en regard du temps moyen de présence en France des femmes d'Elipa (2,8 années).

La durée de vie en France pour les titulaires d'un titre de séjour est particulièrement élevée. Ceci pourrait traduire à la fois un temps d'attente considérable pour obtenir des papiers, et une vulnérabilité importante en rapport au logement, caractéristique des désavantages des immigrés et des étrangers, *a fortiori* pauvres, par rapport aux Français nés en France, en matière d'accès au logement, social notamment (Pan Ké Shon et Scodellaro, 2011).

Carte 4. Durée moyenne depuis l'arrivée en France, selon le pays de naissance



3.1.4. Trois motifs principaux d'arrivée en France : migration économique, migration familiale et migration de réfugiés

Il est difficile de démêler les motifs de la migration. D'un point de vue statistique, seules de rares enquêtes, comme l'enquête MAFE (« Migrations entre l'Afrique et l'Europe ») de l'INED, ont pu étudier finement les parcours migratoires, en mettant notamment au point des modules particulièrement précis mais longs à administrer. Dans ENFAMS, nous nous sommes contentés de demander aux enquêtés d'exprimer les raisons de leur départ du pays où ils résidaient avant de venir en France. Plusieurs réponses étaient possibles, mais la plupart des enquêtés n'ont donné qu'une seule réponse (85,8% des enquêtés, $IC_{95\%}$ [82,6 ; 88,5] ont donné un seul motif) ; par ailleurs, il n'était pas demandé de classer les motifs par ordre d'importance.

En prenant en considération les pourcentages (qui, rappelons-le, tiennent compte du poids de sondage de chaque famille) et non pas les effectifs, le tableau suivant ordonne les réponses selon leur fréquence. Seuls les motifs attendus étaient listés (marqués d'une « * » dans le tableau suivant), les autres étant classés dans une réponse « autre » où l'enquêté devait préciser. Un certain nombre de motifs, qui apparaissent dans le tableau suivant, n'étaient donc pas cités au départ et ils ont été ajoutés à partir du retraitement de la réponse ouverte. C'est notamment le cas de « fuir des problèmes conjugaux ou familiaux » qui ont été cités par près de 4% des enquêtés (il s'agit de départ d'un pays consécutivement à un divorce ou des conflits afférant à la grossesse de femmes célibataires, non acceptée par la famille) ou encore de « fuir un mariage forcé » ou de « protéger son enfant de l'excision ».

Ce tableau distingue ainsi 18 motifs de départ, parmi lesquels certains regroupements semblent pertinents. Trois ensembles de motifs paraissent alors prépondérants au plan de l'analyse, tendant à distinguer une migration de réfugiés, une migration économique et une migration familiale. Partant de ce regroupement, 35,1% des répondants déclarent fuir un pays parce qu'ils s'y sentent menacés ($IC_{95\%}$ [30,8 ; 39,6]), 31,5% des répondants avancent une raison économique à leur départ ($IC_{95\%}$ [27,6 ; 35,7]) et 24,4% une raison familiale ($IC_{95\%}$ [19,9 ; 29,5])[45]. Les raisons médicales arrivent loin derrière, citées par 6,2% des personnes

[45] Nous avons regroupé sous le label de migration de réfugiés les réponses « échapper à l'insécurité, une guerre, des troubles politiques ou religieux », « sauver sa vie ou celle de sa famille », « fuir un mariage forcé » et « protéger son enfant de l'excision » - autant de motifs dont peuvent se prévaloir des demandeurs d'asile dans leur requête. La migration familiale est saisie ici par les réponses « accompagner ou rejoindre un conjoint » et « accompagner ou rejoindre ses parents ou un membre de sa famille (hors conjoint) ».

interrogées ($IC_{95\%}$ [4,1 ; 9,2]).

Tableau 18. Motifs d'arrivée en France (plusieurs réponses possible)

	n	%	IC95%	N	IC95%
- trouver un travail, améliorer sa situation professionnelle ou économique*	201	31,5	[27,6 ; 35,7]	3043	[2584 ; 3503]
- échapper à l'insécurité, une guerre, des troubles politiques ou religieux*	237	24,7	[20,8 ; 29,1]	2389	[1911 ; 2866]
- accompagner ou rejoindre un conjoint*	132	19,2	[15,5 ; 23,5]	1856	[1448 ; 2263]
- sauver sa vie ou celle de sa famille*	106	11,4	[9,0 ; 14,3]	1101	[861 ; 1340]
- accompagner ou rejoindre ses parents ou un membre de sa famille (hors conjoint)*	33	5,5	[3,6 ; 8,4]	533	[309 ; 757]
- faire des études, suivre une formation*	23	4,0	[2,4 ; 6,6]	389	[192 ; 585]
- fuir des problèmes conjugaux ou familiaux	36	3,8	[2,6 ; 5,7]	371	[222 ; 521]
- raisons médicales concernant la santé de ses enfants*	25	3,8	[2,2 ; 6,6]	367	[160 ; 573]
- raisons médicales concernant sa santé ou celle de son conjoint*	17	2,4	[1,3 ; 4,2]	228	[100 ; 357]
- fuir un mariage forcé	25	2,1	[1,3 ; 3,4]	204	[110 ; 299]
- une autre raison	13	1,6	[0,9 ; 2,8]	150	[63 ; 238]
- protéger son enfant de l'excision	18	1,5	[0,9 ; 2,5]	143	[68 ; 218]
- la scolarité des enfants*	10	1,2	[0,5 ; 2,7]	115	[22 ; 209]
- pas de logement dans le dernier pays	5	1,2	[0,4 ; 3,4]	115	[0 ; 237]
- ne veut pas répondre	5	1,0	[0,3 ; 2,9]	94	[0 ; 199]
- vouloir vivre en France	4	0,5	[0,2 ; 1,4]	50	[1 ; 99]
- expulsion d'un autre pays	6	0,5	[0,2 ; 1,1]	46	[6 ; 87]
- des vacances et est resté	5	0,4	[0,2 ; 1,2]	43	[0 ; 86]
- fuir la sécheresse, des inondations ou autres raisons écologiques*	2	0,2	[0,1 ; 0,9]	23	[0 ; 55]
- ne sait pas	2	0,1	[0,0 ; 0,6]	11	[0 ; 28]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 759 répondants.

Ces réponses peuvent être comparées à celles recueillies lors de la première vague de l'enquête Elipa, en 2010 (Régnard et Domergue, 2011), administrée à un échantillon aléatoire de 6017 adultes « primo-arrivants ». Cette catégorie désigne les étrangers détenteurs, pour la première fois, d'un titre de séjour permanent, et signataires d'un contrat d'accueil et d'intégration (elle exclut donc les demandeurs d'asile au moment de l'enquête). La principale

raison de départ déclarée par les nouveaux arrivants est d' « accompagner ou de rejoindre un conjoint » (43%). Arrivent ensuite : « trouver un travail » (27% des réponses), « changer de vie » (25%). Cette dernière réponse n'était pas proposée d'office dans ENFAMS, étant à notre avis trop vague et pouvant regrouper à elle seule la totalité des autres motifs ; elle n'a spontanément été donnée que par un seul répondant (classé de fait dans « une autre raison »). Par ailleurs, dans Elipa, 30% des individus interrogés déclarent être partis pour « échapper à l'insécurité ou [à des] troubles politiques » (20%) ou pour « sauver [leur] vie [ou] celle de [leur] famille » (10%). Les raisons médicales ne sont avancées que par 2% des répondants comme motif principal.

Il semblerait ainsi que davantage de personnes fuyant l'insécurité, et davantage de personnes cherchant à améliorer leur situation économique aient été rencontrées dans ENFAMS que dans Elipa, où les motifs familiaux prévalent.

3.1.5. Des motifs de migration variables selon la situation du répondant

Les raisons de l'arrivée en France sont significativement liées à l'origine géographique du répondant (sauf pour « ne sait pas » ou « ne veut pas répondre », et d'une moindre significativité ($p<0,05$ *versus* $p<0,001$) pour les « autre raison »), ainsi qu'à son statut administratif au moment de l'enquête. Le tableau suivant décrit ainsi la répartition de motifs de migrations en fonction de la région de naissance.

Pour les familles originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, les raisons économiques sont donc les plus citées pour expliquer l'immigration (chez un tiers des répondants environ, proportion semblable chez les personnes venant d'une autre région en Afrique). Ce sont pourtant chez ces personnes, comme nous le verrons, que les ressources économiques semblent les moins importantes au moment de l'enquête (mises à part les familles originaires de CEI, c'est-à-dire essentiellement demandeuses d'asile). Mais les raisons économiques paraissent encore plus déterminantes pour les familles venant de l'Union européenne (citées chez trois quarts d'entre elles), notamment de Bulgarie et de Roumanie. Cependant là encore, ces familles sont confrontées à une grande misère, comme nous aurons l'occasion de le voir.

Tableau 19. Motifs de migration (plusieurs motifs possibles) selon la région de naissance

		Menaces	Raison éco.	Raison familiale	Raison médicale	Autre raison	NSP / NVPR
Afrique subsaha-rienne	%	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 [-]
p-value		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	ns

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 759 répondants.
Lecture : 19,1% des personnes nées en Afrique subsaharienne ont énoncé des menaces envers eux-mêmes ou leur famille comme la ou l'une des raison(s) de leur migration en France, 33,3% ont énoncé des raisons économiques, etc. La somme des colonnes n'est pas égale à 100, l'enquêté pouvant donner plusieurs réponses. Enoncer des menaces comme motif de migration varie significativement selon la région de naissance (p<0,001).

Des raisons familiales expliquent aussi la migration, particulièrement pour les familles venant du Maghreb et d'Afrique subsaharienne, ce qui renvoie probablement à la présence de migrants de même origine en France.

Une autre observation notable concerne les migrations liées à des menaces, nettement plus déclarées par les familles arrivant de CEI, et dans une moindre mesure d'Asie, du Proche et du Moyen Orient et d'Afrique anglophone ou lusophone.

Il n'est alors pas étonnant que les motifs migratoires soient inégalement répartis, selon le statut administratif au moment de l'enquête. Les trois principaux motifs demeurent les menaces, une raison économique ou familiale, peu importe la catégorie de migrants. De manière attendue, le motif de menaces prévaut très largement (87,0%) chez les demandeurs d'asile. De façon cohérente avec la littérature (Régnard et Domergue, 2011), la dimension économique de l'immigration figure au premier plan chez les sans-papiers. Chez les personnes bénéficiant d'un titre de séjour de courte ou de longue durée, ou dispensés d'en avoir, les trois principaux motifs sont plus également distribués.

Tableau 20. Motifs de migration (plusieurs motifs possibles) selon le statut administratif

		Menaces	Raison économique	Raison familiale	Raison médicale	Autre raison	NSP / NVPR
En voie de régul.	%	31,7 [25,6 ; 38,4]	38,0 [32,0 ; 44,4]	21,6 [16,6 ; 27,5]	5,9 [3,6 ; 9,6]	14,1 [10,4 ; 18,8]	0,7 [0,2 ; 2,3]
« Régularisé »	%	31,6 [18,8 ; 48,0]	28,6 [16,8 ; 44,2]	30,6 [17,4 ; 48,0]	0,7 [0,1 ; 4,2]	13,4 [6,3 ; 26,5]	5,2 [1,1 ; 21,9]
Demandeur d'asile	%	87,0 [79,6 ; 92,0]	5,8 [2,9 ; 11,5]	10,9 [6,7 ; 17,2]	2,8 [1,0 ; 7,8]	4,9 [2,4 ; 10,0]	0,9 [0,1 ; 6,1]
Titre de séjour	%	22,3 [14,8 ; 32,2]	29,5 [20,8 ; 40,0]	35,5 [24,5 ; 48,3]	12,1 [5,8 ; 23,6]	12,3 [6,3 ; 22,4]	0,1 [0,0 ; 0,4]
Français	%	0,0 [-]	51,5 [25,3 ; 76,9]	15,5 [6,3 ; 33,1]	0,0 [-]	37,4 [16,1 ; 65,1]	0,0 [-]
p-value		<0,001	<0,001	<0,01	ns	<0,05	<0,05

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 759 répondants.
Lecture : 31,7% des personnes en voie de régularisation ont énoncé des menaces envers eux-mêmes ou leur famille comme la ou l'une des raison(s) de leur migration en France, 38,0% ont énoncé des raisons économiques, etc. La somme des colonnes n'est pas égale à 100, l'enquêté pouvant donner plusieurs réponses. Enoncer des menaces comme motif de migration varie significativement selon le statut administratif (p<0,001).

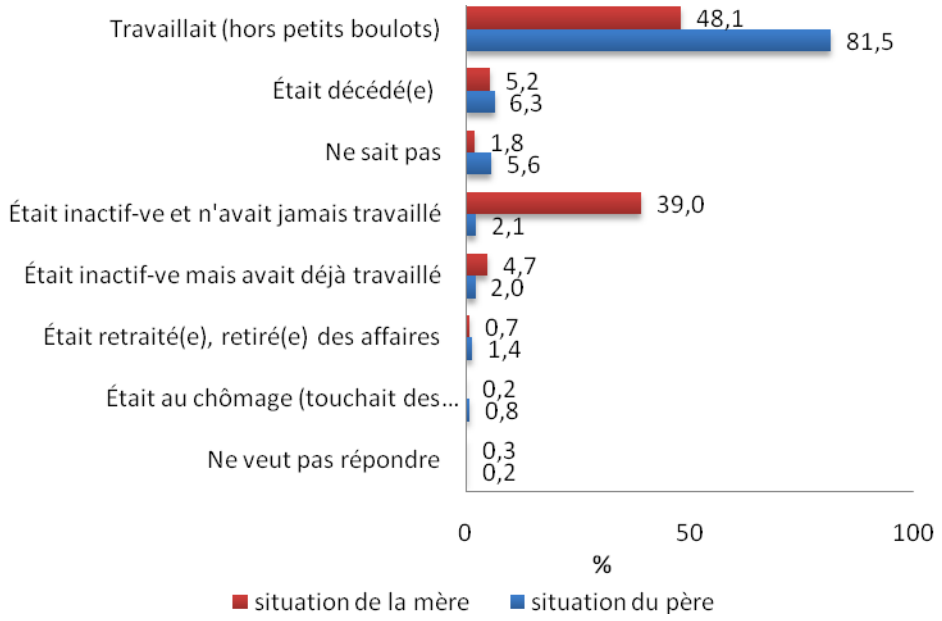
Les chemins qui mènent à l'hébergement d'urgence sont donc loin de prendre naissance au même endroit.

3.2. L'origine sociale des familles

3.2.1. Une enfance du répondant caractérisée par des pères actifs et des mères au foyer

L'enquêté était interrogé sur la situation de ses parents vis-à-vis de l'emploi lorsqu'il avait 12 ans. Dans la majorité des cas (81,5%, $IC_{95\%}$ [77,5 ; 85,0]) le père travaillait tandis que la part de mères actives et inactives était quasiment semblable (48,1%, $IC_{95\%}$ [43,3 ; 52,8], *versus* 44,6%, $IC_{95\%}$ [39,7 ; 49,7]).

Figure 3. Situation face à l'emploi pour les parents de l'enquêté, lorsque celui-ci avait 12 ans



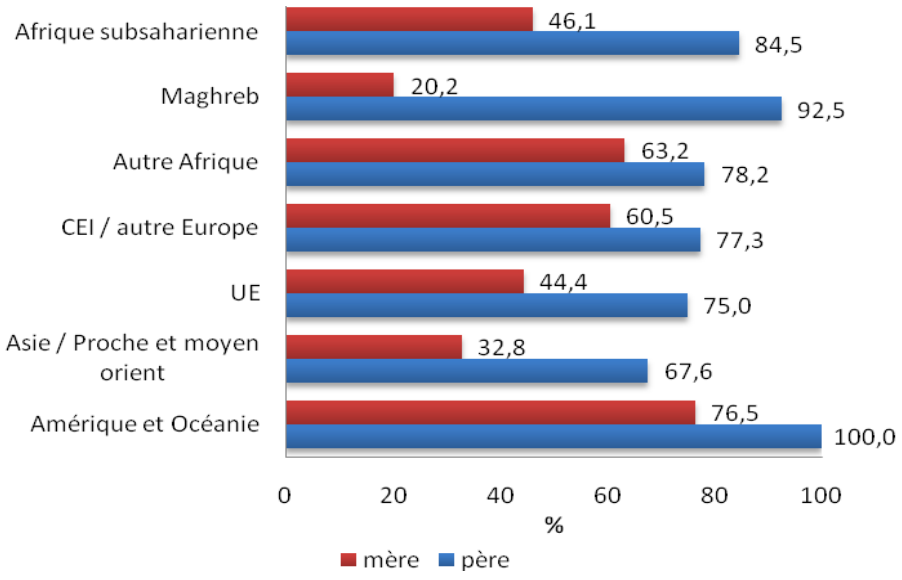
Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.

La situation des pères varie selon l'origine géographique du répondant ($p<0,05$) mais ne varie pas selon le lieu de vie durant l'enfance. Pour les mères, en revanche, la variation est très significative ($p<0,001$), qu'il s'agisse de l'origine géographique ou du lieu de vie.

Quelle que soit l'origine géographique du répondant, la part des pères en activité est toujours plus importante que la part des mères, celle-ci variant de 20,2% ($IC_{95\%}$ [11,1 ; 34,1]) pour les enquêtés originaires d'un pays du Maghreb, à plus de 60% pour les enquêtés originaires de la CEI/autre Europe hors UE, d'Afrique hors Afrique subsaharienne et Maghreb, et d'Amérique et d'Océanie. La part de mères en activité est également plus importante lorsque l'enquêté vivait dans une grande ville (49,9%, $IC_{95\%}$ [44,1 ; 55,8]) ou dans un village à la campagne (45,0%, $IC_{95\%}$ [35,3 ; 55,1]). Lorsque l'enquêté habitait dans une

petite ville, les mères n'étaient que 40,3% à travailler ($IC_{95\%}$ [29,9% ; 51,6]). Le type d'emploi était par ailleurs très variable selon le lieu de vie : les enquêtés ont plutôt des parents ouvriers, commerçants ou exerçant des emplois administratifs lorsqu'ils ont été élevés dans une grande ville, et plutôt des parents agriculteurs lorsqu'ils ont été élevés à la campagne.

Figure 4. Part des mères et des pères ayant un travail lorsque l'enquêté avait 12 ans



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.

3.2.2. La moitié des enquêtés sont issus de familles sans doute pauvres

Près de la moitié (48,5%) des enquêtés interrogés considèrent que durant leur enfance leurs parents n'avaient que peu ou très peu d'argent, l'autre moitié considérant qu'ils en avaient assez ou beaucoup.

Ces modalités varient selon l'origine géographique ($p<0,05$), la situation administrative ($p<0,01$), la situation face à l'emploi du père ($p<0,01$), de la mère ($p<0,001$) et selon le lieu de vie durant l'enfance ($p<0,01$). Les personnes en voie de régularisation, venant d'Afrique subsaharienne, sont plus souvent issues de familles visiblement démunies. Les demandeurs d'asile, venus essentiellement d'un pays de la CEI, sont davantage que les autres issus de familles apparemment aisées. L'activité des parents et le fait de vivre dans une grande ville ont également un lien positif avec la situation financière durant l'enfance.

Tableau 21. Situation financière des parents de l'enquêté durant l'enfance de celui-ci

	n	%	IC95%
Beaucoup d'argent	43	4,4	[2,8 ; 6,9]
Assez d'argent	331	44,1	[39,2 ; 49,1]
Peu d'argent	259	31,3	[27,5 ; 35,3]
Très peu d'argent	143	18,3	[14,8 ; 22,5]
Ne veut pas répondre	1	0,0	[0,0 ; 0,1]
Ne sait pas	19	1,8	[1,1 ; 3,1]
Total	796	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 796 répondants.

Tableau 22. Part des enquêtés considérant que, durant leur enfance, leurs parents avaient assez ou beaucoup d'argent, selon leurs caractéristiques

	n	%	IC95%	*p-value*
Origine géographique				
Afrique subsaharienne	99	35,3	[27,3 ; 44,1]	
Maghreb	38	58,5	[44,0 ; 71,6]	
Autre Afrique	55	48,3	[35,6 ; 61,3]	
CEI / autre Europe	122	71,4	[61,8 ; 79,3]	<0,05
UE	41	41,1	[28,8 ; 54,6]	
Asie / Proche et moyen orient	16	56,3	[31,6 ; 78,2]	
Amérique et Océanie	3	52,5	[16,6 ; 86,0]	
Situation administrative				
En voie de régularisation	139	34,4	[28,2 ; 41,2]	
«Régularisé»	39	51,5	[36,7 ; 66,0]	
Demandeur d'asile	88	62,8	[53,9 ; 70,9]	<0,01
Titre de séjour	70	59,8	[46,3 ; 72,1]	
Français	37	71,1	[55,9 ; 82,6]	
Situation face à l'emploi du père de l'enquêté durant l'enfance de celui-ci				
Travaillait (hors petits boulots)	328	52,3	[46,5 ; 58,0]	
Était au chômage (avec indemnités)	0	0,0	[-]	
Était retraité, retiré des affaires	5	36,6	[15,0 ; 65,6]	
Était inactif mais avait déjà travaillé	5	23,7	[8,4 ; 51,3]	<0,01
Était inactif et n'avait jamais travaillé	1	5,6	[0,7 ; 32,6]	
Était décédé	17	39,2	[20,8 ; 61,3]	
Ne veut pas répondre	3	100,0	[-]	
Ne sait pas	15	37,0	[19,3 ; 59,1]	
Situation face à l'emploi de la mère de l'enquêté durant l'enfance de celui-ci				
Travaillait (hors petits boulots)	193	55,5	[48,2 ; 62,5]	
Était au chômage (avec indemnités)	2	100,0	[-]	<0,001
Était retraitée, retirée des affaires	2	23,5	[4,8 ; 65,0]	
Était inactive mais avait déjà travaillé	25	55,2	[38,1 ; 71,1]	

	n	%	IC95%	*p-value*
Était inactive et n'avait jamais travaillé	141	43,4	[36,4 ; 50,7]	
Était décédée	9	34,2	[15,6 ; 59,3]	
Ne veut pas répondre	1	25,2	[2,3 ; 82,9]	
Ne sait pas	1	1,9	[0,3 ; 11,4]	
Lieu de l'enquêté de vie durant l'enfance				
Dans la capitale, dans une grande ville	230	52,2	[45,4 ; 58,9]	<0,01
Dans une petite ville	59	43,0	[32,0 ; 54,7]	
Dans un village, à la campagne	62	35,5	[26,9 ; 45,2]	
Ne sait pas	1	12,9	[1,2 ; 64,7]	
Ensemble	374	48,5	[43,6 ; 53,5]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 796 répondants pour l'origine géographique et la situation face à l'emploi des parents, 795 pour la situation administrative et 758 pour le lieu de vie durant l'enfance.
Lecture : 35,3% des enquêtés nés en Afrique subsaharienne considèrent que durant leur enfance leurs parents avaient assez ou beaucoup d'argent.

3.2.3. Une situation professionnelle variable dans le pays de départ

Avant d'arriver en France, 42,9% des enquêtés travaillaient ; un tiers environ ne travaillait pas, tandis qu'un sur cinq était en stage, en formation, ou faisait des études.

Tableau 23 : Situation de l'enquêté avant l'arrivée en France

	n	%	IC95%
Vous travailliez, y compris "petits boulots"	350	42,9	[38,3 ; 47,6]
Vous étiez sans travail, à la recherche d'un emploi	58	9,3	[6,8 ; 12,7]
Vous étiez sans activité professionnelle (y c. femme au foyer)	197	25,6	[21,9 ; 29,7]
Vous étiez en stage, en formation professionnelle	23	3,9	[2,0 ; 7,4]
Vous étiez étudiant ou encore scolarisé	126	17,6	[14,6 ; 21,1]
Autre	4	0,4	[0,1 ; 1,1]
Ne veut pas répondre	2	0,3	[0,1 ; 1,1]
Total	760	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 760 répondants.

La situation de l'enquêté face à l'emploi avant son départ en France varie selon son origine géographique (p<0,001), sa situation administrative (p<0,01), son lieu de vie durant l'enfance

(p<0,001) et son âge au moment de l'arrivée en France (p<0,001)[46]. Les personnes originaires d'Afrique (autre que Maghreb et Afrique subsaharienne) étaient plus nombreuses à avoir un travail avant l'arrivée en France, les demandeurs d'asile et les personnes originaires d'une grande ville également. La situation face à l'emploi est très graduelle selon le groupe d'âge au moment de l'arrivée en France : les moins de 25 ans étaient peu nombreux à travailler (59,7% des moins de 20 ans étaient encore scolarisés avant leur départ, $IC_{95\%}$ [47,5 ; 70,9], *versus* 20,8% des 20-24 ans ($IC_{95\%}$ [14,2 ; 29,3])) alors qu'à partir de 30 ans, plus de la moitié des migrants avaient un emploi avant leur départ.

Tableau 24. Part des enquêtés occupant un emploi avant l'arrivée en France

	n	%	IC95%	*p-value*
Origine géographique				
Afrique subsaharienne	127	41,0	[34,1 ; 48,3]	
Maghreb	27	40,0	[27,4 ; 54,1]	
Autre Afrique	85	52,6	[39,7 ; 65,2]	
CEI / autre Europe	71	44,1	[35,0 ; 53,6]	<0,001
UE	8	11,7	[5,2 ; 24,2]	
Asie / Proche et moyen orient	26	86,2	[71,0 ; 94,1]	
Amérique et Océanie	6	36,3	[10,8 ; 72,7]	
Situation administrative				
En voie de régularisation	157	41,0	[34,9 ; 47,3]	
«Régularisé»	29	49,9	[35,9 ; 64,0]	
Demandeur d'asile	82	51,9	[42,9 ; 60,7]	<0,01
Titre de séjour	76	42,6	[33,3 ; 52,4]	
Français	5	15,9	[5,5 ; 38,0]	
Lieu de vie durant l'enfance de l'enquêté				
Dans la capitale, dans une grande ville	241	48,8	[41,7 ; 56,0]	
Dans une petite ville	52	26,8	[19,8 ; 35,3]	<0,001
Dans un village, à la campagne	55	38,1	[28,5 ; 48,8]	
Ne sait pas	2	100,0	[-]	
Groupe d'âge au moment de l'arrivée en France				
0-19 ans	14	18,0	(9,8 ; 30,5]	
20-24 ans	47	25,7	[17,9 ; 35,6]	<0,001
25-29 ans	110	48,2	[39,4 ; 57,1]	
30-34 ans	92	51,4	[38,6 ; 64,0]	

[46] L'âge au moment de la migration n'est pas demandé, il a été estimé à partir de l'âge au moment de l'enquête et de la durée passée en France.

	n	%	IC95%	*p-value*
35-39 ans	55	68,8	[55,4 ; 79,6]	
40-44 ans	23	54,7	[34,5 ; 73,5]	
45-49 ans	6	100,0	[-]	
50-54 ans	2	62,3	[15,9 ; 93,5]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées à l'étranger, 760 répondants pour l'origine géographique, 759 pour la situation administrative, le lieu de vie durant l'enfance et le groupe d'âge estimé à l'arrivée en France.
Lecture : 41,0% des enquêtés nés en Afrique subsaharienne travaillaient avant d'arriver en France.

4. Comment vivent les familles sans logement ?

Les familles sans logement, en très large majorité étrangères, vivent principalement en hôtel social, c'est-à-dire dans un type d'établissement privé d'intervention sociale de routine. Pourtant, nous avons pu constater la diversité des situations administratives et résidentielles des familles. Dans cette partie, nous voulons explorer plus avant les différences qui existent sur le plan de l'hébergement et celui du suivi social entre les familles. Nous nous intéressons dans un premier temps aux conditions d'accueil dans les structures d'hébergement, avant de décrire le suivi social dont bénéficient ou non les familles sans logement.

4.1. Les conditions d'hébergement des familles sans logement

Les personnes hébergées sont par définition privées de logement. On s'attend donc à ce que leurs conditions d'habitation soient moins favorables qu'elles ne le seraient dans un logement ordinaire. Différents travaux sur les sans-domicile ont montré que l'hébergement proposé, en particulier dans les structures d'urgence, était marqué par la promiscuité, la pauvreté des équipements et des services proposés. Qu'en est-il dans le système d'hébergement des familles ? La présence d'enfants implique-t-elle une prestation de meilleure qualité, et relativement homogène entre les différents types d'établissements ? Peut-on au contraire noter d'importantes différences entre les structures d'hébergement ?

Un volet du questionnaire traitait de l'habitat et du quartier de résidence. Des questions portaient sur l'équipement du ménage et sur le ressenti de la personne interrogée concernant son quotidien. Ces différents items interrogent indirectement l'habitabilité des établissements, dans la mesure où ils permettent de décrire leur équipement, certains usages possibles ou

impossibles des lieux, en relation notamment avec leur environnement. Nous présentons dans les paragraphes suivants les premiers résultats tirés de ces items.

4.1.1. L'équipement de l'hébergement

L'équipement des chambres où sont hébergées les familles varie selon le type d'équipement considéré. Ainsi, une majorité des familles dispose de toilettes, d'eau chaude ou de chauffage à l'intérieur de sa chambre ou de son appartement. Mais l'équipement en électroménager est moins fréquent.

Tableau 25. Equipement des chambres

Disposez-vous à l'intérieur de votre chambre/appartement…	**n**	**%**	**IC95%**
… de toilettes ?			
Oui	576	70,9	[64,4 ; 76,6]
Non	221	29,0	[23,3 ; 35,4]
Ne sait pas	1	0,1	[0,0 ; 1,0]
… d'une douche ou d'une baignoire ?			
Oui, avec tout le temps de l'eau chaude	548	68,5	[62,7 ; 73,7]
Oui, mais parfois sans eau chaude	84	9,6	[7,2 ; 12,8]
Oui, mais sans eau chaude	12	1,6	[0,9 ; 3,0]
Non	152	20,1	[15,3 ; 26,0]
Ne sait pas	2	0,2	[0,0 ; 0,7]
… d'un chauffage			
Oui, il fonctionne bien	644	81,0	[76,7 ; 84,6]
Oui, mais il ne fonctionne pas bien	143	18,5	[14,9 ; 22,7]
Non	11	0,6	[0,3 ; 1,0]
… d'un four à micro-ondes			
Oui, fourni par l'hôtel/le centre	231	29,2	[24,0 ; 35,0]
Oui, à vos frais	197	23,2	[18,8 ; 28,3]
Non	366	47,6	[41,6 ; 53,7]
… d'une télévision qui fonctionne			
Oui, fournie par l'hôtel/le centre	313	44,8	[38,7 ; 51,0]
Oui, à vos frais	380	44,6	[38,9 ; 50,5]
Non	102	10,6	[8,1 ; 13,7]

Disposez-vous à l'intérieur de votre chambre/appartement…	n	%	IC95%
… d'un ordinateur (portable ou non)			
Oui	344	40,9	[36,5 ; 45,4]
Non	453	59,1	[54,6 ; 63,5]
… d'une connexion à internet (sur ordinateur, téléphone 3G…)			
Oui, fournie par l'hôtel/le centre	106	11,4	[8,6 ; 15,0]
Oui, à vos frais	81	12,6	[9,5 ; 16,5]
Oui, grâce à un wi-fi à l'extérieur	113	12,5	[9,9 ; 15,6]
Non	480	62,3	[57,7 ; 66,7]
Ne sait pas	16	1,3	[0,7 ; 2,3]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 794 à 798 répondants selon la question posée.

D'après l'enquête Logement de 2006 réalisée par l'Insee, 1,8% des ménages franciliens logés occupent une habitation « sans confort », cette catégorie signifiant l'absence d'eau courante, de W.C. ou d'installation sanitaire dans le logement (Charrier *et al.*, 2009). S'il n'est pas possible d'avoir une mesure exacte de l'absence de confort, il est possible en revanche d'avoir une estimation plancher. Ainsi, 29,4% des familles de l'enquête ENFAMS ne disposent pas de toilettes ou de douche ou baignoire dans leur hébergement ($IC_{95\%}$ [23,7 ; 35,8]). Une enquête exploratoire menée dans des hôtels de Paris et Lille suggère que le plus dur pour les habitants est la privation de toilettes ou de douche dans leur chambre (Laflamme *et al.*, 2009). Comme nous le voyons, cette situation est courante dans les établissements fréquentés par les familles sans logement.

Toutefois, l'équipement varie selon le type d'établissement considéré. Qu'il s'agisse d'un hébergement collectif en CHU, CADA ou CHRS, d'un hôtel, ou d'un appartement[47], l'équipement sanitaire et ménager sera différent (sauf pour le chauffage et l'ordinateur, pour lesquels aucun lien n'apparait). Nous distinguerons donc le type d'habitat, en regroupant sous le terme d'appartement les usagers des CHU, CADA et CHRS vivant en appartements dits éclatés ou partagés[48]. Afin de simplifier la comparaison, nous ne nous intéressons qu'à l'équipement qui fonctionne bien et qui est fourni par l'hôtel ou le centre.

[47] On pourrait considérer que l'hôtel fait partie des hébergements collectifs, cependant certains services, parfois présents en centre d'hébergement, n'existent pas en hôtel (présence d'un référent, d'un travailleur social, permanence juridique, permanence de soins). Nous distinguerons donc ces hébergements collectifs en centres des hébergements à l'hôtel.
[48] Seules les personnes ayant précisé si l'hébergement était collectif ou éclaté sont ici considérées.

Les CHRS apparaissent mieux équipés en matière de sanitaires (avec des toilettes et une douche présents très généralement dans les chambres) que les autres hébergements collectifs. Les hôtels fournissent plus fréquemment une télévision ou un accès à internet. Les micro-ondes sont quant à eux plus fréquents dans les appartements éclatés que dans les structures collectives et même les hôtels, ce qui semble cohérent avec les chartes d'accueil (cuisine collective en CHU, CADA et CHRS, interdiction de cuisiner dans la chambre dans la plupart des hôtels). Globalement et de façon peu surprenante, les appartements éclatés sont mieux équipés que les chambres en structure collective.

Tableau 26. Equipement dans la chambre (fonctionnant correctement et fourni par l'hôtel), selon le type et la nature de l'établissement

	Hôtel	**Collectif**			**Appartement éclaté**	***p-value***
		CHU	**CADA**	**CHRS**		
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	
Toilettes	68,9 [60,7 ; 76,1]	60,8 [21,2 ; 89,9]	40,2 [30,3 ; 50,9]	73,0 [47,3 ; 89,1]	94,1 [89,5 ; 96,7]	<0,001
Douche	66,6 [59,4 ; 73,2]	56,3 [18,9 ; 87,7]	61,1 [50,4 ; 70,9]	69,1 [40,6 ; 88,0]	91,6 [84,9 ; 95,4]	<0,01
Micro-ondes	29,8 [23,3 ; 37,1]	18,5 [3,1 ; 61,3]	7,4 [3,4 ; 15,4]	15,5 [3,0 ; 52,2]	45,9 [33,7 ; 58,6]	<0,05
Télévision	54,6 [46,8 ; 62,3]	2,0 [0,3 ; 13,0]	6,0 [2,7 ; 13,0]	17,1 [3,9 ; 51,2]	17,3 [6,6 ; 38,0]	<0,001
Internet	13,6 [10,0 ; 18,3]	8,3 [1,8 ; 31,2]	6,9 [2,7 ; 16,4]	5,0 [1,0 ; 21,6]	3,3 [1,4 ; 7,6]	<0,01

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 734 à 737 répondants ayant répondu au détail de leur habitation selon l'équipement.
Lecture : dans 68,9% des cas les hôtels disposent de toilettes dans les chambres.

En ne considérant que l'hébergement en hôtel, aucun lien significatif n'apparaît selon le département de l'établissement, hormis pour l'équipement en télévision (à la limite de la significativité, p<0,05) où les hôtels des départements de Seine-et-Marne et des Yvelines semblent mieux équipés que ceux des autres départements (plus de 70% *versus* 30 à 50% dans les autres départements).

Si l'on ne considère pas chaque département mais seulement le découpage Paris et petite couronne contre grande couronne, l'équipement en toilettes et l'accès internet sont les seuls type d'équipement qui sont liés à la localisation ($p<0,01$ pour les toilettes, $p<0,05$ pour l'accès internet). Les hôtels situés en grande couronne sont ainsi mieux équipés que les hôtels situés à Paris et en petite couronne. Les toilettes se trouvent dans huit chambres sur dix dans les hôtels situés en grande couronne ($IC_{95\%}$ [73,6 ; 85,5]), *versus* 66,0% pour les hôtels situés à Paris et petite couronne ($IC_{95\%}$ [56,9 ; 74,0]), tandis que l'accès internet varie de 16,5% pour les hôtels en grande couronne ($IC_{95\%}$ [11,5 ; 23,3]), à 8,7% pour les hôtels situés à Paris et petite couronne ($IC_{95\%}$ [5,6 ; 13,3]). Ces différences pourraient refléter l'existence de deux catégories d'hôtels sociaux : d'un côté, des anciens garnis ou meublés, situés essentiellement à Paris et dans sa proche banlieue ; d'un autre côté, des établissements de tourisme, dont l'équipement standard de chambres est plus étoffé que dans les hôtels non classés.

4.1.2. La cuisine

L'absence de cuisine ou les difficultés pour cuisiner avaient été repérées dans une autre étude comme un des motifs importants de plainte de familles vivant en hôtel, à Lille et à Paris (Laflamme *et al.*, 2009). Dans l'enquête ENFAMS, il était demandé aux enquêtés s'ils cuisinaient, et l'endroit où ils le faisaient le plus souvent. Plus d'une personne sur cinq ne cuisine pas ou ne peut pas cuisiner dans son hébergement.

Aucune variation significative n'est observée selon la localisation géographique (que l'on considère l'ensemble des structures ou seulement les hôtels), mais une forte variation ($p<0,001$) apparaît selon le type d'hébergement.

Tableau 27. Lieu où le répondant cuisine le plus fréquemment, selon le type et la nature de l'établissement

	Hôtel	Collectif			Appartement éclaté	Ensemble
		CHU	CADA	CHRS		
	%	%	%	%	%	%
Dans une cuisine collective	33,6 [26,5 ; 41,7]	32,5 [9,1 ; 70,0]	81,6 [70,3 ; 89,2]	44,9 [21,4 ; 71,0]	13,7 [7,1 ; 24,9]	33,5 [27,7 ; 39,9]

	Hôtel	Collectif			Appartement éclaté	Ensemble
		CHU	CADA	CHRS		
	%	%	%	%	%	%
Dans votre chambre/appartement, car vous y avez une cuisine	24,1 [17,7 ; 31,8]	0,0 [-]	14,4 [7,6 ; 25,5]	2,5 [0,7 ; 9,1]	74,8 [62,8 ; 84,0]	27,7 [22,2 ; 33,9]
Vous ne cuisinez pas ou vous ne pouvez pas cuisiner	21,8 [16,7 ; 27,8]	67,5 [30,0 ; 90,9]	1,4 [0,5 ; 3,8]	36,4 [16,2 ; 63,0]	8,5 [3,9 ; 17,4]	21,1 [16,9 ; 26,1]
Dans votre chambre/appartement, car vous y avez une installation pour chauffer les repas (plaques…)	15,9 [11,8 ; 21,1]	0,0 [-]	1,1 [0,2 ; 6,5]	12,1 [1,5 ; 55,7]	2,7 [1,1 ; 6,0]	13,8 [10,1 ; 18,6]
A l'extérieur de l'hôtel / du centre	4,7 [2,5 ; 8,7]	0,0 [-]	1,5 [0,2 ; 8,6]	4,1 [0,8 ; 17,5]	0,3 [0,1 ; 1,5]	3,9 [2,2 ; 6,9]
Total	100	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 737 répondants.

Il apparaît ainsi qu'une personne sur quatre ne cuisine pas dans sa chambre (ou dans son appartement dans le cas d'un appartement éclaté), ou ne peut pas y cuisiner. C'est en CHU que la situation est la plus répandue, ce qui renvoie certainement à l'urgence qui prévaut dans l'hébergement dans ce type de structures (dans certains CHU enquêtés, l'hébergement n'est que de quelques jours, et l'établissement ne peut être occupé la journée). C'est ensuite en CHRS que cette configuration est la plus fréquente. Comment l'expliquer ? Le résultat pourrait indiquer deux situations opposées et rencontrées au cours de l'enquête : l'une, où les repas sont servis dans une cantine et où les habitants n'ont donc pas à cuisiner eux-mêmes ; l'autre où l'établissement, fermé du matin jusqu'à la sortie des classes, ne permet pas de préparer à manger. En hôtel, plus d'une personne sur cinq (21,8%) déclare ne pas (pouvoir) y cuisiner. Ceci demeure une valeur élevée : en France, moins de 0,5% des ménages ne dispose pas de cuisine (1% chez les immigrés), d'après l'enquête Logement 2006 (Castéran et Ricroch, 2008). La situation renvoie certainement à l'utilisation de plus en plus fréquente, faute de mieux, par les pouvoirs publics, d'hôtels de chaîne type Formule 1 ou Egg, qui ne comprennent pas de cuisine collective, et peuvent n'être équipés que d'un simple micro-ondes

pour tous les habitants. Une information intéressante aurait été de savoir la part de familles passées, depuis leur entrée dans le système d'hébergement, par ce genre d'établissement.

4.1.3. L'entente avec les autres hébergés

La majorité des personnes interrogées ne déclare aucun problème particulier avec leurs voisins (que ce soit en hôtel, dans un centre collectif ou dans un appartement). Cependant on note que dans plus d'un tiers des cas, les enquêtés déclarent n'avoir aucune relation avec ces voisins.

Tableau 28. Relations avec les autres hébergés ou les voisins

	n	%	IC95%
Très bonnes	233	25,7	[21,8 ; 30,0]
Plutôt bonnes	291	35,1	[30,6 ; 39,8]
Plutôt mauvaises	22	3,3	[1,8 ; 6,0]
Très mauvaises	7	1,5	[0,5 ; 3,9]
Vous n'avez aucune relation avec eux, c'est "bonjour, bonsoir"	240	34,4	[28,6 ; 40,7]
Ne veut pas répondre	1	0,0	[0,0 ; 0,2]
Total	794	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 794 répondants.

Les relations avec les voisins sont liées au type d'habitation (p<0,001). C'est dans les hôtels que les relations sont le plus fréquemment absentes, probablement en raison du caractère souvent transitoire de cet hébergement, et du renouvellement continu des habitants. En centre d'hébergement collectif c'est dans les CADA que les relations entre hébergés semblent les meilleures. En appartement éclaté on aurait pu s'attendre à trouver plus de personnes déclarant n'avoir aucune relation avec leurs voisins ou les autres hébergés, mais la notion d'appartement éclaté regroupe les appartements où la famille vit seule et ceux où l'appartement est partagé entre plusieurs ménages. Par ailleurs les CHU, CADA et CHRS mettant à disposition des appartements éclatés ont souvent des appartements regroupés dans un même immeuble ou un même quartier, les familles étant donc amenées à se rencontrer.

Tableau 29. Relations avec les autres hébergés ou les voisins, selon le type d'habitation

	Hôtel	Collectif			Apparte-ment éclaté
		CHU	CADA	CHRS	
	%	%	%	%	%
Très bonnes	24,3 [19,5 ; 29,9]	24,1 [8,1 ; 53,4]	41,8 [30,9 ; 53,6]	15,8 [7,6 ; 29,8]	38,4 [30,1 ; 47,4]
Plutôt bonnes	35,6 [30,1 ; 41,5]	48,6 [24,8 ; 73,0]	32,7 [23,1 ; 43,9]	33,1 [17,3 ; 53,9]	30,4 [24,3 ; 37,3]
Plutôt mauvaises	1,8 [0,7 ; 4,3]	4,2 [0,6 ; 23,2]	1,3 [0,4 ; 3,7]	22,0 [6,1 ; 54,8]	5,4 [1,9 ; 14,7]
Très mauvaises	1,2 [0,3 ; 4,6]	0,0 [-]	0,0 [-]	1,9 [0,2 ; 14,6]	4,2 [0,8 ; 19,0]
Vous n'avez aucune relation avec eux, c'est "bonjour, bonsoir"	37,2 [29,8 ; 45,2]	23,1 [6,2 ; 58,0]	24,3 [16,0 ; 35,1]	27,3 [13,8 ; 46,7]	21,2 [13,3 ; 32,0]
Ne veut pas répondre	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,4 [0,1 ; 2,3]
Total	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 734 répondants.

4.1.4. Les problèmes rencontrés dans la chambre

Il était demandé à l'enquêté s'il avait rencontré des problèmes dans son hébergement au cours du mois précédent l'enquête. Certains problèmes étaient cités par l'enquêteur, le répondant devant dire s'il y avait été confronté ou non. L'enquêteur lui demandait ensuite s'il avait rencontré d'autres problèmes, qui n'auraient pas été cités. Les problèmes non cités par l'enquêteur mais déclarés spontanément par le répondant figurent avec une « * » dans le tableau suivant. On peut supposer que ces problèmes sont sous-estimés, n'ayant pas été proposés d'office par l'enquêteur (autrement dit, s'ils avaient été cités dès le départ dans les modalités proposées, plus de répondants auraient déclaré en avoir souffert).

La présence de cafards ou d'autres insectes concerne plus de quatre familles sur dix. Plus du tiers des familles vivent dans un environnement où la moisissure et l'humidité sont présentes. A titre de comparaison, en France métropolitaine, un logement principal sur cinq présente des signes d'humidité sur certains murs et 2,5% comportent des infiltrations d'eau ou

ont subi une inondation provenant d'une fuite d'eau dans la plomberie (Castéran et Ricroch, 2008). Enfin, plus d'un quart des familles déclare avoir souffert du froid pendant au moins 24 heures, dans le mois précédant l'enquête (la majorité des enquêtes ont eu lieu entre janvier et avril). Nous n'avons pas trouvé de valeur de comparaison en population générale. Cependant, l'enquête Logement 2006 estime que 6% des résidences principales ne disposent d'aucun moyen de chauffage ou de moyens sommaires (*Ibid*.) Les nuisances sonores concernent également plus du tiers des familles enquêtées, à peu près comme en population générale si l'on se restreint aux nuisances émanant du voisinage (*Ibid*.) Quoique le manque de place soit probablement sous-déclaré, il est un motif de plainte moins important que l'on pouvait imaginer. La pauvreté des lieux et l'atteinte à la dignité des habitants se liraient moins dans la petitesse des parties privées que dans leur dégradation ou la piètre qualité de leur entretien.

Tableau 30. Problèmes rencontrés dans le mois précédent l'enquête (plusieurs problèmes possibles)

	n	%	IC95%
Vous avez souffert du froid pendant au moins 24 heures	194	26,7	[22,3 ; 31,7]
Vous avez été confronté à de graves problèmes d'humidité ou de moisissures sur les murs	242	34,4	[29,5 ; 39,6]
Les draps ou les lits de la chambre sont en très mauvais état	171	24,4	[20,1 ; 29,3]
Présence de cafards ou d'autres insectes	305	40,9	[36,1 ; 45,9]
Présence de souris	74	8,8	[6,2 ; 12,3]
Vous entendez beaucoup de bruits	273	34,9	[29,9 ; 40,3]
Vous avez souffert du manque de place*	28	4,6	[2,8 ; 7,6]
Vous avez souffert du manque de cuisine*	21	3,2	[1,8 ; 5,7]
Vous avez souffert du manque d'eau chaude*	15	3,1	[1,4 ; 6,8]
Vous avez souffert de problèmes d'insalubrité*	20	2,3	[1,2 ; 4,2]
Vous avez souffert de problèmes avec vos voisins*	10	1,1	[0,6 ; 2,1]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 26,7% des personnes interrogées déclarent avoir souffert du froid pendant au moins 24 heures dans le mois précédent l'enquête.

En comparant selon le type d'hébergement (hôtel, centre collectif distinguant CHU, CADA et CHRS, et appartement éclaté), seuls trois problèmes ressortent de manière significative : le mauvais état des draps ou des lits ($p<0,01$), la présence de cafards ou d'insectes ($p<0,01$) et le bruit ($p<0,05$). Concernant le mauvais état des draps et des lits, c'est dans les hôtels (27,1%,

$IC_{95\%}$ [21,7 ; 33,3] et dans les CADA (27,9%, $IC_{95\%}$ [19,2 ; 38,8]) que les enquêtés ont le plus souvent déclaré avoir rencontré ce problème. La présence de cafards ou d'autres insectes est plus marquée dans les CADA (54,0%, $IC_{95\%}$ [42,0 ; 65,5] des répondants mentionnent ce problème) et en hôtel social (où 42,7%, $IC_{95\%}$ [36,6 ; 49,0] des familles interrogées sont touchées). Enfin, les nuisances sonores affectent en premier lieu les résidents de CHU (75,9%, $IC_{95\%}$ [46,6 ; 91,9]).

4.1.5. L'intimité et la vie amoureuse

Deux questions portaient sur l'intimité et la vie amoureuse des parents, et les difficultés que leur hébergement pouvait engendrer. Plus d'un tiers des personnes interrogées déclarent ne disposer d'aucune intimité alors que moins d'une personne sur cinq déclare que son hébergement ne pose pas de problème d'intimité. De fait, divers travaux ont montré que les manières de suivre, d'encadrer et de surveiller les sans-domicile pouvaient porter atteinte à l'intimité des résidents, notamment des femmes accueillies (Thalineau, 2002 ; Oppenchaim *et al.*, 2010).

Tableau 31. Protection de l'intimité (nudité, toilette) vis-à-vis des enfants (plusieurs réponses possibles)

	n	%	IC95%
Vous ne disposez d'aucune intimité	281	35,6	[30,8 ; 40,7]
Votre logement ne pose pas de problèmes d'intimité	180	18,7	[15,1 ; 22,9]
Vous adaptez votre emploi du temps et celui de vos enfants pour préserver en partie votre intimité	100	12,3	[9,5 ; 15,7]
Autre(*)	16	1,9	[1,1 ; 3,1]
Non concerné car ils sont trop petits	10	1,2	[0,6 ; 2,3]
Ne veut pas répondre	10	1,0	[0,5 ; 1,9]
Vous avez réussi à faire des aménagements dans le logement pour préserver en partie votre intimité	5	0,5	[0,2 ; 1,3]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 564 répondants.
(*) : se déclarant non concernés (avec des enfants petits, ou avec des filles) ou déclarant utiliser les toilettes ou la douche pour se changer.

Les problèmes d'intimité varient, à la limite de la significativité ($p<0,05$) selon le type d'hébergement. C'est dans les CHRS que les problèmes d'intimité sont le plus fréquemment cités : 53,5% des enquêtés déclarent n'y disposer d'aucune intimité ($IC_{95\%}$ [33,8 ; 72,2]).

Enfin, il était demandé au parent si, selon lui, ses conditions d'habitation avaient une influence néfaste sur sa vie amoureuse. Plus de la moitié des personnes enquêtées (54,9%) déclarent ainsi que leurs conditions d'habitation le sont ($IC_{95\%}$ [49,7 ; 60,0]). Si aucune variation significative n'est observée selon le type d'hébergement, la situation matrimoniale (vivre seule ou en couple) est liée à la réponse donnée ($p<0,05$) puisque 60,3% des personnes vivant en couple déclarent que les conditions d'habitation sont néfastes à leur vie amoureuse ($IC_{95\%}$ [52,5 ; 67,5]), *versus* 49,2% des personnes vivant seules ($IC_{95\%}$ [42,2 ; 56,3]).

4.1.6. Chacun son lit ?

L'enquêté était interrogé sur la configuration de la chambre : on lui demandait si chacun de ses enfants disposait d'un lit individuel pour dormir. Dans seulement quatre familles sur dix chaque enfant dort dans son propre lit ; dans plus de 40% des cas, au moins un enfant dans la famille occupe le même lit qu'un de ses parents.

Tableau 32. Couchage des enfants (plusieurs réponses possible, à l'exclusion de la deuxième modalité)

	n	%	IC95%
Au moins un enfant dort dans votre lit ou dans celui de votre conjoint	277	41,1	[36,5 ; 45,8]
Chaque enfant dispose d'un lit	388	40,8	[36,5 ; 45,3]
Au moins deux enfants dorment dans le même lit	164	20,8	[17,0 ; 25,1]
Au moins un enfant dort sur un matelas posé au sol	13	1,8	[0,9 ; 3,6]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.

Le lieu de couchage des enfants ne dépend pas de la situation matrimoniale des parents (que le parent soit seul ou en couple, la probabilité qu'un de ses enfants dorme dans son lit ne sera pas significativement différente). La taille de la famille aura quant à elle un effet uniquement sur la probabilité qu'au moins deux enfants dorment dans le même lit (la probabilité augmentera avec le nombre d'enfants, ainsi la probabilité que deux enfants dorment dans le même lit passera de 24,5% ($IC_{95\%}$ [19,2 ; 30,8]) lorsque le ménage compte 2 ou 3 enfants, à 48,7% lorsqu'il en compte au moins 4 ($IC_{95\%}$ [31,7 ; 66,0]). Le type d'habitation a quant à lui

un effet significatif sur chaque probabilité, hormis la dernière (la probabilité qu'au moins un enfant dorme sur un matelas posé au sol ne dépend pas du type de d'hébergement).

C'est dans les hôtels que le couchage des enfants a lieu le plus souvent dans le lit des parents, puisque dans plus de deux cas sur trois les enfants ne disposent pas de leur propre lit et dans un cas sur deux au moins un des enfants de la fratrie dort dans le lit parental[49].

Tableau 33. Lieu de couchage des enfants selon le type d'habitation (plusieurs réponses possible, à l'exclusion de la deuxième modalité)

	Hôtel	Collectif			Appartement éclaté	*p-value*
		CHU	CADA	CHRS		
	%	%	%	%	%	
Au moins un enfant dort dans votre lit ou dans celui de votre conjoint	50,2 [44,4 ; 55,9]	4,2 [0,6 ; 23,2]	5,1 [2,3 ; 11,2]	11,7 [3,7 ; 31,5]	10,4 [6,2 ; 16,9]	<0,001
Chaque enfant dispose d'un lit	29,0 [23,9 ; 34,7]	72,9 [41,4 ; 91,1]	79,7 [69,4 ; 87,2]	86,5 [67,7 ; 95,1]	78,7 [69,1 ; 85,9]	<0,001
Au moins deux enfants dorment dans le même lit	24,6 [19,6 ; 30,3]	22,9 [6,0 ; 57,9]	13,0 [7,3 ; 22,2]	1,2 [0,1 ; 10,1]	10,9 [5,1 ; 21,8]	<0,001

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 740 répondants.

4.2. La perception du lieu d'hébergement et du quartier de résidence

Outre l'équipement de la chambre et les questions concernant la cuisine, quelques questions visaient à repérer de possibles problèmes ou au contraire des formes d'ententes, à l'intérieur des établissements. D'autres items proposaient au répondant d'évaluer les qualités de son quartier, ou du moins de son environnement de résidence.

4.2.1. La vie dans le quartier

[49] La question n'a pas été posée pour chaque enfant de la famille mais pour l'ensemble de la fratrie, on ne connait donc pas l'âge des enfants qui partagent le lit parental.

D’une manière générale, les enquêtés semblent plutôt satisfaits de la situation de leur lieu d’hébergement vis-à-vis du quartier, que cela concerne sa situation par rapport à d’autres quartiers, la présence ou la qualité des transports en commun, d’établissements scolaires, de commerces ou encore l’offre de soins.

Tableau 34. Ressenti des enquêtés vis-à-vis de leur quartier de résidence

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas	Non concerné	Tot.
Sa situation générale est meilleure que celle d'autres quartiers							
%	28,4	31,4	11,1	10,7	18,1	0,3	100
IC 95%	[24,5 ; 32,7]	[26,9 ; 36,3]	[8,4 ; 14,5]	[7,8 ; 14,5]	[14,6 ; 22,2]	[0,1 ; 0,8]	
Les transports en commun sont satisfaisants							
%	47,0	29,9	7,4	14,3	1,1	0,3	100
IC 95%	[42,6 ; 51,5]	[25,6 ; 34,6]	[5,5 ; 9,9]	[11,0 ; 18,2]	[0,5 ; 2,2]	[0,1 ; 1,0]	
Les écoles et établissements scolaires sont de bonne qualité							
%	31,3	17,2	2,6	1,9	22,2	24,9	100
IC 95%	[26,9 ; 36,1]	[13,7 ; 21,4]	[1,5 ; 4,3]	[0,9 ; 3,9]	[18,1 ; 26,8]	[19,4 ; 31,3]	
Les commerces sont suffisamment nombreux et variés							
%	39,5	32,1	11,4	13,3	3,6	0,2	100
IC 95%	[35,1 ; 44,1]	[27,9 ; 36,5]	[8,9 ; 14,4]	[10,2 ; 17,1]	[2,2 ; 5,7]	[0,1 ; 0,6]	
C'est un bon endroit pour élever des enfants							
%	32,7	29,9	10,5	17,1	9,4	0,4	100
IC 95%	[28,7 ; 37,1]	[25,6 ; 34,7]	[8,1 ; 13,5]	[14,0 ; 20,6]	[7,1 ; 12,4]	[0,1 ; 0,9]	
L'offre de soins (médecins, pharmacies…) est satisfaisante							
%	42,2	27,2	8,2	7,3	14,0	1,1	100
IC 95%	[37,9 ; 46,6]	[22,8 ; 32,0]	[6,1 ; 11,0]	[5,2 ; 10,1]	[10,7 ; 18,2]	[0,6 ; 2,3]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.
Lecture : 28,4% des familles sont tout à fait d’accord avec l’affirmation « la situation générale de mon quartier est meilleure que celle d’autres quartiers ».
NB : dans le cas de l’école des enfants, plusieurs familles ont déclaré qu’elles ne savaient pas ou qu’elles n’étaient pas concernées – elles n’ont pas d’enfant scolarisé. Pour chacun des autres items, quelques familles se sont déclarées non concernées, il faut ici les considérer avec la modalité « ne sait pas », compris comme « sans opinion ».

On peut regrouper les répondants en deux classes : satisfaits (« tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord »), et non satisfaits (« plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord »). Avec cette partition, la satisfaction des enquêtés varie de manière significative selon le département pour les transports, les commerces, l'environnement pour les enfants et les soins (p<0,001 pour chaque question). En regroupant les départements en Paris/petite couronne et grande couronne, la variation est significative pour les transports, les commerces et les soins (p<0,001). Quelle que soit la question posée, les enquêtés résidant à Paris ou en petite couronne sont plus satisfaits que ceux vivant en grande couronne. Cette observation mériterait d'être approfondie, mais elle donne certainement à voir la centralité et l'accessibilité accrue dans la capitale et sa petite ceinture en matière d'équipements et de services publics.

Dans le détail, d'autres liens statistiques apparaissent. Ainsi, que ce soit pour les transports ou les commerces, les habitants de Seine-et-Marne sont les moins satisfaits. Ceux qui habitent en Seine-et-Marne et dans l'Essonne sont les moins satisfaits de l'offre de soins dans leur quartier. Enfin, c'est en Seine-Saint-Denis que les parents considèrent le plus fréquemment que leur quartier n'est pas un bon quartier pour élever des enfants.

Tableau 35. Satisfaction vis-à-vis du quartier, selon le département de résidence

		Transports	**Commerces**	**Enfants**	**Soins**
		%	**%**	**%**	**%**
75	satisfaits	91,8	93,0	63,5	88,8
		[82,0 ; 96,5]	[86,7 ; 96,4]	[52,2 ; 73,5]	[80,1 ; 94,0]
	non satisfaits	8,2	5,3	33,2	7,1
		[3,5 ; 18,0]	[2,5 ; 10,7]	[23,3 ; 44,8]	[2,9 ; 16,4]
	nsp / nc	0,0	1,7	3,4	4,1
		[-]	[0,3 ; 8,5]	[1,7 ; 6,4]	[1,9 ; 8,8]
77	satisfaits	39,0	48,9	66,1	50,8
		[25,3 ; 54,6]	[32,4 ; 65,6]	[51,8 ; 78,0]	[35,7 ; 65,7]
	non satisfaits	60,1	49,0	27,3	38,0
		[44,4 ; 73,9]	[32,3 ; 65,9]	[17,0 ; 40,7]	[24,1 ; 54,1]
	nsp / nc	1,0	2,1	6,6	11,2
		[0,1 ; 6,0]	[0,5 ; 8,1]	[2,5 ; 16,4]	[5,8 ; 20,6]
78	satisfaits	48,0	50,6	55,9	58,3
		[30,8 ; 65,6]	[36,4 ; 64,7]	[37,3 ; 73,0]	[40,1 ; 74,5]
	non satisfaits	38,9	38,6	27,3	34,7
		[22,5 ; 58,2]	[27,2 ; 51,6]	[15,6 ; 43,1]	[20,2 ; 52,7]
	nsp / nc	13,2	10,8	16,8	7,0

		Transports	Commerces	Enfants	Soins
		%	%	%	%
		[4,2 ; 34,4]	[2,8 ; 34,0]	[5,9 ; 39,4]	[2,4 ; 18,9]
91	satisfaits	66,6	59,4	72,8	50,0
		[54,5 ; 76,8]	[46,6 ; 71,0]	[61,7 ; 81,6]	[35,2 ; 64,7]
	non satisfaits	31,6	37,3	15,3	13,6
		[21,8 ; 43,3]	[25,9 ; 50,3]	[8,3 ; 26,4]	[6,9 ; 25,0]
	nsp / nc	1,9	3,3	11,9	36,5
		[0,5 ; 6,6]	[1,0 ; 10,2]	[5,0 ; 25,9]	[22,3 ; 53,5]
92	satisfaits	95,0	61,2	86,9	53,3
		[80,5 ; 98,9]	[42,0 ; 77,4]	[71,5 ; 94,6]	[37,5 ; 68,5]
	non satisfaits	2,5	32,5	1,8	17,2
		[0,3 ; 16,6]	[17,7 ; 52,0]	[0,2 ; 12,1]	[7,3 ; 35,6]
	nsp / nc	2,5	6,3	11,3	29,5
		[0,3 ; 16,4]	[1,4 ; 24,1]	[4,0 ; 28,1]	[17,1 ; 45,9]
93	satisfaits	87,2	77,8	47,7	71,6
		[79,7 ; 92,2]	[69,8 ; 84,2]	[40,2 ; 55,3]	[63,5 ; 78,4]
	non satisfaits	11,9	18,4	39,1	12,7
		[7,0 ; 19,5]	[12,7 ; 25,9]	[31,6 ; 47,1]	[7,5 ; 20,9]
	nsp / nc	1,0	3,8	13,2	15,7
		[0,2 ; 3,7]	[1,4 ; 9,8]	[8,5 ; 19,9]	[10,8 ; 22,4]
94	satisfaits	84,4	73,7	74,2	71,3
		[69,6 ; 92,7]	[56,5 ; 85,8]	[56,5 ; 86,4]	[55,3 ; 83,3]
	non satisfaits	15,6	21,9	13,8	9,8
		[7,3 ; 30,4]	[10,1 ; 41,1]	[5,3 ; 31,6]	[3,7 ; 23,4]
	nsp / nc	0,0	4,5	12,0	18,9
		[-]	[1,3 ; 14,4]	[5,2 ; 25,1]	[9,6 ; 33,9]
95	satisfaits	57,1	52,2	63,1	70,8
		[42,5 ; 70,6]	[30,4 ; 73,1]	[48,4 ; 75,7]	[57,3 ; 81,5]
	non satisfaits	40,9	41,8	28,7	23,2
		[28,4 ; 54,7]	[21,6 ; 65,1]	[18,0 ; 42,5]	[13,4 ; 37,1]
	nsp / nc	2,0	6,1	8,2	6,0
		[0,4 ; 9,0]	[2,1 ; 16,2]	[4,5 ; 14,6]	[2,8 ; 12,3]
Paris et petit couronne	satisfaits	88,6	81,0	ns	76,1
		[83,9 ; 92,1]	[75,8 ; 85,3]		[70,8 ; 80,7]
	non satisfaits	10,9	15,6		10,5
		[7,4 ; 15,6]	[11,6 ; 20,6]		[7,3 ; 15,1]
	nsp / nc	0,5	3,4		13,4
		[0,2 ; 1,7]	[1,8 ; 6,3]		[9,8 ; 17,9]

		Transports	Commerces	Enfants	Soins
		%	%	%	%
Grande couronne	satisfaits	54,8	53,8		56,6
		[46,8 ; 62,6]	[44,7 ; 62,6]		[48,3 ; 64,5]
	non satisfaits	42,2	41,6		24,8
		[34,7 ; 50,1]	[33,0 ; 50,9]		[18,2 ; 32,9]
	nsp / nc	3,0	4,6		18,6
		[1,4 ; 6,2]	[2,4 ; 8,5]		[11,9 ; 28,0]
Total		100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.
Lecture : à Paris, 91,8% des familles interrogées se déclarent satisfaites des transports en commun dans leur quartier, 93,0% satisfaites des commerces, 63,5% de l'environnement pour les enfants et 88,8% de l'offre de soins.

4.2.2. Une expérience en France plus ou moins satisfaisante

Pour les personnes nées à l'étranger, l'expérience en France, jusqu'à maintenant, est diversement appréciée.

Tableau 36. Sentiment vis-à-vis de l'expérience en France

	n	%	IC95%
Tout à fait satisfait(e)	129	14,4	[11,4 ; 18,1]
Plutôt satisfait(e)	206	26,6	[22,5 ; 31,0]
Moyennement satisfait(e)	292	41,3	[36,8 ; 46,0]
Plutôt pas satisfait(e)	87	13,1	[9,7 ; 17,5]
Pas du tout satisfait(e)	39	4,6	[3,1 ; 6,8]
Total	753	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 753 répondants.

Ainsi, environ quatre parents interrogés sur dix s'estiment tout à fait ou plutôt satisfaits de leur expérience en France. Cette valeur peut être mise en regard avec celle obtenue dans la première vague de l'enquête Elipa, où plus de neuf personnes interrogées sur dix se déclarent tout à fait ou plutôt satisfaites (Jourdan, 2011). Dans l'enquête Elipa (*Ibid.*), l'insatisfaction paraît associée à des difficultés d'insertion professionnelles et aux problèmes vécus pour obtenir des papiers, soit deux sortes d'obstacles fréquemment rencontrés par les familles sans logement, comme nous le verrons par la suite. Dans ENFAMS, la satisfaction ne dépend ni de

la situation administrative du répondant, ni du type d'habitation dans lequel il est hébergé. En revanche, la satisfaction varie selon son origine géographique ($p<0,01$).

En attribuant une note de satisfaction qui varie de 0 à 4 (0 correspondant à pas du tout satisfait, 4 correspondant à tout à fait satisfait), on peut mesurer une moyenne de satisfaction. Les ressortissants des pays du Maghreb, de la CEI, de l'Europe (UE et hors UE) et d'Amérique et d'Océanie attribuent à leur expérience en France la meilleure moyenne, celle-ci étant supérieure ou égale à 2,5 sur 4. Les ressortissants d'Asie, du Proche et Moyen orient et d'Afrique (hors Maghreb) attribuent quant à eux une note à peine supérieure à la moyenne (entre 2,0 et 2,2 sur 4).

4.3. Le suivi social des familles

En Ile-de-France comme partout ailleurs en France, les familles peuvent être hébergées par le Conseil général (au titre de la protection de l'enfance), ou par des organismes mandatés par l'Etat (au nom de sa mission générale d'hébergement, ou de la protection due aux demandeurs d'asile). L'Ile-de-France se démarque peut-être d'autres départements par la diversité des circuits d'accès à l'hébergement, depuis Paris notamment (Le Méner et Oppenchaim, 2012), et par l'hétérogénéité du parc mobilisé. Une autre traduction de cette complexité porte sur les services d'accompagnement social ou juridique fournis aux familles. Selon le type d'hébergement pourvu et l'organisme fournissant cet hébergement, les prestations peuvent varier nettement. Dans certaines configurations, l'hébergement peut n'être assorti d'aucun accompagnement, ni à l'intérieur de l'établissement ni à l'extérieur, par exemple pour des familles hébergées par le 115. Qu'en est-il exactement au sein de la population étudiée ?

Rappelons que l'enquête a eu lieu au début de l'année 2013 et qu'elle a donc précédé la mise en place de l'accompagnement social par l'opérateur régional[50].

4.3.1. Un quart des familles ne sont suivies par aucun assistant social

Près d'un quart des familles hébergées ne sont suivies par aucun assistant ou travailleur social (23,4%, $IC_{95\%}$ [19,5 ; 27,8]). Cette valeur est considérable. Elle serait peut-être moindre aujourd'hui, car l'Etat a engagé des moyens supplémentaires pour repérer et corriger ces situations. La Croix Rouge Française s'est ainsi vu confier une plateforme régionale

[50] http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/accompagnement-des-publics-a2661.html

d'accompagnement social, dont les activités de terrain ont démarré à l'automne 2013 (après la fin de l'enquête)[51].

Si la probabilité d'être suivi ne dépend pas du département de résidence, elle est fortement corrélée au statut administratif, au type de structure d'hébergement ou au gestionnaire de l'hébergement (p<0,001 dans les trois cas). Les familles en voie de régularisation, celles hébergées en hôtel, celles prises en charge par le 115 sont les moins suivies. Lorsque les familles regroupent ces trois critères, elles sont 45,5% à ne bénéficier d'aucun suivi ($IC_{95\%}$ [36,6 ; 52,84]). Enfin, lorsque ces familles regroupent ces trois critères et que par ailleurs elles ne résident pas dans le département qui leur fournit leur hébergement, elles sont 57,4% ($IC_{95\%}$ [47,6 ; 66,7]) à ne bénéficier d'aucun suivi social.

Tableau 37. Part des familles bénéficiant d'un suivi par un assistant ou un travailleur social

	n	%	IC95%
Statut administratif			
Français	58	94,3	[82,6 ; 98,3]
Titre de séjour	134	92,3	[85,3 ; 96,1]
«Régularisé»	55	79,3	[65,3 ; 88,7]
Demandeur d'asile	125	71,4	[61,4 ; 79,8]
En voie de régularisation	249	66,1	[59,8 ; 71,9]
Type d'hébergement			
CADA	137	98,5	[94,6 ; 99,6]
CHU	81	93,1	[83,6 ; 97,3]
CHRS	99	90,8	[78,4 ; 96,4]
Hôtel	305	71,3	[65,6 ; 76,3]
Gestionnaire de l'hébergement			
Le Conseil général	13	100,0	[-]
Mairie/ville	46	98,8	[95,3 ; 99,7]
Association	268	96,3	[90,1 ; 98,7]
Le Samusocial de Paris (hors 115)	76	77,8	[68,6 ; 84,9]
Le 115	217	64,0	[56,7 ; 70,7]
Ne sait pas	2	60,3	[11,6 ; 94,6]
Ensemble	622	76,6	[72,2 ; 80,5]

Source : enquête ENFAMS 2013

[51] Lorsque la famille déclarait un suivi social, nous demandions de quelle structure dépendait le suivi. Près de la moitié des réponses doivent être recodées et la question ne peut être traitée pour le moment.

Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

Le système d'hébergement, développé à partir de l'accueil en hôtel, est donc partiellement déconnecté du suivi des familles mises à l'abri. Dans une perspective historique, le constat peut sembler étonnant : l'édification de ce système repose en effet sur l'idée de fournir un hébergement en complément d'un accompagnement social jugé primordial pour répondre aux difficultés administratives des migrants (Le Méner, 2013b). La séparation entre suivi social et hébergement des familles, développée dans la moitié des années 2000, a signifié une professionnalisation mais aussi une autonomisation de l'hébergement par rapport au travail social (Le Méner et Oppenchaim, 2012).

4.3.2. Une prise en charge inégale pour les demandeurs d'asile

Pour les familles demandeuses d'asile rencontrées dans l'enquête, l'hébergement le plus fréquent est l'hôtel (64,4%),. Les CADA, où le suivi et l'accompagnement administratif et juridique est à l'évidence plus important qu'en hôtel, n'hébergent qu'un tiers des familles demandeuses d'asile.

Tableau 38. Lieu d'hébergement des familles demandeuses d'asile

	n	%	IC95%	N	IC95%
Hôtel	67	64,4	[56,8 ; 71,4]	760	[551 ; 969]
CADA	84	33,3	[26,9 ; 40,4]	393	[335 ; 451]
CHU	2	1,5	[0,4 ; 6,0]	18	[0 ; 43]
CHRS	1	0,7	[0,1 ; 4,9]	9	[0 ; 26]
Total	154	100	-	1 179	-

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 154 personnes interrogées demandeuses d'asile, 154 répondants.

Dans un climat de suspicion renforcé à l'égard des demandeurs d'asile (Frigoli, 2009 ; D'Halluin-Mabillot, 2012), des enquêtes ont montré que les chances des requérants d'obtenir une protection de l'Etat français demeuraient inégales selon les moyens et l'organisation des CADA. L'enquête ENFAMS invite à considérer une inégalité supplémentaire, du moins pour les familles demandeuses d'asile. Les prestations fournies en hôtel et en CADA sont en effet bien différentes. Ainsi, le travail social et l'accompagnement juridique n'ont pas lieu directement en hôtel (alors que c'est le cas en CADA). Par exemple, pour les familles

demandeuses d'asile, hébergées en hôtel et suivies par la CAFDA (75,3% des familles demandeuses d'asile et vivant en hôtel social en Ile-de-France, $IC_{95\%}$ [57,9 ; 87,1]), l'accompagnement est réalisé dans les bâtiments de la CAFDA, situés dans le 20ème arrondissement de Paris, or 94,6% de ces familles résident en dehors de Paris ($IC_{95\%}$ [70,1 ; 99,2]). On peut penser que la distance géographique complique l'interconnaissance et la confiance entre les travailleurs sociaux et les demandeurs d'asile, qui sont pourtant éléments clé d'un montage correct des demandes ; le découplage entre lieu d'hébergement et de suivi, en région parisienne, ne facilite pas non plus l'obtention rapide d'une admission au séjour, préalable nécessaire au dépôt d'une demande d'asile (CFDA, 2013). Par conséquent, il y a fort à parier que les chances d'obtention d'un titre de réfugié ou d'une protection subsidiaire sont moindres lorsque l'on vit en hôtel, plutôt qu'en CADA. Que l'hôtel soit le principal mode d'hébergement des familles demandeuses d'asile indique une inversion profonde du dispositif d'accueil, et un renforcement mécanique des contraintes pesant sur les demandes d'asile.

4.3.3. Près de trois familles sur dix paient pour être hébergées

Toutes les familles hébergées ne le sont pas à titre gratuit. Près de trois sur dix contribuent financièrement à leur hébergement. Des différences nettes apparaissent selon les structures. En hôtel et en CADA, un peu moins d'une famille sur cinq paie pour être hébergée. En revanche, en CHRS, cette situation concerne plus de huit familles interrogées sur dix. Dans les CHU, les familles déclarant participer financièrement à leur hébergement sont celles logées en appartement éclaté.

Tableau 39. Participation financière à l'hébergement

	Hôtel %	CHU %	CADA %	CHRS %	Ensemble %	n
L'hébergement est entièrement pris en charge par une association, par des collectivités locales ou par l'Etat	83,2 [76,3 ; 88,3]	48,3 [31,2 ; 65,8]	82,9 [76,1 ; 88,2]	11,3 [5,0 ; 23,6]	71,7 [66,4 ; 76,5]	587
Vous payez une partie de votre hébergement avec votre argent	16,2 [11,1 ; 23,1]	44,0 [26,8 ; 62,7]	15,8 [10,7 ; 22,8]	85,3 [75,8 ; 91,4]	26,9 [22,1 ; 32,3]	195
Vous payez intégralement votre	0,6 [0,2 ;	7,7 [2,4 ;	0,8 [0,3 ;	2,4 [0,8 ;	1,2 [0,6 ;	14

	Hôtel	CHU	CADA	CHRS	Ensemble	n
	%	%	%	%	%	
hébergement avec votre argent	2,1]	22,0]	2,5]	7,0]	2,3]	
Ne sait pas	0,0 [-]	0,0 [-]	0,4 [0,2 ; 1,1]	1,0 [0,2 ; 4,4]	0,2 [0,1 ; 0,5]	4
Total	100	100	100	100	100	800

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

Il apparaît par ailleurs que plus les familles déclarent de revenus, plus elles versent une contribution financière pour être hébergées.

Tableau 40. Part des familles participant financièrement à leur hébergement, selon le revenu par unité de consommation

	n	%	IC95%
Aucun revenu	6	3,8	[1,4 ; 9,6]
Moins de 250	29	6,9	[3,5 ; 13,4]
Entre 250 et 500	50	33,5	[23,1 ; 45,8]
Entre 500 et 1000	101	67,2	[55,1 ; 77,3]
Entre 1000 et 2000	16	87,9	[70,1 ; 95,8]
Ensemble	209	28,2	[23,3 ; 33,5]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 796 répondants.
NB : une seule des familles enquêtées a un revenu par unité de consommation compris entre 2000 et 3000 euros, nous ne l'avons pas fait figurer dans ce tableau en raison de sa non-représentativité.

La participation financière est inégale selon le gestionnaire d'hébergement. Toutes choses égales par ailleurs, pour les familles, il vaut mieux dépendre de l'Etat que de la ville ou du département, qui leur demandent plus fréquemment de participer financièrement à leur hébergement.

Tableau 41. Part des familles participant financièrement à leur hébergement, selon le gestionnaire de l'hébergement

	n	%	IC95%
Le Samusocial de Paris (hors 115)	11	14,4	[7,7 ; 25,4]
Le 115	29	7,7	[4,8 ; 12,0]
Le Conseil général	7	57,8	[38,9 ; 74,6]
Mairie/ville	43	89,9	[69,4 ; 97,2]
Association	119	60,3	[52,6 ; 67,6]
Ne sait pas	0	0	[-]
Ensemble	209	28,2	[23,3 ; 33,5]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 796 répondants.

5. Les parcours résidentiels des familles

Cette partie s'intéresse aux parcours résidentiels des familles : d'abord entre l'arrivée en France et l'entrée dans le dispositif d'hébergement puis depuis le premier épisode sans domicile.

Ainsi, la première entrée dans le système d'hébergement fait-elle suite à la perte d'un logement personnel, conjuguée à une séparation ou à des difficultés sur le marché du travail, comme c'est souvent le cas chez les sans-domicile (Brousse, 2006b) ? Le premier épisode d'hébergement institutionnel serait-il également précédé par une phase importante d'instabilité résidentielle, à l'issue de laquelle toutes les ressources non institutionnelles pour se loger s'avèrent épuisées ? Peut-on également repérer des « logements de passage » (Levy-Vroelant, 2000), qui traduiraient autant la faiblesse des ressources que l'immigration des ménages (événement le plus souvent associé à la condition de sans-domicile, d'après l'enquête SD 2001[52]) ? Enfin, les parcours diffèrent-t-ils selon l'origine, le profil migratoire et sociodémographique ?

Pour répondre à ces questions, nous essaierons de décrire la mobilité résidentielle des familles à l'intérieur du système d'hébergement. Combien de déménagements les familles ont-elles connu ? Combien de temps reste-t-on dans un hôtel ou dans un centre d'hébergement ? Des différences sont-elles observables là encore selon le profil des familles, le nature de l'hébergement proposé ou encore le gestionnaire de l'hébergement ? Soulignons que le thème de la mobilité résidentielle est particulièrement complexe à analyser ; toutes les questions ne trouveront pas réponse à travers ce rapport. Une autre limite doit ici être

[52] Voir Brousse (2006b).

énoncée : nous n'avons interrogé que des familles prises en charge au moment de l'enquête, le parcours de celles qui sont sorties du dispositif nécessiterait une autre investigation.

5.1. Parcours avant l'entrée dans le dispositif d'hébergement

La plupart des familles étant immigrées, où résident-elles entre leur arrivée en France et leur entrée dans le système d'hébergement ? Des formes d'hébergement et de parcours permettent-elles de différencier des profils de familles ?

5.1.1. Entre l'arrivée en France et la vie sans domicile

Comme nous l'avons vu précédemment, les familles enquêtées qui ne sont pas nées en France sont arrivées en moyenne il y 5,2 ans. Ce temps cache de fortes disparités puisque la durée médiane depuis leur arrivée est de 3,2 ans.

Le délai moyen entre l'arrivée en France et la situation sans domicile est quant à lui de 2,3 ans : cela signifie qu'en moyenne les familles ont vécu en France sans bénéficier d'un hébergement institutionnel la plupart du temps.

Toutefois, on note là aussi de fortes disparités : un quart des familles se sont retrouvées sans domicile dès leur arrivée en France, la moitié au bout de 5 mois (0,4 an) et un quart au bout de 2,2 ans. C'est dans ce dernier quart que les variations sont les plus importantes puisque 10% des enquêtés étaient en France depuis plus de 7,7 ans lorsqu'ils se sont retrouvés sans domicile et que le délai entre l'arrivée en France et la perte du logement s'étend jusque 42 ans pour un répondant.

Tableau 42. Délai entre l'arrivée en France et la vie sans domicile

	n	%	IC95%
Immédiat	276	31,5	[27,2 ; 36,1]
Entre 0 et 3 mois	140	16,8	[13,5 ; 20,7]
Entre 3 mois et 2 ans	184	25,4	[21,2 ; 30,0]
Au moins 2 ans	145	26,4	[21,8 ; 31,5]
Total	745	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 745 répondants.

Le délai entre l'arrivée en France et la vie sans domicile est fortement lié à l'origine géographique (p<0,001). Ainsi, si les répondants originaires de la CEI ou de l'Europe (hors UE) se sont retrouvés sans domicile presque tous au moment de leur arrivée en France, ce délai est beaucoup plus long pour les personnes nées dans un pays d'Afrique. Cependant, quelle que soit l'origine, la moitié des personnes étaient sans domicile moins d'un an après leur arrivée.

Tableau 43. Délai (en années) entre l'arrivée en France et la vie sans domicile, selon l'origine du répondant

	Rappel : temps depuis l'arrivée en France			Temps entre l'arrivée en France et la vie sans domicile				
	Moyenne	**IC95%**	**Q50**	**Moyenne**	**IC95%**	**Q25**	**Q50**	**Q75**
Afrique subsaharienne	5,9	[4,9 ; 6,9]	3,4	2,9	[2,1 ; 3,6]	0,2	0,8	2,8
Maghreb	6,4	[5,2 ; 7,7]	4,0	2,8	[2,8 ; 1,7]	0,2	1,0	2,8
Autre Afrique	6,2	[4,5 ; 8,0]	3,8	3,3	[1,6 ; 5,0]	0,0	0,5	2,8
CEI / autre Europe	2,7	[2,2 ; 3;2]	1,9	0,3	[0,1 ; 0,6]	0,0	0,0	0,0
UE	4,5	[2,8 ; 6;3]	3,1	2,0	[0,3 ; 3,7]	0,0	0,5	1,2
Asie / Proche et moyen orient	4,9	[3,1 ; 6,7]	3,8	1,8	[0,5 ; 3,0]	0,0	0,3	3,9
Amérique et Océanie	3,8	[0,6 ; 7,0]	1,6	2,2	[0,0 ; 5,0]	0,3	0,3	0,6
Ensemble	5,2	[4,7 ; 5,2]	3,2	2,3	[1,9 ; 2,7]	0,0	0,4	2,2

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 760 personnes interrogées nées hors de France, 760 répondants pour l'arrivée en France, 745 pour la situation sans domicile.
Lecture : les répondants nés en Afrique subsaharienne sont arrivés en France il y a 5,9 ans en moyenne. La moitié d'entre eux sont en France depuis moins de 3,4 ans, l'autre moitié depuis plus de 3,4 ans. Entre leur arrivée en France et leur vie sans domicile, il s'est écoulé en moyenne 2,9 ans. Pour un quart d'entre eux se délai est inférieur à 0,2 an, pour la moitié inférieur à 0,8 an et pour un quart supérieur à 2,8 ans.

5.1.2. En France, où vivaient les familles avant de se retrouver sans domicile ?

Moins de 15% des personnes interrogées ont déclaré vivre dans leur propre logement ou dans celui de leur conjoint avant de se retrouver sans domicile en France. Selon l'Insee, dans

l'enquête de 2001, il semblerait que 8 adultes sur 10 vivaient dans un logement personnel avant de se retrouver sans domicile (Brousse, 2006b)[53].

Dans ENFAMS, près de la moitié des personnes interrogées (47,1%, $IC_{95\%}$ [42,5 ; 51,7]) étaient hébergées chez un tiers (la plupart du temps un ami ou de la famille). En ne considérant que les personnes qui ne se sont pas retrouvées sans domicile dès leur arrivée, la part d'enquêtés hébergés chez un tiers passe à 67,3% ($IC_{95\%}$ [60,9 ; 73,0]).

Tableau 44. Lieu de vie, en France, avant le premier épisode sans domicile

	n	%	IC95%
Dans son propre logement	36	6,5	[4,2 ; 10,1]
Dans le logement de son conjoint	46	6,9	[4,4 ; 10,6]
Chez ses parents	20	2,5	[1,3 ; 4,6]
Hébergé(e) ou logé(e) gratuitement ou avec participation chez un ami	141	18,9	[15,6 ; 22,8]
Hébergé(e) ou logé(e) grat. ou avec part. chez de la famille	119	16,2	[12,4 ; 20,9]
Hébergé(e) ou logé(e) grat. ou avec part. chez un compatriote	47	4,9	[3,2 ; 7,4]
Hébergé(e) ou logé(e) grat. ou avec part. chez un tiers	59	7,1	[5,1 ; 9,6]
Dans une chambre d'hôtel à ses frais	25	3,2	[2,0 ; 5,1]
Dans un campement, un bidonville	12	2,6	[1,3 ; 5,0]
Dans un foyer de travailleur migrant ou dans une résidence sociale	6	0,9	[0,3 ; 2,3]
Venait d'arriver en France	275	30,0	[25,9 ; 34,6]
Autre	1	0,3	[0,0 ; 2,4]
Total	787	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 787 répondants.

Le lieu de vie avant le premier épisode sans domicile est lié à l'origine géographique ($p<0,001$). En regroupant d'une part l'ensemble des hébergements chez les tiers (ami, famille, compatriote), et d'autre part le logement personnel, qu'il s'agisse de son propre logement ou de celui de son conjoint, on note que l'hébergement chez les tiers est beaucoup plus fréquent chez les personnes originaires d'Afrique que chez celles d'Europe ou d'un pays de la CEI. Ces dernières se sont plus fréquemment retrouvées sans domicile dès leur arrivée en France (pour les enquêtés originaires d'un pays de la CEI ou de l'Europe, hors UE), ou après un passage dans un campement ou un bidonville (pour les enquêtés originaires d'un pays de

[53] Cette valeur est haute sans doute. Elle renvoie à l'ensemble de la population sans domicile, soustraction faite des sortants d'institution (prison, foyer de travailleur, hôtel). Elle inclut dans le logement, le fait de vivre avec ses parents (qui était la situation précédant le premier épisode sans domicile dans un cas sur cinq – *versus* 2,5% dans ENFAMS). En outre, l'enquête ne distingue pas dans les situations de logement les formes d'habitats chez un tiers.

l'UE). Cette observation pointe probablement l'importance des compatriotes dans l'accueil de nouveaux-arrivants, notamment pour ce qui concerne les flux migratoires anciens, en particulier en provenance d'anciens pays colonisés.

Tableau 45. Lieu de vie en France, avant le premier épisode sans domicile, selon la région de naissance

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Autre Afrique	CEI / autre Europe	UE	Asie / Proche et moyen orient	Amérique et Océanie
	%	%	%	%	%	%	%
Dans son propre logement ou celui de son conjoint	11,6 [7,6 ; 17,2]	20,9 [10,4 ; 37,6]	22,0 [12,9 ; 34,8]	3,4 [1,3 ; 8,6]	18,7 [8,9 ; 35,2]	4,9 [1,7 ; 13,0]	0,0 [-]
Chez ses parents	0,5 [0,1 ; 3,2]	1,0 [0,1 ; 7,0]	0,8 [0,1 ; 5,8]	1,2 [0,3 ; 4,6]	14,2 [6,5 ; 28,2]	0,0 [-]	0,0 [-]
Hébergé(e) chez un tiers	69,8 [62,7 ; 76,1]	56,6 [44,5 ; 67,9]	42,2 [29,4 ; 56,3]	10,0 [6,1 ; 15,9]	25,6 [16,6 ; 37,3]	47,1 [23,4 ; 72,3]	88,8 [59,9 ; 97,7]
Dans une chambre d'hôtel à ses frais	2,5 [0,9 ; 6,9]	3,9 [1,0 ; 13,9]	4,0 [1,4 ; 11,1]	6,5 [3,3 ; 12,4]	0,0 [-]	1,1 [0,2 ; 7,6]	0,0 [-]
Dans un campement, un bidonville	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	19,5 [10,3 ; 33,9]	0,0 [-]	0,0 [-]
Dans un foyer de travailleur migrant ou dans une résidence sociale	1,0 [0,3 ; 3,5]	1,1 [0,1 ; 7,4]	2,2 [0,3 ; 12,9]	0,0 [-]	0,5 [0,1 ; 2,7]	0,0 [-]	0,0 [-]
Venait d'arriver en France	14,6 [9,8 ; 21,3]	16,5 [7,9 ; 31,3]	26,7 [18,4 ; 37,1]	78,9 [70,5 ; 85,4]	21,5 [13,0 ; 33,5]	46,9 [22,7 ; 72,6]	11,2 [2,3 ; 40,1]
Autre	0,0 [-]	0,0 [-]	2,2 [0,3 ; 12,9]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]	0,0 [-]
Total	100	100	100	100	100	100	100
n	285	67	142	157	90	34	12

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 787 répondants.
Lecture : parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne, 11,6% résidaient dans leur propre logement ou dans celui de leur conjoint avant de se retrouver pour la première fois sans domicile en France.

Le lieu de vie avant le premier épisode sans domicile est également variable selon la situation matrimoniale actuelle de l'enquêté ($p<0,001$)[54]. Ainsi, les personnes vivant seules étaient plus fréquemment logées chez des tiers que les personnes en couple (56,9%, $IC_{95\%}$ [50,1 ; 63,5], *versus* 36,8%, $IC_{95\%}$ [30,8 ; 43,2]) ; et les personnes en couple se sont plus fréquemment retrouvées sans domicile dès leur arrivée en France que les personnes seules (39,6%, $IC_{95\%}$ [33,5 ; 45,9], *versus* 21,1%, $IC_{95\%}$ [15,9 ; 27,3]). Ceci pourrait renvoyer à la charge moindre que représente une femme seule (plutôt qu'un couple), pour son hôte.

5.1.3. Pourquoi les familles ont-elles dû quitter leur lieu de vie ?

Le motif le plus fréquemment cité pour avoir quitté son lieu de vie est une demande de la personne hébergeant l'enquêté. Le deuxième motif est un logement trop petit. Le tableau suivant compile l'ensemble des motifs déclarés.

Tableau 46. Circonstances ayant amené la famille à la rue, parmi les personnes ayant eu un lieu de vie en France avant leur premier épisode sans domicile

	n	%	IC95%
Ses parents l'ont mis dehors	12	2,2	[0,9 ; 5,1]
Il/elle (ou son/sa conjoint(e)) ne pouvait plus payer le loyer, les charges, les traites	41	8,5	[5,9 ; 12,3]
Il/elle (ou son/sa conjoint(e)) avait perdu son emploi	4	2,2	[0,7 ; 6,8]
Il/elle s'était séparé(e) de son/sa conjoint(e)	33	6,7	[4,2 ; 10,5]
Il/elle ou ses enfants ont subi des violences de la part du/de la conjoint(e)	5	0,8	[0,2 ; 2,8]
A cause de la violence ou de "méchancetés" de ses parents, de la personne l'hébergeant ou de son conjoint	12	1,7	[0,9 ; 3,2]
Il/elle était exploité(e) par la personne l'hébergeant	10	1,4	[0,6 ; 2,9]
C'était la fin du bail, d'un contrat à durée déterminée	7	3,0	[1,2 ; 7,5]
Il/elle a été expulsé(e) du logement par le propriétaire	30	5,1	[3,2 ; 8,0]
La personne l'hébergeant lui a demandé de partir	128	26,9	[21,7 ; 32,9]
A cause d'un logement trop petit, du manque de place	90	16,2	[12,6 ; 20,7]
Son logement a été démoli ou évacué	3	2,3	[0,8 ; 6,1]

[54] A noter qu'il s'agit de la situation matrimoniale au moment de l'enquête, certains enquêtés ont pu changer de situation matrimoniale entre leur premier épisode sans domicile et le moment où ils ont été enquêtés.

	n	%	IC95%
Il/elle a changé de ville, de région, de pays pour trouver du travail	5	0,8	[0,3 ; 2,0]
Il/elle a rencontré un conjoint, un compagnon	5	1,1	[0,4 ; 3,3]
Son hébergement en foyer ou en famille d'accueil (ASE, PJJ) était arrivé à échéance	1	0,1	[0,0 ; 0,5]
Autre	125	21,0	[16,9 ; 25,7]
dont :			
Enceinte	30	5,8	[3,6 ; 9,3]
Dispute	7	1,1	[0,5 ; 2,8]
Ne voulait pas déranger	8	1,6	[0,6 ; 4,2]
Mauvaise entente	10	1,6	[0,8 ; 3,2]
Un hébergement lui a été proposé par les services sociaux	25	3,7	[2,5 ; 5,6]
A fait une demande d'asile	13	1,8	[0,9 ; 3,7]
Mauvaises conditions de vie (humidité, etc.)	8	1,1	[0,5 ; 2,5]
Déménagement ou décès de l'hébergeur	8	1,2	[0,5 ; 2,9]
S'agissait d'un hébergement provisoire	3	0,2	[0,1 ; 0,6]
Ne veut pas répondre	1	0,2	[0,0 ; 1,1]
Autre raison	12	2,5	[1,2 ; 5,4]
Total	511	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 526 personnes interrogées ayant eu un lieu en France avant de se retrouver sans domicile, 511 répondants

Les circonstances sont forcément liées au type de lieu de vie (p<0,001). Dans plus de 4 cas sur 10, les personnes hébergées chez un tiers sont parties suite à une demande de ce tiers, alors que dans 3 cas sur 10 les personnes qui étaient dans un logement personnel sont parties suite à une séparation d'avec le conjoint. A noter que parmi les personnes hébergées chez un tiers, la grossesse apparaît comme le 3ème motif expliquant la fin de la cohabitation.

Tableau 47. Principales circonstances ayant amené l'enquêté à quitter son lieu de vie, parmi les personnes qui étaient hébergées chez un tiers et parmi celles ayant quitté un logement personnel

	n	%	IC95%
Personnes hébergées chez un tiers			
La personne l'hébergeant lui a demandé de partir	127	40,3	[33,2 ; 47,8]
A cause d'un logement trop petit, du manque de place	81	22,5	[17,4 ; 28,5]
Enceinte	24	7,0	[4,0 ; 11,8]
Il/elle a été expulsé(e) du logement par le propriétaire	18	4,1	[2,2 ; 7,4]

	n	%	IC95%
Il/elle (ou son/sa conjoint(e)) ne pouvait plus payer le loyer, les charges, les traites	12	2,8	[1,5 ; 5,0]
Personnes vivant dans son propre logement ou celui de son conjoint			
Il/elle s'était séparé(e) de son/sa conjoint(e)	31	32,8	[21,4 ; 46,6]
Il/elle (ou son/sa conjoint(e)) ne pouvait plus payer le loyer, les charges, les traites	12	18,5	[10,6 ; 30,2]
Il/elle a été expulsé(e) du logement par le propriétaire	12	12,5	[6,8 ; 22,0]
A cause d'un logement trop petit, du manque de place	5	4,2	[1,4 ; 12,2]
C'était la fin du bail, d'un contrat à durée déterminée	4	6,6	[2,1 ; 18,6]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 366 personnes interrogées hébergées chez un tiers, 362 répondants ; 82 enquêtés ayant quitté un logement personnel, 82 répondants (* : il s'agit ici des hébergements par un tiers avec participation financière).

5.1.4. Quel type d'hébergement pour la première prise en charge ?

Au moment où les personnes se sont retrouvées pour la première fois sans domicile, l'hébergement institutionnel est la principale solution d'accueil (62,9% des cas, $IC_{95\%}$ [57,8 ; 67,7], dont 8 fois sur 10 en hôtel). Mais une part non négligeable de parents et d'enfants passe une ou quelques nuits sans abri, c'est-à-dire dans l'espace public ou dans un endroit non prévu pour l'habitation (une famille sur cinq). L'hébergement de fortune, chez un tiers ou à l'hôtel à ses frais, c'est-à-dire puisant dans les ressources sociales ou économiques de la famille, constitue une solution de dépannage dans 16% des cas.

Tableau 48. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, par grandes catégories

	n	%	IC95%
Hôtel social	385	49,7	[44,8 ; 54,6]
Sans abri	175	19,6	[16,0 ; 23,8]
Chez un tiers	102	14,9	[11,3 ; 19,4]
Centre d'hébergement	118	13,2	[10,7 ; 16,1]
Autre	19	2,6	[1,6 ; 4,4]
Total	799	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.

Près de 15% des enquêtés ont déclaré avoir été, au moment de leur première expérience sans domicile, hébergés par des tiers. Cette pratique est plus souvent déclarée par les enquêtés de nationalité française que par les autres enquêtés (23,0%, $IC_{95\%}$ [11,5 ; 40,6], *versus* 14,1% $IC_{95\%}$ [10,5 ; 18,5], p<0,01). Il est intéressant de noter que si certains enquêtés ont considéré que l'hébergement par un tiers est antérieur à leur première expérience sans domicile, d'autres considéreront que cela marque le début de leur vie sans domicile.

Tableau 49. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, détail

	n	%	IC95%
Un hôtel social	385	49,7	[44,8 ; 54,6]
Chez un tiers	102	14,9	[11,3 ; 19,4]
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	73	8,7	[6,6 ; 11,4]
Rue, cabine téléphonique, square, voiture	69	8,2	[5,8 ; 11,5]
Gare, aéroport, métro	61	6,5	[4,8 ; 8,8]
Les urgences d'un hôpital ou un commissariat	30	3,8	[2,4 ; 5,8]
Un centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA)	16	1,1	[0,6 ; 1,8]
Eglise	15	1,1	[0,5 ; 2,2]
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale	14	1,7	[0,9 ; 3,2]
Une résidence sociale ou un foyer de travailleurs migrants	7	1,0	[0,4 ; 2,3]
Hôtel à ses frais	7	1,1	[0,4 ; 2,6]
Maison abandonnée, squat	7	1,2	[0,5 ; 2,6]
Un centre maternel	5	0,4	[0,1 ; 1,1]
Autre	3	0,3	[0,1 ; 0,9]
Un accueil d'urgence pour demandeur d'asile (AUDA)	1	0,3	[0,0 ; 1,7]
Centre de stabilisation (CHS)	1	0,1	[0,0 ; 0,3]
Un centre pour femmes victimes de violences	1	0,0	[0,0 ; 0,2]
Halte de jour	1	0,0	[0,0 ; 0,1]
Ne sait pas	1	0,1	[0,0 ; 0,8]
Total	799	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.

On peut considérer que les personnes ayant dormi dans la rue, une cabine téléphonique, un square, une voiture, dans une gare, un aéroport, un métro, aux urgences d'un hôpital ou d'un commissariat, ou encore dans une église, étaient « sans abri ». Ceci concerne près d'une personne sur 5 (19,6%, $IC_{95\%}$ [16,0 ; 23,8]).

Trois personnes sur quatre ont déclaré la présence d'au moins un enfant déjà né au moment du premier épisode sans domicile (75,1%, $IC_{95\%}$ [70,9 ; 78,8]) et, parmi les personnes sans enfant, près de deux personnes sur trois ont déclaré une grossesse en cours (62,7%, $IC_{95\%}$ [45,3 ; 77,4]). Cette valeur est à prendre avec beaucoup de précaution[55], mais il est intéressant de noter que le lieu de vie au moment de ce premier épisode sans domicile sera variable selon la présence ou non d'un enfant (p<0,001). Si les personnes sans enfant se retrouvent aussi bien en hôtel social que chez un tiers ou sans abri, les personnes avec enfant sont majoritairement prises en charge en hôtel. La présence d'un enfant constitue sans surprise un « avantage » pour accéder au système d'hébergement institutionnel.

Tableau 50. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, selon la présence ou non d'un enfant

	Sans enfant			Avec enfant		
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**
Hôtel social	76	27,4	[20,5 ; 35,6]	296	56,5	[50,7 ; 62,2]
Centre d'hébergement	31	15,5	[9,4 ; 24,6]	82	12,0	[9,2 ; 15,6]
Sans abri	59	26,8	[19,7 ; 35,4]	114	17,8	[14,1 ; 22,1]
Chez un tiers	45	25,5	[17,6 ; 35,3]	55	11,7	[7,9 ; 16,9]
Autre	9	4,8	[2,3 ; 9,9]	10	2,0	[1,0 ; 4,0]
Total	220	100		557	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 777 répondants.

5.1.5. Quel type d'hébergement pendant le parcours ?

Une autre manière de mesurer l'importance respective des différents établissements dans les parcours des familles est de s'intéresser non pas seulement à l'hébergement au moment de l'enquête ou au moment du premier épisode sans domicile, mais également aux autres lieux fréquentés par les ménages depuis leur entrée dans le dispositif d'hébergement. Il s'agit ainsi de voir l'importance des différents types d'accueil, au cours de la vie sans-logement entière. A

[55] La question de la grossesse au moment du premier épisode sans domicile n'était pas posée directement mais la réponse figure dans 262 questionnaires, dont 130 signalant une grossesse au moment du 1er épisode sans domicile. Nous pouvons cependant penser qu'il y a un biais de déclaration, les enquêtés qui n'avaient pas d'enfant au moment du premier épisode sans domicile auront plus spontanément déclaré une grossesse si cela les concernait. Aucun lien significatif n'a été observé entre le type de lieu au moment du premier épisode sans domicile et la déclaration d'une grossesse.

défaut d'avoir pu mener des analyses aussi approfondies que nécessaire, nous avons tout de même cherché à savoir quelle était la part des familles ayant résidé, au moins une fois au cours de leur parcours sans domicile, dans chacune des structures de l'enquête.

Tableau 51. Expérience d'hébergement pendant le parcours, selon le type de structure d'accueil

	n	%	IC95%
Hébergement dans un CHRS pendant le parcours			
Au moins une nuit	125	16,3	[13,6 ; 19,5]
Jamais	660	83,7	[80,6 ; 86,4]
Hébergement dans un CADA pendant le parcours			
Au moins une nuit	169	9,7	[8,1 ; 11,7]
Jamais	616	90,3	[88,3 ; 91,9]
Hébergement dans un CHU pendant le parcours			
Au moins une nuit	196	18,0	[15,1 ; 21,9]
Jamais	589	82,0	[78,1 ; 84,9]
Hébergement dans un hôtel pendant le parcours			
Au moins une nuit	717	94,8	[92,5 ; 96,2]
Jamais	68	5,2	[3,5 ; 7,5]
A vécu dans la rue pendant le parcours			
Au moins une nuit	139	15,2	[12,5 ; 18,5]
Jamais	646	84,8	[81,5 ; 87,5]
Hébergement chez un tiers pendant le parcours			
Au moins une nuit	194	28,8	[24,45 ; 33,3]
Jamais	591	71,2	[66,7 ; 75,6]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.

Comme le montre ce tableau, les hôtels constituent, à l'échelle d'un parcours sans logement, un point de passage tout à fait central, puisque 5,2% seulement des familles étudiées n'y ont jamais résidé. En revanche, ce n'est qu'une minorité des familles qui a déjà vécu dans chacune des autres structures de l'enquête, dont on peut penser qu'elles remplissent des fonctions plus spécifiques dans le système d'accueil : qu'elles constituent un sas d'orientation, comme certains CHU, un lieu dédié aux demandeurs d'asile, comme les CADA, ou la dernière étape à

franchir avant d'accéder au logement (comme les CHRS). Une question importante pour de prochaines analyses sera de savoir ce qui amène à passer dans ces dernières structures, alors que tous les candidats à l'orientation, à l'asile, ou à l'insertion ne peuvent pas y accéder.

5.2. Parcours depuis le début de la vie sans domicile

5.2.1. Depuis combien de temps les familles sont-elles sans domicile ?

Les familles que nous avons rencontrées se sont retrouvées pour la première fois sans domicile personnel il y a 2,9 ans en moyenne ($IC_{95\%}$ [2,6 ; 3,2]). Un quart d'entre elles sont sans domicile depuis moins de 11 mois, la moitié depuis moins de 2 ans et un quart depuis près de 4 ans. La durée minimale observée est de un mois, la durée maximale de 19 ans.

Tableau 52. Durée de vie sans domicile des familles

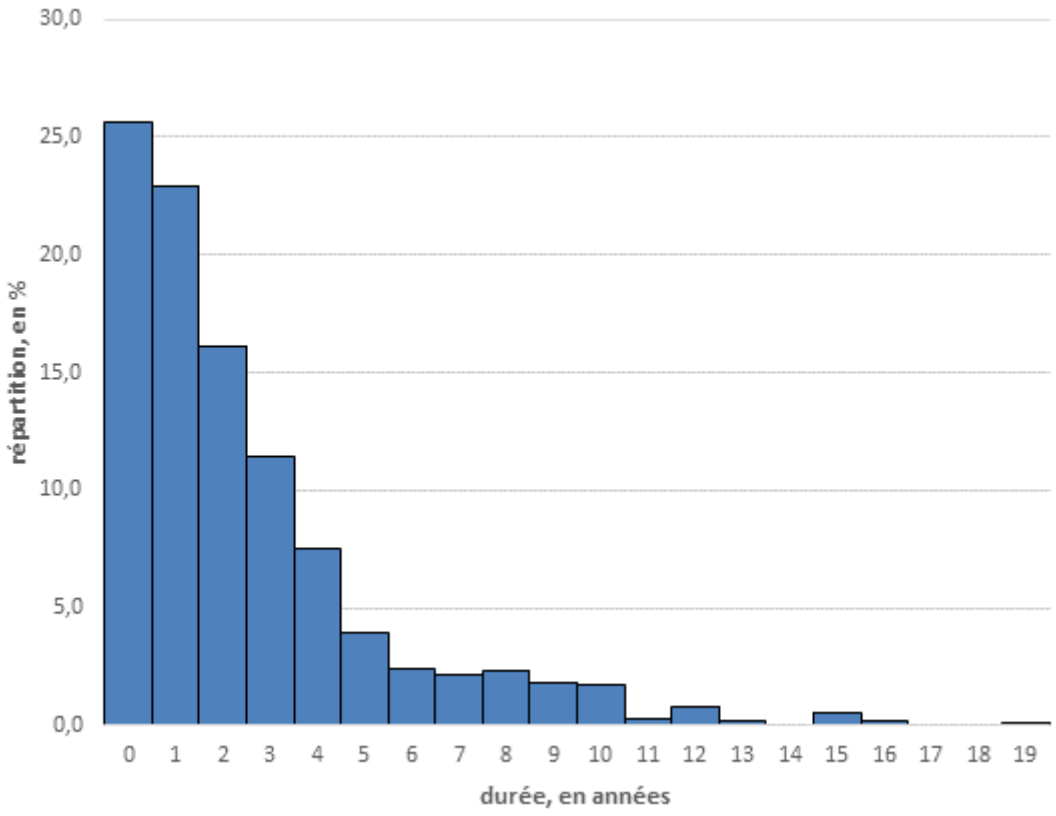
	n	%	IC95%
Moins de 1 an	199	25,6	[21,5 ; 30,3]
Entre 1 et moins de 2 ans	214	22,9	[19,1 ; 27,3]
Entre 2 et moins de 4 ans	221	27,6	[23,2 ; 32,4]
Au moins 4 ans	166	23,9	[19,8 ; 28,6]
Total	800	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

A titre de comparaison avec les personnes dites « isolées », c'est-à-dire qui ne bénéficient pas d'une prise en charge familiale (aucun mineur n'accompagnant l'adulte), la durée moyenne depuis le premier épisode sans domicile s'élevait en 2012 à 6,6 ans ($IC_{95\%}$ [5,6 ; 7,6]) pour les personnes rencontrées dans les centres d'hébergement en Ile-de-France (CHU, CHRS et CHS) et à 10,5 ans pour les personnes rencontrées dans la rue à Paris et dans les bois de Vincennes et Boulogne ($IC_{95\%}$ [8,6 ; 12,5]) (Arnaud *et al.*, 2013). Cette comparaison peut apporter deux informations différentes : l'arrivée des familles dans le dispositif d'hébergement des sans-abri est un phénomène relativement récent au regard des isolés ; par ailleurs, les familles resteraient moins longtemps prises en charge que les isolés. Ces résultats montrent surtout que comparer le parcours des isolés à celui des familles a peu de sens. Le parcours des isolés se caractérise soit par un passage très rapide dans le dispositif d'hébergement, soit par le maintien dans ce dispositif pendant plusieurs années pour ceux qui n'auraient pas réussi à en

sortir moins d'un an après y être entré (Michelot et Le Charpentier, 2007). Par contraste, le parcours des familles est moins tranché, à cette nuance près que lorsque les familles réussissent à sortir du dispositif, peu d'entre elles y reviennent, contrairement à leurs homologues isolés (Guyavarch et Bouin, 2009)[56].

Figure 5. Répartition de la durée de vie sans domicile personnel



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.
Lecture : plus de 25% des familles sont sans domicile personnel depuis moins d'un an, entre 20 et 25% sont sans domicile personnel depuis 1 à 2 ans, etc.

La durée de vie sans domicile n'est pas liée à l'origine géographique mais est liée au statut administratif ($p<0,001$). Ainsi, les personnes en situation régulière et les bénéficiaires d'un titre de séjour seraient sans domicile depuis plus longtemps (en moyenne plus de 4 ans) que les personnes en voie de régularisation (qui sont sans domicile depuis 2,5 ans en moyenne),

[56] Nous n'avons pas interrogé de familles logées, même de façon transitoire, et anciennement hébergées. Il aurait été intéressant de mesurer le temps d'attente réel d'un logement, pour isoler le temps passé dans le système d'hébergement.

les personnes de nationalité française (2 ans) et les demandeurs d'asile (1,5 ans). Cependant nous n'avons interrogé que la situation administrative du répondant au moment de l'enquête, et pas sa situation à son arrivée sur le territoire français. Nous n'avons pas non plus questionné les différentes dates clés dans son parcours administratif, il est donc impossible de mesurer avec certitude le lien pouvant exister entre la durée de vie sans domicile et le statut administratif.

Tableau 53. Répartition de la durée de vie sans domicile des familles, selon leur statut administratif au moment de l'enquête.

	En voie de régularisation	"Régularisé"	Demandeur d'asile	Titre de séjour	Français
	%	%	%	%	%
Moins de 1 an	34,6 [27,9 ; 41,9]	7,5 [3,4 ; 15,6]	27,6 [20,4 ; 36,2]	15,2 [8,8 ; 25,1]	25,8 [15,1 ; 40,6]
Entre 1 et moins de 2 ans	18,4 [14,2 ; 23,6]	23,6 [13,8 ; 37,5]	42,6 [34,0 ; 51,7]	14,7 [7,7 ; 26,2]	39,4 [23,8 ; 57,6]
Entre 2 et moins de 4 ans	27,2 [21,3 ; 34,1]	23,7 [11,9 ; 41,7]	26,7 [19,8 ; 34,9]	30,8 [20,5 ; 43,4]	27,4 [13,7 ; 47,3]
Au moins 4 ans	19,8 [14,7 ; 26,1]	45,2 [30,6 ; 60,7]	3,1 [1,0 ; 9,5]	39,4 [30,1 ; 49,4]	7,4 [3,4 ; 15,1]
Total	100	100	100	100	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : parmi les personnes en voie de régularisation, 34,6% sont sans domicile depuis moins de un an, 18,4% depuis un à deux ans, 27,2% depuis deux à quatre ans et 19,8% depuis au moins quatre ans.

5.2.2. De structure en structure : combien de déménagements ?

En moyenne les familles interrogées ont connu 4,3 déménagements depuis leur première expérience sans domicile. Un quart d'entre elles en ont connu deux, la moitié en a connu trois et le dernier quart en a connu au moins six. Le nombre de déménagements varie de 0 pour les personnes maintenues dans leur premier hébergement (6,1% des enquêtés) à 25 (3 familles sont concernées, dont une présente depuis douze ans, une présente depuis un à deux ans, et une présente depuis moins d'un an).

Le nombre de déménagements est lié à la durée de vie sans domicile ($p<0,001$), mais décroît année après année.

Tableau 54. Nombre de déménagements, selon la durée de vie sans domicile

	n	nombre moyen	IC95%	Q25	Q50	Q75
Moins de 1 an	196	3,0	[2,6 ; 3,5]	1	2	4
Entre 1 et moins de 2 ans	213	3,8	[3,2 ; 4,4]	2	3	5
Entre 2 et moins de 4 ans	217	4,3	[3,6 ; 5,1]	2	4	6
Au moins 4 ans	159	6,3	[5,0 ; 7,6]	2	5	8
Ensemble	785	4,3	[3,9 ; 4,8]	2	3	6

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.

Pour contrôler la durée d'observation, qui influe sur le nombre de déménagements observés, on peut calculer un nombre moyen de déménagements par année de présence ou encore, à un niveau plus fin, par mois de présence. Le nombre moyen de déménagements par année de présence s'élève à 2,2 par an, le nombre médian s'élève quant à lui à 1,5. Le nombre de déménagements par mois est de 0,3 en moyenne, celui-ci étant lié à la durée de présence ($p<0,001$) : les changements sont plus fréquents en début de parcours, ainsi une famille sans domicile depuis moins d'un an aura connu en moyenne 0,59 changement d'hébergement chaque mois ; une famille présente depuis au moins un an mais moins de deux ans aura connu 0,23 changement par mois ; une famille présente depuis au moins deux ans mais moins de quatre ans aura connu 0,13 déménagement chaque mois ; et une famille présente depuis au moins quatre ans aura connu 0,08 déménagement par mois.

Tableau 55. Nombre moyen de déménagements par années et mois de présence

		par année de présence		par mois de présence	
	n	nombre moyen	IC95%	nombre moyen	IC95%
Moins de 1 an	196	-	-	0,59	[0,47 ; 0,71]
Entre 1 et moins de 2 ans	213	3,8	[3,2 ; 4,4]	0,23	[0,19 ; 0,26]
Entre 2 et moins de 4 ans	217	1,9	[1,5 ; 2,2]	0,13	[0,11 ; 0,16]
Au moins 4 ans	159	1,0	[0,8 ; 1,1]	0,08	[0,07 ; 0,009]
Ensemble	785	2,2	[1,9 ; 2,4]	0,26	[0,22 ; 0,30]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants

Les déménagements sont également liés au gestionnaire de l'hébergement : une famille prise en charge par le 115 aura ainsi trois fois plus de risque de déménager qu'une famille prise en charge par une mairie ou la ville de Paris ; et une famille prise en charge par le 115 du Val d'Oise aura 2 fois et demi plus de risque de déménager chaque mois qu'une famille prise en charge par le 115 de Paris. Ceci témoigne de la diversité des modes d'hébergement des familles en Ile-de-France : à une question d'ampleur métropolitaine répondent des actions locales et inégales d'un département à l'autre, et entre acteurs mandatés par l'Etat et départements.

La probabilité de déménager varie également selon le type d'hébergement : une famille sera maintenue plus longtemps dans un CHRS ou un CADA que dans un hôtel ou un CHU.

5.2.3. Le maintien dans l'hébergement

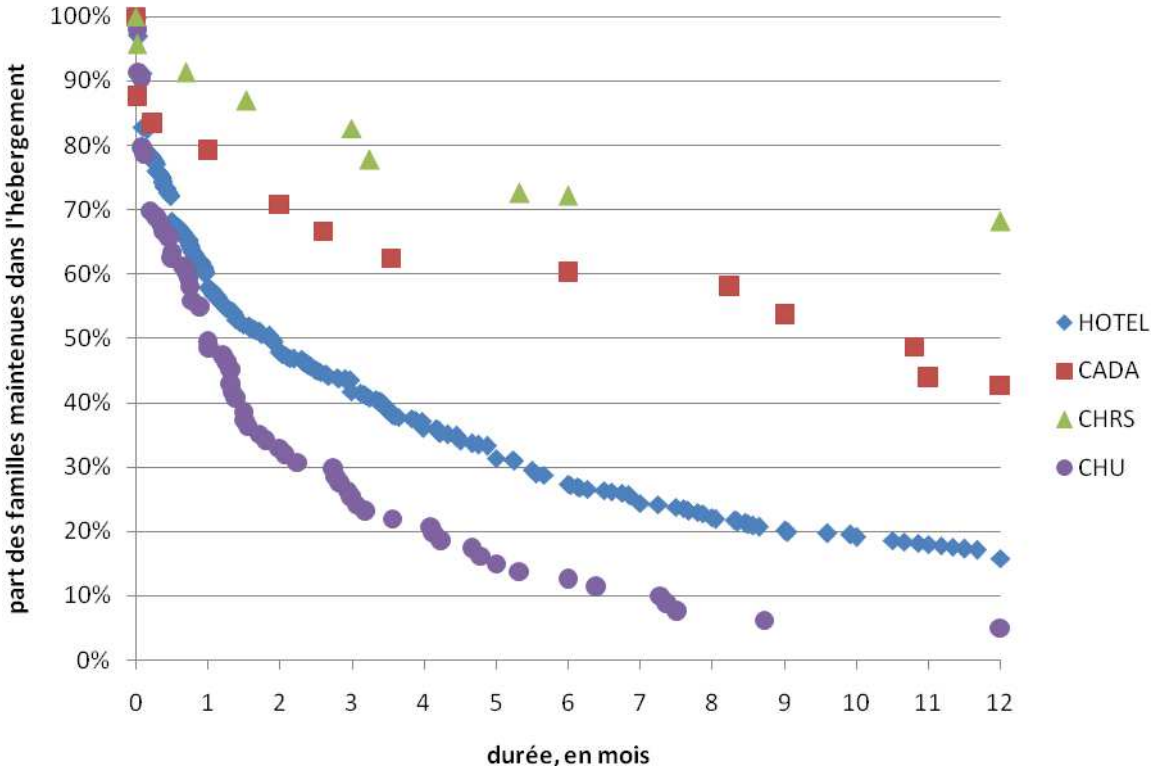
Pour mesurer le maintien dans un hébergement, c'est-à-dire la probabilité de ne pas déménager, il convient d'une part de distinguer le type de structure d'accueil, et d'autre part de contrôler la durée d'observation, autrement dit de ne considérer que la population soumise au risque d'avoir quitté un hébergement[57].

5.2.3.1. Maintien dans le premier hébergement, selon la structure

La figure ci-après représente la probabilité de maintien dans l'hébergement au moment de la première orientation. Au bout de six mois, 72% des familles qui avaient été hébergées en CHRS sont toujours prises en charge dans la même structure, ce qui est le cas de 60% des hébergements en CADA, 27% des hébergements en hôtel et 13% des hébergements en CHU. Au bout d'un an, cette probabilité de maintien passe à 68% pour les familles qui avaient été hébergées en CHRS, 43% pour celles en CADA, 16% pour celles en hôtel et 5% pour celles en CHU. La probabilité de maintien dans l'hébergement est ainsi très dépendante du type de structure.

[57] Autrement dit pour mesurer par exemple une probabilité d'avoir quitté un hôtel au bout de trois mois, il ne faut observer que les familles qui y sont hébergées depuis au moins trois mois, les mesures effectuées dans cette partie tiendront systématiquement compte de la durée d'observation de chaque famille.

Figure 6. Part des familles maintenues dans le premier hébergement, sans déménagement, selon le type de structure et la durée



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.
Lecture : six mois après leur première prise en charge, 13% des familles qui avaient été orientées en CHU sont toujours hébergées dans le même CHU, 27% des familles hébergées en hôtel étaient toujours dans le même hôtel, 60% de celles hébergées en CADA, et 72% de celles hébergées en CHRS.

Sur la figure précédente, les différents points représentent les départs. Plusieurs familles peuvent être concernées par un même point. Plus elles sont nombreuses, plus elles influeront sur la probabilité de sortie. La figure apporte également une information sur la distribution des départs : pour les hôtels, on note d'importants départs tout au long de la période observée, tandis que pour les CADA et les CHRS, les départs sont regroupés et ne surviennent pas à toutes les étapes de l'observation ; ceci est notamment lié au nombre moins important de familles en CADA ou en CHRS qu'en hôtel.

5.2.3.2. Maintien dans l'hébergement, quel que soit le rang du déménagement, selon la structure

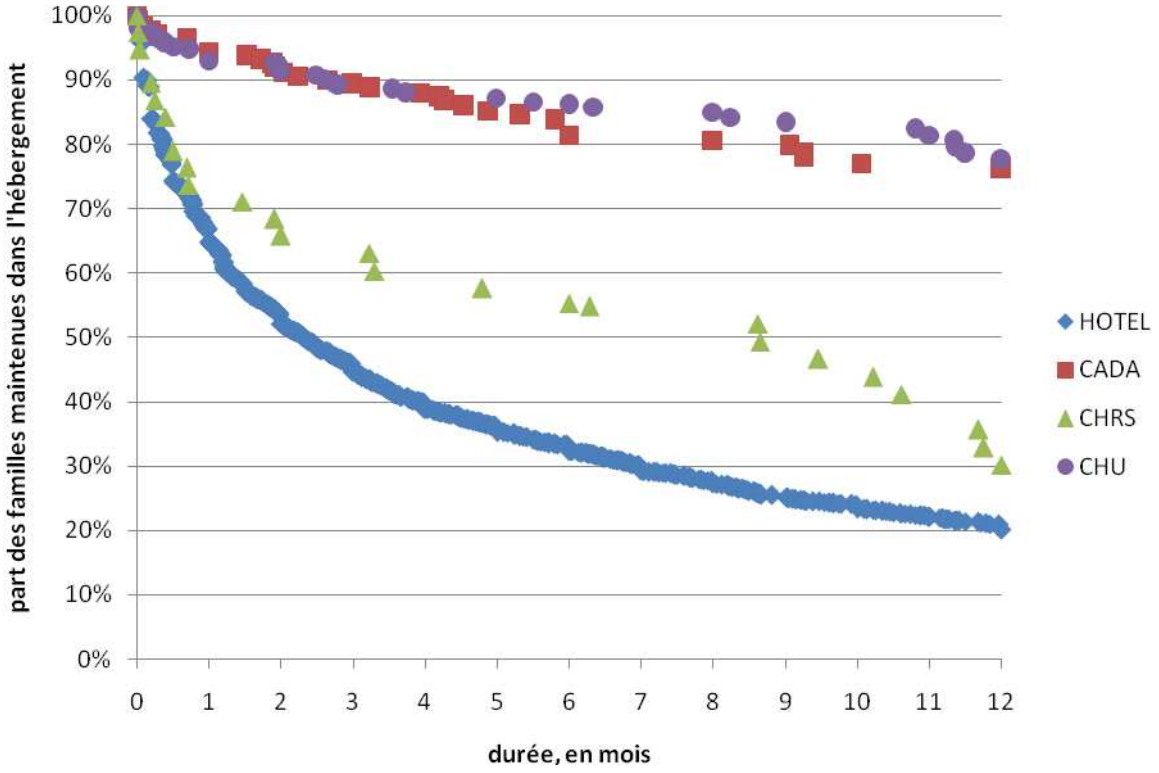
Comme nous l'avons vu précédemment, les changements sont plus fréquents en début de parcours. L'observation du maintien dans l'hébergement est donc plus complète si l'on s'intéresse à l'ensemble des épisodes et pas seulement au premier.

En considérant l'ensemble des séquences d'hébergement (une séquence correspondant à une prise en charge sans déménagement, c'est-à-dire à un séjour), plus de 80% des familles hébergées en CHU ou en CADA sont encore présentes dans leur hébergement au bout de six mois, *versus* 55% des familles hébergées en CHRS et 32% de celles hébergées en hôtel. Au bout d'un an, cette probabilité de maintien passe à 78% pour les familles qui sont hébergées en CHU, 76% pour celles en CADA, 30% pour celles en CHRS et 20% pour celles en hôtel.

Tous rangs de séjour confondus, le maintien dans l'hébergement est ainsi légèrement plus long en hôtel (de 16 à 20% au bout de 1 an) et plus d'une fois et demi plus long en CADA (43 à 76% au bout de 1 an). En CHRS, en revanche, on note une baisse importante de la probabilité de maintien quand il ne s'agit pas du 1er séjour (de 68 à 30% au bout d'un an). Ceci pourrait s'expliquer par le profil des familles hébergées en premier lieu en CHRS qui, généralement, en sortent pour intégrer un logement « ordinaire » ; les familles qui connaîtraient plusieurs CHRS différents, ou qui seraient orientées en CHRS après un hébergement dans un autre type de structure, seraient plus instables.

Les observations concernant les CHU peuvent sembler contre-intuitives voire contradictoires avec les données apportées dans le paragraphe précédent : comment se fait-il que, tous hébergements confondus, le séjour en CHU soit plus pérenne, qu'en ne considérant que le premier séjour en CHU ? Pour répondre à cette question, il faut considérer l'existence de deux types d'hébergement sous la même étiquette de centre d'hébergement d'urgence. D'un côté, il existe des centres proposant un accueil pour quelques nuits, en sortie de maternité notamment, fonctionnant comme des « sas d'orientation » vers l'hôtellerie sociale. Dans ces centres, qui constituent souvent l'entrée dans le système d'hébergement pour leurs occupants, il y a peu de chance que les familles demeurent. D'un autre côté, il existe des CHU, qui ressemblent à s'y méprendre à des CHRS, *modulo* un déficit relatif de moyens. Comme les CHRS, ces CHU sont destinés à constituer la dernière étape avant le logement ; étant donné les difficultés d'accès au logement, il n'est cependant pas étonnant que leurs occupants y séjournent de façon prolongée.

Figure 7. Part des familles maintenues dans l'hébergement, sans déménagement, quel que soit le rang, selon le type de structure et la durée



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.

Il est en outre important de noter que les effectifs en CHU, CHRS et CADA sont moins importants qu'en hôtel et que les variations sont donc ainsi plus sensibles. Pour limiter ce biais d'observation, les analyses suivantes ne concerneront que les hébergements en hôtel.

Tableau 56. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans la structure les hébergeant au bout de six mois et au bout d'un an

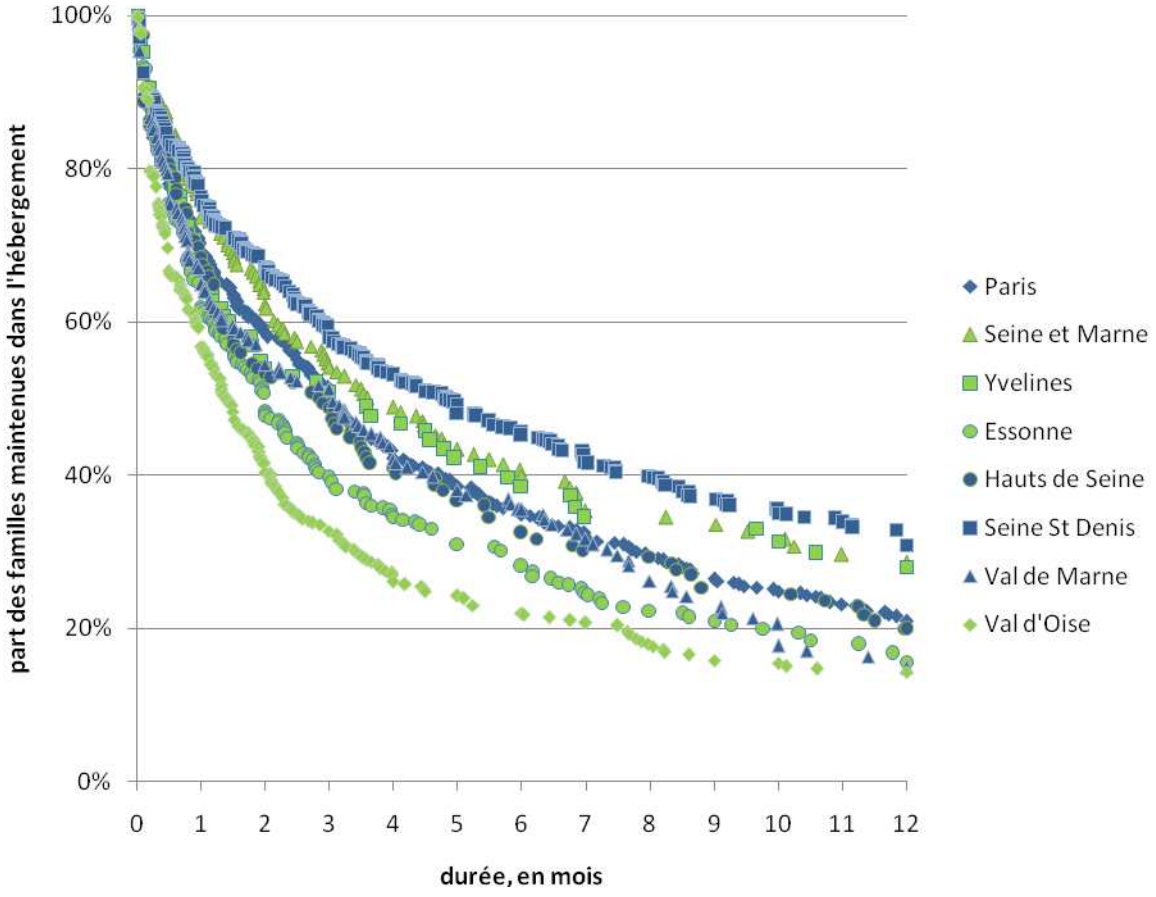
	1er hébergement		Tous rangs d'hébergement	
	Six mois	**Un an**	**Six mois**	**Un an**
Hôtel	27%	16%	32%	20%
CADA	60%	43%	81%	76%
CHRS	72%	68%	55%	30%
CHU	13%	5%	86%	78%

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants
Lecture : 27% des familles dont la première prise en charge a été en hôtel sont encore présentes dans le même hôtel au bout de six mois ; 32% des familles qui entrent dans un hôtel quel que soit le rang de leur hébergement sont encore présentes dans cet hôtel au bout de six mois.

5.2.3.3. Maintien à l'hôtel, selon le département d'accueil

La probabilité de maintien dans l'hébergement varie selon le département où se situe l'hôtel. Ainsi, au bout de six mois d'hébergement dans un hôtel de Seine-Saint-Denis, 45% des familles y sont toujours hébergées alors que ce n'est le cas que de 22% des familles bénéficiant d'un hébergement dans un hôtel du Val d'Oise. Au bout d'un an d'hébergement, plus de quatre familles sur cinq hébergées dans l'Essonne, le Val-de-Marne ou le Val d'Oise ont quitté leur hôtel, alors que près d'un tiers des familles hébergées en Seine-Saint-Denis sont toujours dans le même hôtel. L'Essonne et le Val d'Oise sont les départements d'accueil où le maintien dans l'hébergement est le plus faible, tandis que la Seine-Saint-Denis se démarque légèrement, offrant un hébergement de plus longue durée aux familles qui y sont orientées ; les autres départements de petite couronne (Paris, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) proposent des hébergements comparables en terme de maintien.

Figure 8. Part des familles maintenues à l'hôtel, sans déménagement, selon le département d'accueil et la durée



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 717 familles hébergées au moins une fois à l'hôtel.

Tableau 57. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans l'hôtel au bout de six mois et au bout d'un an, selon le département d'accueil

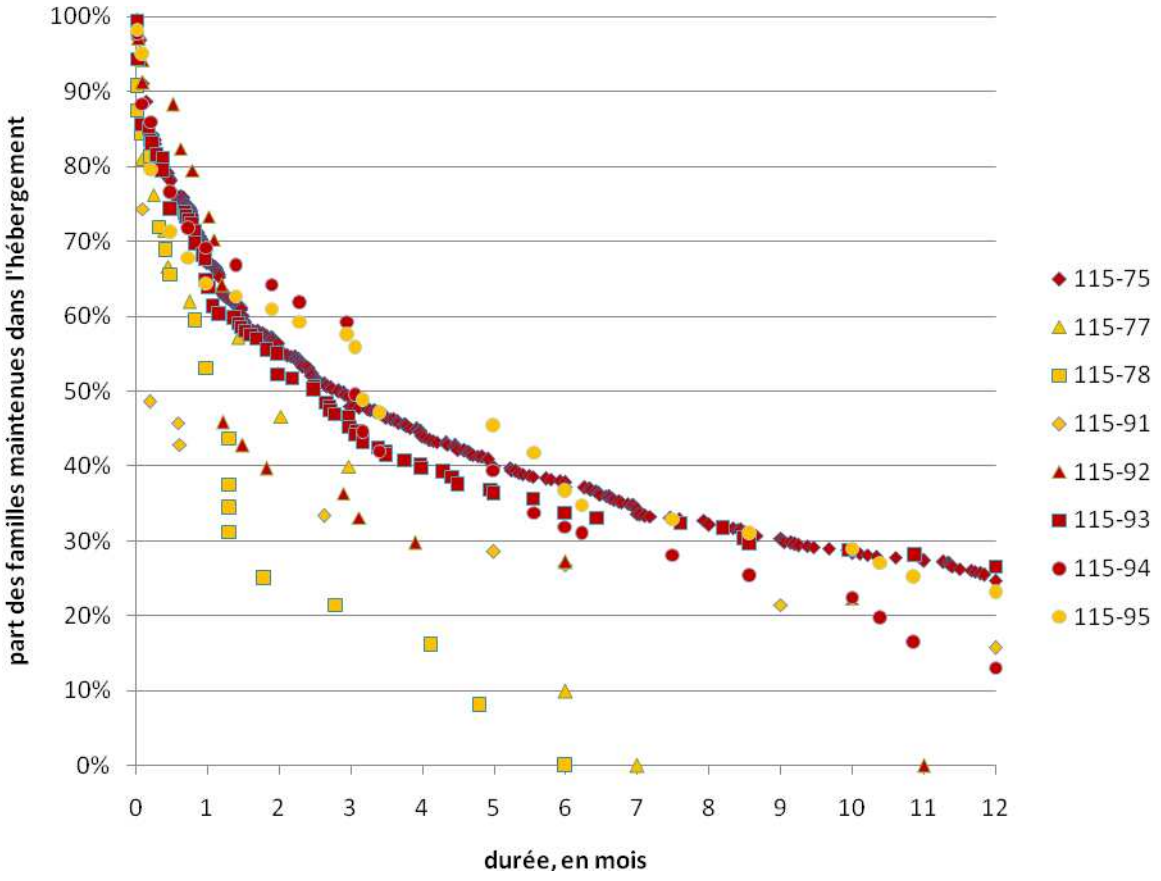
	Six mois	Un an
Paris	35%	21%
Seine-et-Marne	40%	29%
Yvelines	37%	26%
Essonne	28%	16%
Hauts-de-Seine	32%	20%
Seine-St-Denis	45%	31%
Val-de-Marne	35%	15%
Val d'Oise	22%	16%

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 717 familles hébergées au moins une fois à l'hôtel.

5.2.3.4. Maintien à l'hôtel, selon le 115 de prise en charge

Le 115 est le principal pourvoyeur d'hébergement à l'hôtel mais tous les 115 n'offrent pas les mêmes chances de stabilisation dans les hôtels. Ainsi, au bout de six mois d'hébergement dans un hôtel, plus aucune famille ne s'y trouvera si elle est orientée par le 115 des Yvelines alors que plus d'un tiers des familles orientées par le 115 de Paris seront toujours hébergées dans le même hôtel. Au bout d'un an on ne trouve plus non plus de familles orientées par les 115 de Seine-et-Marne et des Hauts-de-Seine, tandis qu'au moins un quart des familles hébergées par le 115 de Paris ou de Seine-Saint-Denis sont maintenues sur le même hôtel.

Figure 9. Part des familles maintenues à l'hôtel, sans déménagement, selon le 115 de prise en charge et la durée



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 542 familles hébergées au moins une fois à l'hôtel par le 115.
NB : précisons que depuis l'enquête l'hébergement des familles prises en charge par le 115-77 est passé sous la gestion du PHRH et que leur courbe de maintien dans l'hébergement, si elle était calculée sur les hébergements actuels, serait plus proche de celles des 115-75 et 115-93.

Tableau 58. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans l'hôtel au bout de six mois et au bout d'un an, selon le 115 de prise en charge

	Six mois	Un an
115-75	37%	25%
115-77	10%	0%
115-78	0%	0%
115-91	27%	16%
115-92	27%	0%
115-93	34%	27%
115-94	32%	13%
115-95	16%	4%

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 542 familles hébergées au moins une fois à l'hôtel par le 115.

Le maintien dans l'hébergement est ainsi variable selon le type de structure, le rang de la prise en charge, le département d'accueil ou encore l'orienteur. A noter cependant que nous n'observons que des événements et pas les motifs de survenue de ces événements. Pourquoi la famille quitte-t-elle la structure ? Est-ce un souhait de sa part ou une obligation ? Quel type d'orientation lui est-il proposé ensuite ? Une structure d'accueil identique ? Une structure lui permettant une meilleure prise en charge ou un meilleur environnement ? Autant de questions qui ne peuvent trouver de réponse ici mais qui permettent de nuancer le classement qui pourrait être fait. Toutefois, nous pouvons faire l'hypothèse raisonnable, à l'appui de l'enquête sur le système d'hébergement hôtelier en Ile-de-France (Le Méner et Oppenchaim, 2012 ; Le Méner, 2013b), d'une forte inégalité des modes de prise en charge entre départements. Alors que certains 115 préconisent et mettent partiellement en œuvre un hébergement limité dans le temps, impliquant que les familles déménagent d'hôtel en hôtel, au motif de finances exsangues et de crainte de créer de l'assistanat, d'autres proposent des séjours à durée indéterminée, mais qui n'excluent pas pour les familles de se sentir à la merci de déménagements imprévisibles.

6. Composition et niveau de vie des familles

Dans cette partie, nous dressons un bref portrait des familles privées de logement, à partir des variables sociodémographiques de base (sexe, âge, diplôme, origine sociale et composition familiale), étant entendu que l'extrême majorité des ménages est née à l'étranger. Un enjeu consiste à comparer le profil des familles sans logement avec des populations proches, selon certains critères en tout cas.

Ainsi, comme nous allons le voir tout d'abord, la moitié des familles est monoparentale, proportion bien plus élevée qu'en population générale. Les parents interrogés sont également plus jeunes qu'en population générale. D'autres traits semblent marquants : en dépit de difficultés fréquentes pour trouver un emploi, la population, peu diplômée par rapport aux Français, est majoritairement active, ce qui n'empêche cependant pas une pauvreté quasiment généralisée.

6.1. Près d'une famille sur deux est composée d'une mère et de ses enfants

Dans 96,1% des cas, le répondant des 801 familles interrogées au cours de l'enquête se trouvait être la mère. Ce chiffre n'est pas un hasard mais bien le résultat d'une consigne donnée aux enquêteurs qui devaient, de préférence, interroger cette dernière[58].

Cependant les femmes sont effectivement plus nombreuses que les hommes parmi les adultes au sein des familles sans logement. Ceci renvoie à la part importante de familles monoparentales dont l'adulte de référence est une femme: 49,0% des familles enquêtées sont monoparentales et dans 98,3% des cas, l'enfant est accompagné de sa mère.

Tableau 59. Situation matrimoniale des familles

	n	%	IC95%	N	IC95%
Familles monoparentales dont le parent est un :	415	49,0	[43,2 ; 54,8]	5 007	[4339 ; 5675]
un homme	7	1,2	[0,4 ; 3,4]	122	[0 ; 250]
une femme	408	47,8	[42,0 ; 53,7]	4 885	[4212 ; 5558]
Familles nucléaires	369	49,0	[43,3 ; 54,7]	5 008	[4263 ; 5752]
NSP/NVPR	15	2,0	[1,1 ; 3,8]	207	[76 ; 338]
Total	799	100		10 222	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.

Selon le lieu d'hébergement, on ne retrouve pas les mêmes proportions de personnes vivant seules ou en couple (p<0,001). Ainsi, une part plus importante de répondants vit en couple en hôtel social, par rapport aux autres structures d'hébergement. De même, la répartition entre les couples et les familles monoparentales varie en fonction de la région d'origine (p<0,001) : si 85,5% des familles originaires de la CEI ou de l'Europe (hors UE) sont en couple, les familles originaires d'Afrique subsaharienne sont monoparentales dans 74,4% des cas. Cette dernière observation pourrait rendre compte d'une féminisation de certaines migrations d'Afrique de l'Ouest vers l'Europe, notamment pour des raisons économiques, bien que les situations puissent nettement différer d'un pays à l'autre de la sous-région (Vause, 2009 ; Vause et Toma, 2013).

[58] Voir rapport méthodologique de l'enquête ENFAMS.

Tableau 60. Situation matrimoniale selon le type d'hébergement et selon l'origine géographique

	Vit en couple		Vit seul(e)		NSP/NVPR		Tot.
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%
Type d'hébergement							
Hôtel	54,7	[47,7 ; 61,6]	43,0	[36,1 ; 50,2]	2,2	[1,1 ; 4,7]	100
CHU	23,4	[9,6 ; 46,8]	76,6	[53,2 ; 90,4]	0,0	[-]	100
CADA	37,8	[30,7 ; 45,5]	56,9	[48,7 ; 64,7]	5,3	[2,2 ; 12,2]	100
CHRS	30,7	[21,2 ; 42,3]	69,3	[57,7 ; 78,8]	0,0	[-]	100
Origine géographique							
Afrique subsaharienne	23,8	[17,8 ; 31,0]	74,4	[67,0 ; 80,7]	1,8	[0,8 ; 4,4]	100
Maghreb	60,3	[43,3 ; 75,2]	38,8	[24,1 ; 55,8]	0,9	[0,1 ; 6,0]	100
Autre Afrique	30,6	[19,2 ; 44,9]	64,1	[49,7 ; 76,3]	5,4	[1,6 ; 16,7]	100
CEI / autre Europe	85,5	[78,9 ; 90,3]	12,3	[7,9 ; 18,6]	2,3	[0,8 ; 6,2]	100
UE	73,6	[59,5 ; 84,1]	26,4	[15,9 ; 40,5]	0,0	[-]	100
Asie / Proche et moyen orient	78,0	[56,8 ; 90,6]	20,9	[8,7 ; 42,1]	1,1	[0,2 ; 6,6]	100
Amérique et Océanie	9,6	[1,7 ; 39,8]	90,4	[60,3 ; 98,3]	0,0	[-]	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.

Si les enquêtes françaises sur les sans-domicile fournissent peu d'appuis pour la comparaison[59], les enquêtes étrangères sur les familles privées de logement apportent quelques éclairages. L'importante revue de littérature de Rog et Buckner (2007) rapporte ainsi qu'aux Etats-Unis, la plupart des familles sans logement sont monoparentales, comprenant une mère à leur tête. La même chose est observée en Angleterre[60] ou encore en Australie (Chamberlain et McKenzie, 2009). Ce résultat doit être souligné, car il témoigne toujours d'un écart important avec la population générale.

Ainsi, les derniers résultats rendus disponibles par l'Insee (recensement de 2010) indiquent qu'en Ile-de-France, 26,2% des familles sont monoparentales. Dans ces familles, l'adulte de référence est la mère dans 83,8% des cas. Comparativement à la population générale francilienne, les familles sans logement sont plus fréquemment monoparentales et composées de femmes seules avec enfant(s).

Or, cette structure familiale est caractéristique des familles pauvres depuis le début des années 1990 (Herpin et Olier, 1996), ainsi que de la pauvreté infantile (CERC, 2004),

[59] Dans l'enquête Sans-domicile 2001, 19% des ménages constituent une famille monoparentale, 9% un couple avec enfants (Brousse, 2006b). Ainsi, environ deux tiers des familles sans logement étaient probablement monoparentales, en 2001.
[60] Voir https://www.gov.uk/government/statistical-data-sets/live-tables-on-homelessness

notamment en Ile-de-France (Chemineau *et al.*, 2012). Il y a donc fort à parier que dans un contexte de pauvreté, d'amenuisement des ressources familiales et de rareté de l'offre de logement abordables, la monoparentalité puisse être l'un des principaux sentiers vers le système d'hébergement. L'arrivée d'un nouvel enfant (Shinn *et al.* 1998) pourrait ainsi précipiter des fins de cohabitation – la littérature anglosaxonne parle d' « épuisement compassionnel » et suspendre l'« avantage sous contrainte » dont bénéficient les femmes pauvres de ne pas devenir sans-domicile (Marpsat, 1999 ; Brousse, 2006a).

Toutefois, il est important de souligner que la *situation* matrimoniale n'est pas toujours liée au *statut* matrimonial. Ainsi, 12,6% des répondants se déclarant mariés ne vivent pas avec leur conjoint ($IC_{95\%}$ [8,2 ; 18,9]) et au total 25,9% des répondants ($IC_{95\%}$ [20,3 ; 32,4]) qui déclarent un conjoint - en étant marié ou non - ne vivent pas avec lui. Ces situations sont variables selon la région d'origine du répondant puisque si ce n'est le cas que de 6,3% des répondants originaires de CEI ou d'Europe hors UE ($IC_{95\%}$ [3,5 ; 11,3]), cela concerne 51,7% ($IC_{95\%}$ [40,4 ; 62,9]) des répondants originaires d'Afrique subsaharienne.

6.2. De jeunes parents

L'âge moyen des répondants s'élève à 32,6 ans, avec une différence selon le sexe. Les hommes (qui ne sont que 36 à répondre) sont âgés en moyenne de 37,5 ans ($IC_{95\%}$ [32.6 ; 42.5]) *versus* 32,4 ans pour les femmes ($IC_{95\%}$ [31.7 ; 33.0]).

Sexes confondus, l'âge du répondant varie de 17 à 57 ans (21 à 53 ans pour les hommes seulement). Un quart des adultes interrogés sont âgés de moins de 28 ans, 50% sont âgés de moins de 32 ans et 25% sont âgés de plus de 37 ans.

L'âge moyen varie de 32,0 ans ($IC_{95\%}$ [30,9 ; 33,0] pour les répondants interrogés en CADA à 33,3 ans ($IC_{95\%}$ [31,2 ; 35,5]) pour ceux interrogés en CHRS, mais aucune différence significative de l'âge n'est notée selon la structure d'hébergement. Aucun lien significatif n'est observé non plus entre le statut matrimonial et l'âge au moment de l'enquête. La seule différence significative sur l'âge des enquêtés concerne l'origine géographique ($p<0,001$) où on note un âge moyen variant de moins de 30 ans pour les adultes enquêtés nés dans un pays de l'UE ou d'Amérique et Océanie, *versus* plus de 36 ans pour les enquêtés nés dans un pays du Maghreb.

Tableau 61. Age de l'adulte enquêté, selon sa région de naissance

	Age moyen	IC95%	Age médian
Amérique et Océanie	29,6	[23,8 ; 35,5]	31
UE	29,8	[28,1 ; 31,5]	30
Afrique subsaharienne	32,0	[30,8 ; 33,2]	31
CEI / autre Europe	32,8	[31,5 ; 34,0]	32
Autre Afrique	33,1	[31,6 ; 34,5]	32
Asie / Proche et moyen orient	34,1	[30,8 ; 37,4]	32
Maghreb	36,4	[34,4 ; 38,3]	38
Ensemble	32,6	[31,9 ; 33,2]	32

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

Notons enfin que les 6% d'enquêtés (n=40) nés en France ou dans les DOM-TOM ont un âge moyen inférieur à l'ensemble des enquêtés nés à l'étranger (28,9 ans, $IC_{95\%}$ [26,7 ; 31,1], *versus* 32,8 ans, $IC_{95\%}$ [32,1 ; 33,5]).

6.3. Des niveaux de diplômes hétérogènes

Dans l'enquête il était demandé au répondant son niveau de diplôme le plus élevé. En l'absence de diplôme, nous lui demandions quelle était la dernière classe qu'il avait suivie.

Plus d'un tiers des adultes interrogés sont sans diplôme et près des deux tiers ont un niveau de diplôme inférieur au bac. Parmi les personnes ne déclarant aucun diplôme, 21,0% déclarent ne jamais être allés à l'école ($IC_{95\%}$ [15,5 ; 27,8]).

Tableau 62. Niveau de diplôme des répondants

	n	%	IC95%
Aucun diplôme	308	37,0	[32,8 ; 41,4]
Primaire/collège	184	27,4	[22,7 ; 32,6]
BAC	164	19,1	[15,8 ; 22,8]
Supérieur	131	15,1	[12,1 ; 18,7]
Autre et nsp	12	1,5	[0,7 ; 3,0]
Total	799	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 308 personnes enquêtées, soit 37% des répondants, n'ont aucun diplôme.

Selon l'Insee (enquête « Emploi » 2012), dans l'ensemble de la France, 13% de la population âgée d'au moins 25 ans dispose d'un diplôme d'études supérieur à bac+2 et 26% détient au mieux le certificat d'études primaires. Une partie des enquêtés d'ENFAMS a un niveau de diplôme proche de celui déclaré pour l'ensemble de la France, mais celui-ci concerne l'ensemble des personnes âgées de 25 ans et plus. Si l'on ne s'intéresse qu'au groupe des 25 à 49 ans : près d'une personne sur cinq a, en France, un diplôme supérieur à bac+2 *versus* seulement 8% dans notre population d'étude.

L'enquête « Trajectoire et origine » (TeO) estime également le niveau de diplôme de la population. Les immigrés sont moins diplômés que l'ensemble de la population métropolitaine, *a fortiori* que la population majoritaire (Beauchemin *et al.*, 2010). Dans l'ensemble, les parents interrogés dans l'enquête ENFAMS paraissent moins diplômés que les immigrés enquêtés dans TeO. On notera en particulier qu'un quart des immigrés n'est pas diplômé (36% dans ENFAMS), tandis que trois sur dix ont un diplôme du supérieur (15% dans ENFAMS).

Si aucun lien n'a été déterminé entre le niveau de diplôme et l'âge du répondant, son sexe, sa structure d'hébergement, sa situation matrimoniale ou son statut administratif, on note un lien significatif (p<0,001) selon son origine géographique, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 63. Niveau de diplôme selon l'origine géographique

	Aucun diplôme	***dont jamais scolarisé***	**Primaire/ collège**	**BAC**	**Supérieur**	**Autre et nsp**	**Tot**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Afrique subsaha-rienne	44,7 [37,1 ; 52,7]	*38,9* *[28,3 ; 50,6]*	30,4 [24,1 ; 37,5]	14,6 [9,9 ; 20,9]	8,4 [5,3 ; 13,0]	2,0 [0,5 ; 6,8]	100
Maghreb	26,7 [14,9 ; 43,1]	*2,3* *[0,3 ; 15,9]*	48,8 [32,3 ; 65,6]	6,5 [3,1 ; 12,9]	16,5 [7,7 ; 32,0]	1,5 [0,4 ; 6,3]	100
Autre Afrique	34,3 [23,4 ; 47,2]	*5,1* *[1,6 ; 14,7]*	18,7 [11,1 ; 29,9]	26,1 [15,8 ; 40,0]	20,9 [12,1 ; 33,5]	0,0 [-]	100
CEI / autre Europe	19,9 [13,8 ; 27,8]	*0,0* *[-]*	14,6 [9,4 ; 22,1]	32,1 [24,1 ; 41,4]	30,7 [23,3 ; 39,2]	2,7 [1,0 ; 6,9]	100
UE	59,2	*15,9*	17,7	14,5	8,6	0,0	100

	Aucun diplôme	***dont jamais scolarisé***	**Primaire/ collège**	**BAC**	**Supérieur**	**Autre et nsp**	**Tot**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
	[46,1 ; 71,2]	*[7,8 ; 29,7]*	[9,7 ; 30,2]	[7,6 ; 25,6]	[2,4 ; 26,8]	[-]	
Asie / Proche et moyen orient	17,4 [8,0 ; 33,8]	*9,7* *[1,4 ; 45,4]*	39,1 [15,6 ; 69,0]	32,2 [13,5 ; 59,0]	9,7 [3,2 ; 25,8]	1,6 [0,3 ; 9,9]	100
Amérique et Océanie	25,2 [6,7 ; 61,0]	*0,0* *[-]*	63,6 [27,3 ; 89,1]	8,6 [1,5 ; 35,9]	0,0 [-]	2,6 [0,4 ; 17,0]	100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 44,7% des personnes interrogées nées en Afrique subsaharienne n'ont aucun diplôme (dont 38,9% n'ont jamais été scolarisés), 30,4% ont un niveau de diplôme correspondant au primaire ou collège, 14,6% ont un diplôme de niveau BAC, etc.

Les enquêtés les plus diplômés sont nés dans un pays de la CEI. Ceux-ci, plus que les autres enquêtés, ont migré pour sauver leur vie (voir *supra*) ; ces résultats indiqueraient une sélection des personnes réussissant à quitter leur pays en cas de menaces ou de conflits (les plus diplômés, les plus favorisés économiquement). Le lien entre niveau de diplôme et motif de migration est par ailleurs significatif uniquement pour les motifs liés aux menaces et les motifs économiques ($p<0,001$ dans les deux cas), les premiers étant plus diplômés que les migrants déclarant un autre motif que des menaces, les seconds étant moins diplômés que les migrants déclarant un autre motif qu'économique.

Les enquêtés les moins diplômés sont originaires d'un pays de l'UE, avec des variations significatives ($p<0,05$) selon le pays.

Comme en population générale (Beauchemin *et al.*, 2010), ces variations pourraient s'expliquer par l'ancienneté variable des migrations, la diversité des modes d'admission et des motifs migratoires, tout en traduisant des différences en matière d'éducation dans les pays d'origine.

6.4. Plus de deux tiers d'actifs parmi les adultes autorisés à travailler

La situation actuelle face à l'emploi était interrogée à travers une question à choix multiples, où le répondant pouvait se retrouver dans plusieurs situations (par exemple en stage mais également sans travail et à la recherche d'un emploi). Seules 9 des 800 personnes ayant

répondu à cette question ont donné deux réponses. Pour simplifier l'analyse, ces réponses multiples ont été recodées pour n'avoir plus qu'une seule réponse possible par répondant[61].

Tableau 64. Situation face à l'emploi

	n	%	IC95%	N	IC95%
Travaille avec ou sans contrat de travail	109	17,8	[13,9 ; 22,4]	1 822	[1361 ; 2283]
Travaille en tant que bénévole	4	0,4	[0,1 ; 1,2]	42	[0 ; 86]
Ne travaille pas et recherche un emploi	220	30,6	[26,4 ; 35,2]	3 137	[2594 ; 3680]
Ne travaille pas et ne recherche pas d'emploi	425	46,8	[42,1 ; 51,6]	4 798	[4252 ; 5344]
Est retraité, retiré des affaires	1	0,0	[0,0 ; 0,3]	5	[0 ; 13]
Est en stage, en formation professionnelle	18	2,1	[1,2 ; 3,8]	215	[86 ; 345]
Est étudiant ou encore scolarisé	7	0,6	[0,3 ; 1,4]	63	[12 ; 114]
Est en congé maternité ou parental de plus de 3 mois	9	1,1	[0,5 ; 2,6]	112	[14 ; 210]
Autre**	7	0,5	[0,2 ; 1,1]	51	[9 ; 92]
	800	100		10 245	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.
* : les « petits boulots » non réguliers (garde ponctuelle d'enfants, aide à un déménagement contre paiement, etc. n'étaient pas comptabilisés dans cette catégorie).
** : 5 des 7 personnes ayant répondu « autre » sont à la recherche d'une formation ou en attente de débuter une formation.

La réponse la plus fréquemment citée est « ne travaille pas et ne recherche pas d'emploi ». Cette modalité est fortement liée au statut administratif ($p<0,001$). En excluant les demandeurs d'asile (qui n'ont le droit de travailler que dans le cadre très restrictif des contrats courts, après avoir obtenu une autorisation provisoire de travail sur présentation d'une promesse d'embauche ou d'un contrat de travail) et les personnes en voie de régularisation (qui n'ont pas non plus accès à l'emploi), la catégorie des personnes ne travaillant pas et ne cherchant pas d'emploi diminue fortement au profit de celles qui travaillent ou qui recherchent un emploi et qui représentent alors 69,0% des réponses ($IC_{95\%}$ [60,9 ; 76,1]).

[61] C'est le statut au jour de l'enquête qui dirige le choix final. Par exemple, une personne déclarant être en congés parental et à la recherche d'une formation sera classée dans congés parental, une personne déclarant être en stage et à la recherche d'un emploi sera classée dans stagiaire.

Tableau 65. Situation face à l'emploi pour les enquêtés autorisés à travailler

	n	%	IC95%	N	IC95%
Travaille avec ou sans contrat de travail*	84	33,9	[26,0 ; 42,8]	1 470	[1025 ; 1916]
Travaille en tant que bénévole	0	0,0	[-]	0	[-]
Ne travaille pas et recherche un emploi	104	35,6	[28,6 ; 43,3]	1 545	[1138 ; 1953]
Ne travaille pas et ne recherche pas d'emploi	64	23,3	[16,5 ; 31,8]	1 011	[606 ; 1415]
Est retraité, retiré des affaires	0	0,0	[-]	0	[-]
Est en stage, en formation professionnelle	13	3,6	[1,8 ; 7,1]	155	[45 ; 265]
Est étudiant ou encore scolarisé	2	0,4	[0,1 ; 1,5]	17	[0 ; 41]
Est en congé maternité ou parental de plus de 3 mois	9	2,6	[1,0 ; 6,2]	112	[14 ; 210]
Autre	4	0,6	[0,2 ; 1,7]	26	[1 ; 52]
	280	100		4 336	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 280 personnes interrogées avec un statut administratif leur permettant de travailler, 280 répondants.
* : les « petits boulots » non réguliers (garde ponctuelle d'enfants, aide à un déménagement contre paiement, etc. n'étaient pas comptabilisés dans cette catégorie).

La situation face à l'emploi, une fois exclues les personnes n'ayant pas le droit de travailler, ne dépend ni de l'âge, ni du sexe, ni du lieu ou type de résidence, ni encore du motif de la migration.

Les personnes ayant répondu qu'elles travaillaient sont en majorité en CDI, ce qui fait apparaître une population de travailleurs pauvres au sein des familles privées de logement.

Tableau 66. Type de contrat des personnes en situation d'emploi

	n	%	IC95%
N'a pas de contrat de travail	21	16,7	[10,0 ; 26,5]
CDI ou autre emploi sans limite de durée	56	51,9	[37,6 ; 65,8]
CDD autre que saisonnier	22	18,5	[10,9 ; 29,7]
Intérim, vacations	5	5,6	[1,4 ; 20,2]
Emploi aidé, emploi jeune, CPE, CNE, contrat emploi solidarité	3	1,6	[0,5 ; 5,5]
Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation	1	0,3	[0,0 ; 2,1]

	n	%	IC95%
Autre*	4	5,0	[1,6 ; 14,6]
NSP	1	0,4	[0,1 ; 2,9]
Total	113	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 113 personnes interrogées travaillant (y compris bénévolement), 113 répondants.
* : contrat temporaire ou de remplacement, autre que CDD.

La durée moyenne de travail hebdomadaire est de 24,5 heures ($IC_{95\%}$ [21,9 ; 27,1]) et s'étend de 3 à 70 heures. La durée médiane est de 24 heures, un quart des enquêtés travaillent moins de 18 heures, un quart travaillent plus de 35 heures.

Parmi les personnes déclarant un conjoint, 42,6% déclarent que ce conjoint travaille ($IC_{95\%}$ [36,7 ; 48,7]), que ce soit en France (38,4%, $IC_{95\%}$ [32,2 ; 45,0]) ou à l'étranger (4,2%, $IC_{95\%}$ [2,2 ; 7,9]). La situation face à l'emploi du conjoint n'est donc pas liée à la situation face à l'emploi de l'enquêté.

6.5. Une population extrêmement démunie

6.5.1. De faibles ressources monétaires

Il était demandé à l'enquêté d'estimer le montant total des ressources dont disposait chaque mois son foyer (comprenant les salaires, allocations, pensions, mais sans compter l'argent reçu éventuellement pour payer l'hébergement – sachant que 28,2% des enquêtés ont déclaré participer au moins partiellement au paiement de leur hébergement ($IC_{95\%}$ [23,3 ; 33,5]).). Le montant moyen des ressources s'élève à 557,8 euros ($IC_{95\%}$ [497,0 ; 618,4]), s'étendant de 0 à 3 840 euros. Un quart des familles déclare bénéficier de moins de 89 euros, la moitié de moins de 375 euros et un quart de plus de 854 euros.

Tableau 67. Revenus par famille

	n	%	IC95%	N	IC95%
Aucun revenu	172	21,9	[18,2 ; 26,1]	2 173	[1767 ; 2579]
Moins de 250	108	16,5	[12,8 ; 20,9]	1 634	[1218 ; 2051]
Entre 250 et 500	185	14,8	[12,2 ; 17,9]	1 471	[1216 ; 1726]
Entre 500 et 1000	182	25,6	[21,2 ; 30,5]	2 536	[1980 ; 3092]
Entre 1000 et 2000	120	19,8	[15,7 ; 24,8]	1 970	[1469 ; 2470]
Entre 2000 et 3000	10	1,4	[0,6 ; 3,2]	136	[20 ; 252]

	n	%	IC95%	N	IC95%
3000 et plus	1	0,0	[0,0 ; 0,3]	5	[0 ; 13]
Total	778	100		9 926	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 778 répondants.

Tous les ménages ne comprennent pas le même nombre de membres. Une manière conventionnelle d'en tenir compte est de rapporter le revenu à l'unité de consommation. Dans ce cadre, le premier adulte d'un ménage compte pour 1 unité de consommation, ensuite chaque personne de 14 ans ou plus compte pour 0,5 unité de consommation et chaque enfant de moins de 14 ans compte pour 0,3 unité de consommation.

Tableau 68. Revenus par unité de consommation

	n	%	IC95%	N	IC95%
Aucun revenu	172	21,9	[18,2 ; 26,1]	2 173	[1767 ; 2579]
Moins de 250	294	32,2	[27,6 ; 37,2]	3 196	[2711 ; 3681]
Entre 250 et 500	145	19,0	[15,2 ; 23,4]	1 881	[1408 ; 2354]
Entre 500 et 1000	145	24,1	[19,8 ; 29,1]	2 396	[1878 ; 2913]
Entre 1000 et 2000	21	2,8	[1,5 ; 5,1]	275	[106 ; 445]
Entre 2000 et 3000	1	0,0	[0,0 ; 0,3]	5	[0 ; 13]
Plus de 3000	0	0,0	[-]	0	[-]
Total	778	100		9 926	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 778 répondants.

Le revenu par unité de consommation s'élève en moyenne à 306,9 euros mensuel par personne ($IC_{95\%}$ [274,5 ; 339,3]), s'étendant de 0 à 2 953,8 euros. Dans un quart des familles, le revenu mensuel par unité de consommation est de moins de 47,6 euros, la moitié de moins de 221,3 euros et un quart de plus de 520 euros/U.C.

A titre de comparaison en France métropolitaine, selon l'enquête « Revenus fiscaux et sociaux » de l'Insee, le niveau de vie médian des personnes vivant dans un ménage de France métropolitaine est de 19 550 euros, soit 1 630 euros/U.C. par mois. Pour l'Ile-de-France le niveau de vie s'élève à 22 152 euros, soit 1 846 euros/U.C. par mois. Ces montants sont à comparer avec le revenu médian par unité de consommation mesuré dans notre enquête, soit

221,3 euros ; autrement dit les familles sans logement en Ile-de-France ont des revenus 8,3 fois inférieurs à ceux de l'ensemble des franciliens.

La pauvreté monétaire, mesurée à partir des revenus disponibles, est généralement établie à 50 ou 60% du revenu (disponible) médian (le premier seuil est donc le plus restrictif). En 2011, le seuil de pauvreté à 50% du revenu médian s'élève en France métropolitaine à 814 euros pour une personne seule, 1 058 euros pour une famille monoparentale avec un enfant de moins de 14 ans[62], 1 465 euros pour un couple avec un enfant de moins de 14 ans, 1 709 pour un couple avec deux enfants de moins de 14 ans (enquête « Revenus fiscaux et sociaux » de l'Insee).

Dans ENFAMS, plus de neuf familles sur 10 sont sous le seuil de pauvreté (93,6%, $IC_{95\%}$ [90,7 ; 95,6]).

Le revenu médian par unité de consommation n'apparaît ni lié à l'âge de l'enquêté, ni au nombre d'enfants vivant avec lui. En revanche plusieurs caractéristiques ressortent de manière significative dans les croisements. Ainsi, le revenu médian est près de dix fois plus élevé pour les personnes françaises ou ayant un titre de séjour que pour celles qui ne sont pas encore régularisées, et trois plus élevé pour les personnes vivant en CHRS que pour celles vivant en hôtel (le statut administratif des personnes en CHRS expliquant cette variation). L'impossibilité d'être employé légalement pourrait expliquer largement que les familles où le répondant n'est pas encore régularisé déclarent moins de ressources que les autres. Les CHRS accueillant significativement plus de Français ou de personnes en possession d'un titre de séjour permanent, il n'est alors pas étonnant que le revenu déclaré des familles y soit plus élevé. De même, le moindre revenu des familles originaires d'Afrique (hors Maghreb) et de CEI pourrait s'expliquer par la surreprésentation de non régularisés et de demandeurs d'asile en leur sein.

En outre, ce revenu est légèrement plus élevé pour les personnes vivant seules avec un ou des enfant(s) que pour celles vivant en couple, ce qui s'explique probablement par le poids d'un adulte supplémentaire pour les ménages sans revenus. Soulignons que cette observation ne préjuge pas d'autres avantages (en matière de temps disponible notamment) que peut avoir un couple avec des enfants, comparé à une famille monoparentale, en situation de grande pauvreté.

[62] 1 adulte + 1 enfant de moins de 14 ans = 1,3 unité de consommation ; 814 *1,3 = 1058.

Enfin, on observe un revenu par unité de consommation près de deux fois plus élevé à Paris que dans n'importe quel autre département d'Ile-de-France. Ce résultat pourrait indiquer la centralité de la capitale par rapport au travail, moins accessible pour les habitants de départements de première ou de deuxième couronne. Si cette hypothèse est probable, il faut également tenir compte de la répartition géographique des enquêtés, qui varie selon leur statut administratif ($p<0,01$). Ainsi, si 30,8% des enquêtés ayant un statut administratif leur permettant de travailler sont hébergés à Paris ($IC_{95\%}$ [22,6 ; 40,5]), ce n'est le cas que de 14,5% de ceux n'ayant pas le droit de travailler ($IC_{95\%}$ [10,1 ; 20,3]). La sur représentation, à Paris, d'enquêtés en situation administrative plus favorable explique donc également un revenu médian par unité de consommation plus élevé dans la capitale.

Tableau 69. Revenu interquartile par unité de consommation (Q1, Q2, Q3), selon le statut administratif, la situation matrimoniale, la structure d'hébergement, le département de résidence et la région de naissance du répondant

	1er Quartile par UC (€)	2ème Quartile (Médiane) par UC (€)	3ème Quartile par UC (€)	*p-value*
Statut administratif				
En voie de régularisation	0,0	59,5	193,5	
«Régularisé»	277,8	508,1	631,6	
Demandeur d'asile	0,0	193,8	250,0	<0,001
Titre de séjour	314,4	526,3	656,7	
Français	406,7	526,3	812,5	
Situation matrimoniale				
Vit en couple	52,1	204,2	447,2	<0,01
Vit seul(e)	19,2	237,5	576,9	
Type d'hébergement				
Hôtel	0,0	166,7	450,0	
CHU	111,1	308,7	576,9	<0,001
CADA	200,0	219,2	237,5	
CHRS	381,0	543,8	666,7	
Département de résidence				
75 - Paris	178,6	485,0	629,6	
77 - Seine-et-Marne	0,0	250,0	534,7	
78 - Yvelines	0,0	0,0	166,7	
91 - Essonne	43,1	230,8	500,0	<0,001
92 - Hauts-de-Seine	0,0	59,5	219,2	
93 - Seine-St-Denis	0,0	153,8	406,7	
94 - Val-de-Marne	93,8	193,8	406,3	
95 - Val d'Oise	52,1	213,3	615,4	
Origine géographique				
Afrique subsaharienne	15,4	227,7	576,9	
Maghreb	96,2	406,3	538,5	
Autre Afrique	76,9	333,3	615,4	
CEI / autre Europe	0,0	69,6	225,0	<0,001
UE	69,4	333,3	555,6	
Asie / Proche et moyen orient	166,7	447,2	629,6	
Amérique et Océanie	166,7	437,5	437,5	

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 801 personnes interrogées, 777 répondants pour le revenu selon la situation administrative ou la vie de couple, 778 selon la structure d'hébergement, le département de résidence ou la région d'origine.

Lecture : un quart des personnes vivant dans un ménage où le répondant est en voie de régularisation n'ont aucun revenu, la moitié a un revenu inférieur à 59,5 euros par unité de consommation, ¼ ont un revenu

supérieur 193,5 euros. Le lien entre le statut administratif et le revenu par unité de consommation est très significatif (p<0,001).

6.5.2. Près de quatre familles sur dix ne touchent aucune prestation sociale

Les personnes enquêtées étaient interrogées sur les aides sociales que leur ménage avait reçues au cours des douze derniers mois. Au total, 38,0% ont déclaré n'avoir reçu aucune aide. Les aides le plus souvent perçues sont des allocations familiales (31,4%), devant un revenu minimum (22,5%). Le tableau suivant détaille les aides reçues, sachant que plusieurs aides peuvent être perçues par une même personne.

Tableau 70. Type d'aide sociale perçue au cours des douze derniers mois (plusieurs réponses possibles)

	n	%	IC95%	N	IC95%
Aucune prestation sociale	291	38,0	[33,3 ; 42,8]	3 902	[3400 ; 4403]
Des allocations familiales, un complément familial, dispositif Paje de la CAF	204	31,4	[26,8 ; 36,5]	3 231	[2626 ; 3837]
RMI / RSA ou le RMA (revenu minimum d'activité)	148	22,5	[18,3 ; 27,2]	2 307	[1766 ; 2849]
Aide aux demandeurs d'asile (allocation temporaire d'attente)	133	9,0	[7,1 ; 11,3]	920	[714 ; 1127]
Aide financière pour les enfants (donnée par assistante sociale)	64	9,0	[6,7 ; 12,0]	927	[636 ; 1217]
Allocation de rentrée scolaire	33	6,2	[4,1 ; 9,3]	642	[373 ; 911]
Allocation chômage	21	5,5	[3,2 ; 9,1]	560	[250 ; 871]
Aide au logement (APL)	16	4,6	[2,5 ; 8,5]	477	[182 ; 772]
Allocation parent isolé (API)	17	3,0	[1,7 ; 5,1]	308	[138 ; 479]
Allocation adulte handicape (AAH) ou COTOREP	5	1,0	[0,3 ; 3,1]	101	[0 ; 217]
Pension alimentaire, pension de veuvage…	6	0,9	[0,4 ; 2,4]	95	[2 ; 188]
Allocation parentale d'éducation	2	0,3	[0,1 ; 1,8]	32	[0 ; 89]
NSP	1	0,2	[0,0 ; 1,1]	16	[0 ; 47]
Allocation d'insertion	1	0,1	[0,0 ; 0,8]	11	[0 ; 33]
Autre aide	84	8,4	[6,1 ; 11,5]	863	[579 ; 1148]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.

En moyenne les familles déclarent avoir reçu 1,0 type d'aide ($IC_{95\%}$ [0,9 ; 1,1]). Ce chiffre passe à 1,6 ($IC_{95\%}$ [1,5 ; 1,7]) lorsqu'on ne considère que les familles ayant perçu au moins une aide.

Si aucune relation n'existe entre le fait de ne toucher aucune aide sociale et l'origine géographique, l'âge, la situation matrimoniale, le département de résidence ou encore le nombre d'enfants vivant avec l'enquêté, une corrélation a été logiquement observée selon le statut administratif (p<0,001) et selon la structure d'hébergement (p<0,001). On remarque ainsi que les personnes dans les situations administratives les plus précaires – non encore régularisées, demandeurs d'asile – sont celles qui bénéficient le moins d'aide. Ce sont ces mêmes catégories de familles qui n'ont pas le droit de travailler.

Tableau 71. Familles n'ayant touché aucune aide sociale au cours des douze derniers mois, selon le statut administratif et le type de structure d'hébergement

	n	%	IC95%	N	IC95%
Statut administratif					
En voie de régularisation	212	64,6	[57,7 ; 70,9]	3 055	[2580 ; 3529]
Demandeur d'asile	37	26,7	[19,2 ; 35,9]	315	[202 ; 428]
«Régularisé»	19	19,8	[11,2 ; 32,5]	227	[106 ; 347]
Titre de séjour	21	12,5	[6,6 ; 22,3]	284	[105 ; 463]
Français	2	2,3	[0,6 ; 8,2]	22	[0 ; 49]
Type d'hébergement					
Hôtel	233	43,9	[38,0 ; 49,9]	3 412	[2946 ; 3879]
CHU	25	34,9	[23,8 ; 48,0]	154	[91 ; 217]
CHRS	21	20,0	[10,1 ; 35,5]	283	[99 ; 468]
CADA	12	8,2	[4,5 ; 14,4]	52	[22 ; 82]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.

Les demandeurs d'asile ne perçoivent pas tous l'ATA (allocation temporaire d'attente), celle-ci étant soumise à condition (être bénéficiaire de la protection temporaire ou subsidiaire, être apatride, ou être titulaire d'une carte de séjour temporaire « vie privée vie familiale » qui est accordée en raison d'une plainte ou d'un témoignage à l'encontre d'une personne poursuivie pour l' « infraction de traite d'être humain ou de proxénétisme »). Pour obtenir l'ATA la famille doit par ailleurs justifier de ressources inférieures au montant du RSA socle

correspondant à la composition de son foyer et être par ailleurs inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi auprès de pôle emploi.

En plus des aides sociales, il était demandé à la famille ayant des enfants scolarisés si elle avait bénéficié, au cours des douze derniers mois, d'une aide financière pour la cantine des enfants. Seules 37,5% des familles ont déclaré avoir perçu ce type d'aide ($IC_{95\%}$ [31,4 ; 43,9]). Le fait de toucher par ailleurs une aide sociale n'a aucun effet sur la probabilité de percevoir une aide pour la cantine. En revanche, la probabilité de toucher une aide pour la cantine est légèrement plus élevée à Paris ou en petite couronne qu'en grande couronne ($p<0,05$) : 39,0% ($IC_{95\%}$ [31,0 ; 47,6]) *versus* 34,1% ($IC_{95\%}$ [26,9 ; 42,2]). On peut ainsi faire l'hypothèse d'une meilleure intégration des familles sans logement dans le système scolaire à Paris qu'en banlieue.

CHAPITRE 2. FECONDITE ET FAMILLES

Si l'enquête portait plus spécifiquement sur l'un des enfants de la famille, tiré au sort et qui faisait l'objet d'un questionnaire spécifique, elle s'intéressait également à l'ensemble des enfants à travers quelques questions (ensemble des grossesses[63] pour les femmes, ensemble des enfants nés vivants pour les hommes).

Dans cette partie, nous nous intéressons tout d'abord au nombre d'enfants des personnes interrogées. Comme nous le verrons, une partie non négligeable des familles ne vit pas avec l'ensemble des enfants des parents interrogés. Nous nous intéressons ensuite à l'âge des parents, puis abordons l'histoire génésique des mères, avant une dernière partie sur la contraception.

1. Nombre d'enfants des hommes et des femmes enquêtés

En moyenne les femmes enquêtées ont déclaré 3,1 grossesses, dont 8,0% déclarant une grossesse en cours ($IC_{95\%}$ [5,1 ; 12,2]), 2,4 enfants nés vivants, 2,3 enfants actuellement vivants, et 1,9 enfants résidant avec elles. Les hommes ont quant à eux déclaré 3,0 enfants nés vivants, 2,9 enfants actuellement vivants, et 2,2 enfants résidant avec eux.

Tableau 72. Nombre d'enfants des enquêtés

	Femmes (n=764)		**Hommes (n=37)**	
	moyenne	**IC95%**	**moyenne**	**IC95%**
Nombre de grossesses	3,1	[2,9 ; 3,2]		
Nombre d'enfants nés vivants	2,4	[2,2 ; 2,5]	3,0	[2,4 ; 3,5]
Nombre d'enfants aujourd'hui vivant	2,3	[2,2 ; 2,4]	2,9	[2,4 ; 3,5]
Nombre d'enfants vivant avec l'enquêté	1,9	[1,8 ; 2,0]	2,2	[1,7 ; 2,8]
Nombre d'enfants ne vivant pas avec l'enquêté	0,5	[0,4 ; 0,5]	0,7	[0,0 ; 1,5]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

[63] Des questions sur une éventuelle grossesse en cours étaient posées à la mère dans un volet du questionnaire concernant sa santé. Le tableau de l'ensemble des grossesses a été corrigé avec l'information sur la grossesse en cours lorsqu'elle n'était pas déclarée au moment de l'histoire génésique.

A titre de comparaison, en France, le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme, selon l'INED, s'élève à 2,0, avec une descendance atteinte à 32 ans (âge moyen des femmes de l'enquête) de 1,4 enfant par femme, soit un enfant de moins que dans notre enquête.

2. Les enfants co-résidents

Jusqu'à présent, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des enfants des parents interrogés. Dans cette partie, nous nous concentrons sur les enfants résidant avec leur(s) parent(s), c'est-à-dire les enfants qui composent la famille pour les pouvoirs publics.

2.1. Des enfants plus nombreux dans les familles nucléaires

Le nombre d'enfants vivant avec l'enquêté s'élève en moyenne à 1,9 ($IC_{95\%}$ [1,8 ; 2,0]) et varie selon la situation matrimoniale ($p<0,001$) : 2,1 enfants pour les enquêtés vivant en couple ($IC_{95\%}$ [2,0 ; 2,3]), *versus* 1,6 pour ceux vivant seuls ($IC_{95\%}$ [1,5 ; 1,7]).

Tableau 73. Nombre d'enfants vivant avec l'enquêté, selon sa situation matrimoniale

	Vit en couple			Vit seul(e)			Ensemble		
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**
1	111	29,8	[23,5 ; 37,0]	237	57,6	[50,1 ; 64,7]	353	43,2	[38,1 ; 48,5]
2	131	39,1	[31,7 ; 46,9]	116	29,6	[23,4 ; 36,6]	255	35,0	[30,0 ; 40,3]
3	84	20,8	[15,0 ; 28,2]	47	10,4	[7,4 ; 14,5]	135	15,6	[12,1 ; 19,9]
4	28	8,0	[4,9 ; 12,6]	12	1,6	[0,8 ; 3,1]	40	4,6	[3,1 ; 7,0]
5	12	1,9	[1,1 ; 3,3]	2	0,7	[0,1 ; 3,1]	14	1,2	[0,7 ; 2,2]
6	1	0,2	[0,0 ; 1,2]	0	0,0	[-]	1	0,1	[0,0 ; 0,6]
7	2	0,4	[0,1 ; 1,4]	0	0,0	[-]	2	0,2	[0,0 ; 0,7]
8	0	0,0	[-]	0	0,0	[-]	0	0,0	[-]
9	0	0,0	[-]	1	0,2	[0,0 ; 1,0]	1	0,1	[0,0 ; 0,5]
Total	369	100		415	100		801	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants, 784 pour la distinction selon la vie de couple.

Par ailleurs, nous nous attendions à rencontrer des familles plus nombreuses dans les hôtels que dans les autres structures d'hébergement, en raison notamment de la présence plus

prononcée de familles demandeuses d'asile – qui compteraient des ménages plus grands que les autres familles, aux dires de certains intervenants sociaux. Toutefois, nous n'avons constaté aucune différence significative du nombre d'enfants selon le type d'hébergement (p=0,5).

2.2. Des enfants (mineurs) de 5,4 ans en moyenne

L'âge moyen des enfants mineurs[64] vivant avec les enquêtés est de 5,4 ans. Un quart des enfants ont moins de 1,9 ans, la moitié ont moins de 4,3 ans et un quart ont plus de 7,9 ans. En France, l'âge moyen des mineurs s'élève à 9,0 ans (d'après le calcul effectué à partir de la répartition par âge en France métropolitaine en 2013 selon l'Insee). Un quart des enfants ont moins de 4,6 ans, la moitié ont moins de 9,0 ans et un quart ont plus de 13,5 ans. Les enfants d'ENFAMS sont donc beaucoup plus jeunes qu'en population générale, ce qui s'explique par la sélection des familles où était présent au moins un enfant de moins de treize ans. Dans les enquêtes étrangères sur les familles sans logement, on observe également que l'âge moyen des enfants co-résidents varie entre 5 et 6 ans.

L'âge moyen des enfants varie selon la structure d'hébergement : 5,3 ans pour les enfants vivant en hôtel, 4,3 ans en CHU, 4,6 ans en CADA et 6,4 ans en CHRS[65].

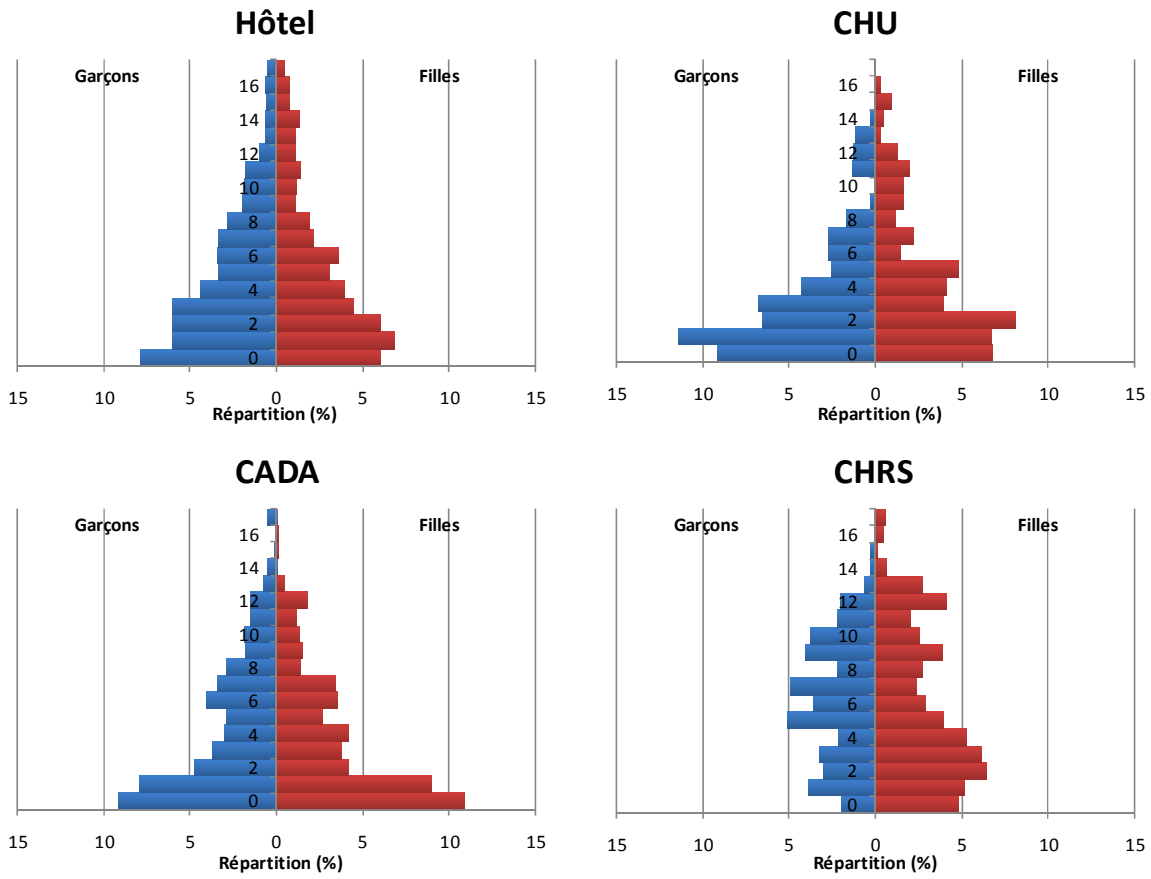
En outre, la répartition des enfants selon leur âge varie fortement d'une structure à l'autre : les CHU et les CADA, dans une moindre mesure les hôtels, accueillent beaucoup plus d'enfants en bas âge que les CHRS, comme l'indique la figure suivante. Cette observation mérite que l'on s'y attarde. En effet, parmi les structures d'hébergement de l'enquête, les CHRS sont les mieux outillés en matière éducative. Dans les hôtels, à l'inverse, aucun service éducatif au sens large – accompagnement pour les devoirs, encadrement pour des activités éducatives ou des jeux – n'est fourni. Une telle offre n'a rien de systématique non plus en CHU ou en CADA.

---

[64] Les enfants majeurs qui vivent avec l'enquêté représentent moins de 2% des enfants vivant dans les familles. Leur âge varie de 18 à 30 ans. Cette faible représentation, ainsi que la variation très étendue de leur âge, nous amène à ne pas les considérer dans les analyses qui vont suivre.

[65] Seule l'année de naissance était questionnée. On ne peut pas calculer un âge en différence de millésime (année d'enquête – année de naissance), sous peine de sous-estimer fortement les enfants de moins de 1 an, l'enquête ayant eu lieu au 1er trimestre 2013. En l'absence de saisonnalité des naissances (Régnier-Loilier et Rohrbasser, 2011) on fait l'hypothèse d'une répartition homogène des naissances tout au long de l'année. Considérant l'âge à la fin du premier trimestre 2013, on attribuera un poids de 0,25 à l'âge correspondant à l'année en différence de millésime -1, et de 0,75 à l'âge correspondant à l'année en différence de millésime. En raison de cette estimation et non du calcul direct, les intervalles de confiance ne peuvent pas être indiqués.

Figure 10. Pyramides des âges des enfants mineurs, selon leur structure d'hébergement



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : Ensemble des enfants mineurs des 801 répondants à l'enquête.

Par ailleurs, l'âge des enfants varie légèrement selon la situation matrimoniale et de manière plus importante selon le continent de naissance du parent enquêté. Les adultes vivant en couple ont des enfants âgés en moyenne de 5,6 ans, *versus* 5,2 ans pour les enfants vivant avec un seul parent. L'âge moyen de ces enfants s'élève à 4,6 ans pour ceux dont le parent enquêté est né en Afrique subsaharienne, 5,4 ans lorsque le parent est né dans un pays du Maghreb, 5,0 ans lorsque le parent est né dans un autre pays d'Afrique, 5,8 ans lorsque le parent est né dans un des pays de l'Union Européenne et 6,9 ans lorsqu'il est né dans un pays de la CEI ou de l'Europe (hors UE)[66].

2.3. Des enfants majoritairement nés en France

[66] Les parents nés en Amérique/Océanie ont des enfants âgés en moyenne de 3,4 ans et ceux nés en Asie ou au Proche et Moyen Orient ont des enfants âgés en moyenne de 4,8 ans mais ils trop peu nombreux pour être représentatifs.

Parmi les enfants habitant avec leur(s) parent(s), 57,3% sont nés en France. Pour ces enfants, l'acquisition de la nationalité française est une possibilité réelle. Pour des parents sans-papiers, la naissance sur le sol français constitue d'un côté une protection contre une possible expulsion. D'un autre côté, un enfant est aussi une charge supplémentaire, qui ne facilite pas nécessairement l'obtention d'un titre de séjour dans l'immédiat. Nous touchons ici à la délicate situation des familles « ni régularisables ni expulsables », pour lesquelles l'hébergement d'urgence tend à constituer, du point de vue de l'Etat, un inévitable mais bien coûteux lieu d'attente (IGAS, 2004).

La part d'enfants nés en France varie selon la situation matrimoniale du parent enquêté ($p<0,05$), selon la structure de résidence ($p<0,05$) et surtout selon le continent de naissance du parent ($p<0,001$) et son statut administratif ($p<0,001$).

Tableau 74. Part d'enfants nés en France, selon les caractéristiques du parent enquêté

	n	%	IC95%
Situation matrimoniale			
Vit en couple	375	53,6	[47,3 ; 59,8]
Vit seul	413	62,9	[57,0 ; 68,5]
Type d'hébergement			
Hôtel	474	56,4	[51,2 ; 61,5]
CHU	104	65,2	[50,5 ; 77,5]
CADA	83	37,1	[31,0 ; 43,7]
CHRS	139	67,9	[52,9 ; 79,9]
Origine géographique			
Afrique subsaharienne	359	72,8	[66,8 ; 78,1]
Maghreb	80	62,1	[44,5 ; 77,1]
Autre Afrique	143	67,5	[58,7 ; 75,2]
CEI / autre Europe	82	22,1	[16,8 ; 28,5]
UE	87	55,8	[44,2 ; 66,7]
Asie / Proche et moyen orient	38	81,3	[65,0 ; 91,1]
Amérique et Océanie	11	53,9	[39,3 ; 67,9]
Statut administratif			
En voie de régularisation	324	53,5	[47,7 ; 59,2]
« Régularisé »	78	61,5	[50,4 ; 71,5]
Demandeur d'asile	91	24,1	[19,2 ; 29,8]
Titre de séjour	233	75,2	[67,4 ; 81,6]

	n	%	IC95%
Français	73	74,1	[52,2 ; 88,2]
Ensemble	800	57,3	[52,8 ; 61,7]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : Ensemble des enfants mineurs vivant avec les 801 répondants à l'enquête.

La moindre part d'enfants nés en France dans les ménages composés des deux parents est probablement à rapprocher de l'âge moyen supérieur des mères dans ces ménages, et du nombre supérieur de naissances passées.

Les différences observées en fonction du type d'hébergement renvoient certainement à des profils migratoires et administratifs différents. Il n'est pas étonnant que les enfants vivant en CADA soient nés moins souvent en France : leurs parents ont, plus que dans les autres établissements, fui un pays où ils avaient fait leur vie (de fait, les parents venant de CEI ont moins d'enfants nés en France que les autres). Pour expliquer que ce soit en CHRS que l'on trouve en moyenne le plus d'enfants nés en France, il convient sans doute de prendre en compte que ces structures accueillent principalement des familles dont les parents sont en situation régulière et en voie d'insertion. Or, on vient de voir que les familles françaises, et dans une moindre mesure étrangère et en situation régulière (hors demandeurs d'asile), avaient plus souvent des enfants nés en France.

Au total, 72,3% des familles ont au moins un enfant né en France. La probabilité d'avoir au moins un enfant né en France ne dépend ni de la structure d'hébergement, ni de la situation matrimoniale. En revanche cette probabilité est liée à l'origine géographique du répondant ($p<0,001$) et à son statut administratif ($p<0,001$). Comme pour l'ensemble des enfants vivant avec leur(s) parent(s), la probabilité d'avoir au moins un enfant né en France est la plus faible parmi les familles originaires de la CEI et parmi les demandeurs d'asile (ces caractéristiques étant par ailleurs liées, comme nous l'avons vu précédemment).

Tableau 75. Part de familles ayant au moins un enfant né en France, selon les caractéristiques des parents

	n	%	IC95%
Origine géographique			
Afrique subsaharienne	231	78,5	[72,3 ; 83,7]
Maghreb	51	69,7	[49,3 ; 84,5]
Autre Afrique	106	85,0	[76,5 ; 90,8]

	n	%	IC95%
CEI / autre Europe	69	41,1	[33,0 ; 49,8]
UE	68	77,7	[67,1 ; 85,6]
Asie / Proche et moyen orient	26	87,3	[73,1 ; 94,5]
Amérique et Océanie	7	83,1	[55,1 ; 95,2]
Statut administratif			
En voie de régularisation	238	67,8	[61,7 ; 73,3]
«Régularisé»	49	78,4	[67,0 ; 86,6]
Demandeur d'asile	84	46,5	[38,1 ; 55,1]
Titre de séjour	132	87,2	[78,3 ; 92,8]
Français	54	83,4	[62,9 ; 93,7]
Ensemble	558	72,3	[67,9 ; 76,3]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : Ensemble des enfants mineurs vivant avec les 801 répondants à l'enquête.

3. Les enfants non co-résidents

3.1. Un quart des parents interrogés ont un enfant ne vivant pas avec eux

Nous nous intéressons dans cette partie aux seuls enfants qui n'habitent pas au moment de l'enquête avec les parents interrogés. L'assistance repose en effet sur une vision étroite de la famille, limitée à l'ensemble des co-résidents. Du point de vue des membres, la famille n'est pas nécessairement limitée aux liens entre seuls co-résidents. Si cette enquête n'a pas vocation à circonscrire précisément les frontières réelles de la famille pour les membres d'un même foyer, explorées dans d'autres volets du projet ENFAMS, elle permet en revanche d'identifier des liens familiaux entretenus à distance, notamment avec des enfants laissés derrière soi au moment d'émigrer.

Ainsi au total, 24,7% des enquêtés ont déclaré avoir au moins un enfant aujourd'hui vivant avec lequel ils ne vivent pas ($IC_{95\%}$ [20,9 ; 28,9]. Cette situation concerne 24,5% des femmes ($IC_{95\%}$ [20,6 ; 28,8]) et 30,3% des hommes ($IC_{95\%}$ [12,0 ; 58,2]). Ces enfants sont en moyenne plus âgés que les enfants co-résidents (14,1 ans, *versus* 5,7 ans pour les enfants qui vivent avec l'enquêté[67]).

[67] En tenant compte de l'ensemble des enfants aujourd'hui vivants, qu'ils résident ou non avec l'enquêté, l'âge moyen est de 7,3 ans.

L'immigration rend compte de l'existence de ces familles transnationales. On sait par exemple grâce à l'enquête MAFE, qu'environ un sixième des enfants sénégalais sont séparés de leur parents en raison de l'émigration en Europe de ces derniers (Gonzales-Ferrer *et al.* 2012).

Dans 81,7% des cas ($IC_{95\%}$ [71,5 ; 88,8]), les enfants qui ne co-résident pas avec l'enquêté ne vivaient pas en France au moment de l'enquête. C'est le cas de 84,8% des enfants des femmes ($IC_{95\%}$ [77,5 ; 90,0]) et de 31,8% des enfants des hommes ($IC_{95\%}$ [5,3 ; 79,4]).

3.2. Des enfants confiés à des membres de la famille ou vivant avec l'autre parent

Lorsque les mères ne co-résident pas avec leurs enfants, ceux-ci sont majoritairement confiés à un autre membre de la famille (57,7%). Quand les pères ne vivent pas avec leurs enfants, ceux-ci vivent dans l'extrême majorité des cas avec leur mère[68], ce qui est concordant avec les résultats d'autres enquêtes menées auprès des sans-domicile en France (Marpsat et Firdion, 2000 ; Laporte *et al.*, 2009). Cependant le nombre d'hommes ayant répondu à l'enquête est très peu élevé et les indicateurs les concernant doivent être pris avec le recul nécessaire[69].

On peut également remarquer la part limitée d'enfants placés, bien moins importante que chez les sans-domicile en général[70], que ce soit pour les enfants ne vivant pas avec leur mère (2,4%), ou ne vivant pas avec leur père (1 observation sur 17).

Tableau 76. Lieu de vie des enfants lorsqu'ils ne résident pas avec leur mère

	n	%	IC95%	N	IC95%
Dans son propre logement	35	9,6	[4,9 ; 18,0]	432	[136 ; 728]
Avec son autre parent (biologique ou d'adoption)	71	20,4	[12,0 ; 32,4]	913	[398 ; 1428]
Avec un ou des autre(s) membre(s) de la famille	228	57,7	[46,4 ; 68,3]	2 586	[1882 ; 3291]
Confié à un(e) ami(e)	19	4,1	[2,2 ; 7,4]	182	[72 ; 291]
Placé dans une institution, un	6	1,5	[0,5 ; 4,8]	68	[0 ; 147]

[68] Au total 37 hommes ont été interrogés, ils se partagent 105 enfants aujourd'hui vivants, parmi lesquels 17 ne vivent pas avec eux. Sur les 17 enfants qui ne résident pas avec l'enquêté, 13 vivent avec leur mère.
[69] Le tableau de répartition des lieux de vie n'est pour cette raison présenté que pour les femmes.
[70] Dans l'enquête SD 2001, 28% des hommes et 32% des femmes interrogés ont été placés durant l'enfance ou l'adolescence – ces valeurs ne concernant que les personnes francophones (utilisatrices des services d'aide) nées en Europe occidentale ou de nationalité française ou arrivées en France avant 17 ans (Firdion, 2006).

	n	%	IC95%	N	IC95%
foyer					
Placé dans une famille d'accueil	4	0,9	[0,2 ; 3,2]	39	[0 ; 89]
Interne dans un établissement scolaire	3	0,4	[0,1 ; 1,4]	16	[0 ; 38]
Autre	11	2,6	[0,9 ; 7,0]	116	[0 ; 236]
Ne veut pas répondre	9	2,3	[0,6 ; 8,3]	102	[0 ; 238]
Ne sait pas	7	0,6	[0,2 ; 1,6]	28	[2 ; 54]
Total	393	100		4 482	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 393 enfants des 215 femmes ayant au moins un enfant aujourd'hui vivant, ne résidant pas avec elles.

La probabilité de ne pas vivre avec tous ses enfants varie selon l'origine géographique de la mère (p<0,001). Les femmes venues d'Afrique, notamment subsaharienne, sont les plus touchées par la non cohabitation avec leurs enfants. Pourtant les migrations de ces femmes sont plus anciennes et 51,9% de leurs enfants nés vivants sont nés en France ($IC_{95\%}$ [46,2 ; 57,6]) alors que ce n'est le cas que de 17,2% des enfants des femmes nées dans un pays de la CEI par exemple ($IC_{95\%}$ [13,0 ; 22,3]) (p<0,001). La pratique du confiage des enfants, très répandue en Afrique et notamment en Afrique de l'Ouest, explique probablement ces différences (Pilon et Vignikin, 2006).

Tableau 77. Probabilité pour les femmes d'avoir au moins un enfant qui vit ailleurs

	n	%	IC95%	N	IC95%
Afrique subsaharienne	116	38,7	[31,5 ; 46,3]	1 343	[1036 ; 1649]
Maghreb	9	10,8	[4,3 ; 24,5]	130	[14 ; 247]
Autre Afrique	54	26,7	[18,4 ; 37,0]	426	[268 ; 585]
CEI / autre Europe	7	4,4	[2,0 ; 9,4]	70	[16 ; 125]
UE	18	23,5	[13,1 ; 38,3]	327	[117 ; 536]
Asie / Proche et moyen orient	7	20,6	[7,5 ; 45,4]	86	[8 ; 164]
Amérique et Océanie	4	18,2	[4,8 ; 49,7]	38	[0 ; 78]
Ensemble	215	24,5	[20,6 ; 28,8]	2 420	[2015 ; 2825]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 764 répondants.

Par ailleurs, la probabilité de ne pas vivre avec tous ses enfants varie également selon la situation matrimoniale de la mère (p<0,001). Ainsi, si 15,4% des femmes vivant en couple ne

vivent pas avec tous leurs enfants ($IC_{95\%}$ [11,1 ; 20,8]), c'est le cas de 34,4% des femmes qui vivent seules ($IC_{95\%}$ [28,5 ; 40,9]).

3.3. Le maintien d'un contact avec les enfants et un soutien matériel non négligeable

Parmi les enquêtées ayant au moins un enfant avec lequel elles ne vivent pas, plus de 9 sur 10 déclarent être en contact, physiquement ou par téléphone avec eux ($IC_{95\%}$ [85,5 ; 94,4]). Lorsqu'elles en ont plusieurs avec lesquels elles ne vivent pas, ces dernières déclarent cependant ne pas systématiquement garder le contact avec tous leurs enfants. Ainsi, elles sont 84,4% ($IC_{95\%}$ [67,6 ; 93,4]) à déclarer avoir des contacts avec tous leurs enfants, 12,3% ($IC_{95\%}$ [4,1 ; 31,4]) à déclarer n'avoir des contacts qu'avec certains, et seulement 3,3% ($IC_{95\%}$ [1,7 ; 6,0]) à déclarer n'avoir aucun contact avec leurs enfants lorsqu'ils ne vivent pas avec elles.

Sur l'ensemble des femmes enquêtées qui ne sont pas nées en France, 23,3% déclarent envoyer de l'argent dans leur pays d'origine ($IC_{95\%}$ [19,4 ; 27,5]). Cette proportion passe à 34,3% lorsqu'elles ont au moins un enfant avec lequel elles ne vivent pas ($IC_{95\%}$ [26,6 ; 42,7] ; $p<0,01$) et à 35,6% lorsqu'elles ont au moins un enfant avec lequel elles ne vivent pas et qui vit à l'étranger ($IC_{95\%}$ [27,6 ; 44,5] ; $p<0,001$). Ce résultat tend à confirmer l'effort important des parents nés à l'étranger et vivant aujourd'hui en France en direction d'enfants restés dans le pays de départ. A titre de comparaison, 14% des immigrés de l'enquête TeO déclarent une aide financière régulière à un ménage hors métropole (Beauchemin *et al.*, 2010) – par ailleurs cette enquête considère d'autres formes de soutiens, y compris matériels, que nous n'avons hélas pas pris en compte. De fait, entretenir le contact avec des membres de sa famille, des enfants notamment, témoigner régulièrement de sollicitude, peut être le comportement attendu vis-à-vis des femmes migrantes, alors que l'envoi d'argent semblerait davantage une obligation concernant les hommes émigrés (Ambrosini, 2008). La variation observée entre les enquêtés de TeO et ceux d'ENFAMS tient notamment au champ d'observation : nous nous intéressons uniquement à des familles qui, comme nous l'avons vu, sont nombreuses à avoir un enfant resté dans leur pays d'origine, tandis que l'enquête TeO interroge des adultes âgés de 18 à 50 ans, avec ou sans enfant.

Tableau 78. Envoi d'argent « au pays » par les femmes qui ne sont pas nées en France

	Ensemble des femmes			Femmes ayant au moins un enfant avec lequel elles ne vivent pas			Femmes ayant au moins un enfant qui vit à l'étranger		
	n	**%**	**IC95 %**	**n**	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**
Oui, tous les mois	63	7,4	[5,3 ; 10,1]	36	14,1	[9,4 ; 20,5]	36	15,6	[10,4 ; 22,7]
Oui, mais pas tous les mois	44	6,9	[4,8 ; 9,8]	17	9,3	[4,9 ; 16,7]	16	10,0	[5,3 ; 18,2]
Oui, mais rarement	59	9,1	[6,4 ; 12,8]	21	11,0	[6,4 ; 18,4]	18	10,0	[5,6 ; 17,2]
Non	553	76,7	[72,4 ; 80,5]	133	65,7	[57,2 ; 73,3]	117	64,4	[55,5 ; 72,4]
Ne sait pas	1	0,0	[0;0 ; 0,1]	0	0		0	0	
Total	720	100		207	100		187	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 723 femmes interrogées non nées en France, 720 répondantes.

4. Le devenir des grossesses

4.1. Un âge à la première grossesse plus précoce qu'en population générale

L'histoire génésique des femmes a été reconstituée à partir des informations du tableau des grossesses, contenant notamment les années et le devenir de chacune d'elles. Pour l'ensemble des grossesses, quelle qu'en soit l'issue, l'âge moyen des femmes interrogées s'élève à 26,4 ans ($IC_{95\%}$ [25,8 ; 27,1]) et l'âge médian à 26 ans. L'âge à la première grossesse a quant à lui été estimé à 23,0 ans en moyenne ($IC_{95\%}$ [22,3 ; 23,6]), et la moitié des femmes ont leur première grossesse avant l'âge de 22 ans (un quart avant l'âge de 19 ans, un quart après l'âge de 26 ans). Aucune différence significative n'a été relevée selon la situation matrimoniale, en revanche l'âge à la première grossesse des femmes varie selon leur région de naissance ($p<0,001$).

Tableau 79. Age à la première grossesse des femmes

	1er quartile	2ème quartile (Médiane)	3ème quartile
Afrique subsaharienne	18	21	25
Maghreb	24	26	34

Autre Afrique	20	24	28
CEI / autre Europe	19	21	25
UE	17	19	22
Asie / Proche et moyen orient	23	26	27
Amérique et Océanie	19	19	27
Ensemble	19	22	26

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 764 répondants
Lecture : un quart des femmes nées en Afrique subsaharienne ont eu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans, la moitié avant l'âge de 21 ans, un quart après l'âge de 25 ans.

L'âge moyen à la première naissance vivante s'élève quant à lui à 23,5 ans ($IC_{95\%}$ [22,9 ; 24,2]) et la moitié des femmes ont eu leur premier enfant né vivant avant l'âge de 23 ans. A titre de comparaison, en 2010, en France, l'âge moyen à la première naissance s'élevait à 28,1 ans (Davie, 2012). On peut ainsi considérer que les mères interrogées dans l'enquête sont de jeunes mamans.

4.2. Des IVG et des IMG plus fréquentes qu'en population générale

Le tableau présenté dans la partie suivante résume l'ensemble des grossesses déclarées, et leur devenir. Au total, 15,4% des femmes interrogées ont connu au moins une interruption volontaire de grossesse. En France métropolitaine, le taux annuel d'IVG en 2011 s'élevait à 1,5% chez les femmes de 15 à 49 ans (Vilain, 2013) et on estime qu'un tiers des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie (Mazuy *et al.*, 2011). Les interruptions médicales de grossesse sont moins fréquentes mais elles concernent tout de même 2,7% des femmes enquêtées. En France, le taux d'IMG en 2011 s'élevait à 9,4 pour 1 000 naissances vivantes (Agence de biomédecine, 2012). En rapportant les IMG aux naissances vivantes survenues entre 1987 à 2012 (période pendant laquelle les femmes de l'enquête déclarent avoir subi des IMG), le taux d'IMG s'élèverait à 19,5 pour 1 000 naissances vivantes soit près de deux fois plus qu'en population générale, ce qui peut paraître important. Les motifs d'arrivée en France des femmes, liés à des difficultés pour se faire aider dans leur pays d'origine pour mettre au monde un enfant, ne transparaissent pas clairement à travers les raisons déclarées dans l'enquête quantitative traitée ici. Ils ressortent lors d'entretiens qualitatifs réalisés parallèlement.

4.3. Une mortalité fœtale, périnatale et infantile élevée

Les fausses couches concernent 22,1% des femmes, leur nombre allant jusqu'à 9 fausses couches déclarées pour l'une des femmes enquêtées. En France, le taux de fausses couches est sensiblement le même que dans l'enquête puisque 15 à 25% des femmes seraient concernées.

Tableau 80. Grossesses des femmes, selon le nombre et l'issue

Rang	Grossesses	Nés vivants	Nés vivants puis décédés	Mort-nés	Fausses couches	Interruption médicale de grossesse	Interruption volontaire de grossesse
0			95,9	97,0	78,0	97,3	84,6
1	15,6	29,9	3,2	2,5	17,3	1,2	7,8
2	28,5	33,1	0,8	0,2	3,6	0,3	5,6
3	23,8	18,9	0,1	0,2	0,8	0,9	1,7
4	13,4	10,9		0,1	0,1	0,2	0,3
5	11,2	5,2			0,1		0,0
6	3,4	1,3			0,1		
7	2,1	0,4				0,1	
8	0,9	0,1					
9	0,2	0,2			0,1		
10	0,5						
11	0,1						
12	0,0						
14	0,1						
17	0,1						
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
n observé	764	764	26	19	145	20	116
N estimé	9 883	9 883	405	292	2179	268	1 521
IC95%	[9106 ; 10658]	[9106 ; 10658]	[185 ; 624]	[122 ; 463]	[1588 ; 2770]	[118 ; 417]	[1150 ; 1892]
% au moins 1	100%	100%	4,1%	3,0%	22,1%	2,7%	15,4%
IC95%			[2,4 ; 6,9]	[1,7 ; 5,2]	[17,3 ; 27,7]	[1,5 ; 4,7]	[12,0 ; 19,5]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 764 répondants.
Lecture : le nombre d'enfants nés vivants et aujourd'hui décédés varie de 0 à 3 par femme. 4,1% des femmes interrogées ont eu au moins un enfant né vivant puis décédé (3,2% en ont eu un, 0,8% en ont eu 2 et 0,1% en ont eu 3). Cela concernait 26 des femmes interrogées, représentant 405 femmes dans l'ensemble de la population concernée par l'enquête.

La part de femmes ayant eu un enfant mort-né s'élève à 3,0%. En France métropolitaine, le taux de mortinatalité s'élève à 9,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2010 (Euro-Peristat, 2013). En rapportant les mort-nés déclarés dans l'enquête aux naissances sur la période déclarée, le taux de mortinatalité pour les femmes de l'enquête s'élèverait à 14,0 pour 1 000.

Le décès d'un enfant né vivant concerne 4,1% des femmes enquêtées[71]. Ce taux est particulièrement élevé par rapport aux naissances survenues en France où l'Insee, à partir des statistiques de l'état civil, estime à 2,4 pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité néonatale (avant 28 jours) et à 3,5 pour 1 000 le taux de mortalité infantile (avant 1 an). Ces taux ne peuvent être comparés avec ceux de l'enquête car seule l'année de naissance était demandée. L'âge au décès n'était pas interrogé.

Les naissances gémellaires sont quant à elles estimées à 38,2 pour 1 000 naissances vivantes ($IC_{95\%}$ [24,0 ; 60,2]), soit deux fois plus qu'en population générale en France où le taux est estimé à 17,4 p.1000 (Europeristat, 2013).

4.4. Une histoire génésique variable selon l'origine géographique

Les grossesses et leur devenir sont résumés dans les deux tableaux ci-dessous qui présentent les indicateurs selon la région de naissance des femmes enquêtées. Si le nombre de grossesses, d'enfants nés vivants et d'enfants aujourd'hui vivants varie très peu selon la région de naissance, on note une variation significative du nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée ($p<0,05$) et du nombre d'enfants ne vivant pas avec l'enquêtée ($p<0,01$) selon l'origine de la mère ($p<0,05$). Ainsi les femmes venues de CEI/autre Europe résident avec plus d'enfants que les autres, tandis que les femmes venues d'un pays d'Afrique subsaharienne ont plus d'enfants qui ne vivent pas avec elles. La question de la cohabitation des enfants sera traitée dans la suite de ce chapitre.

[71] Que l'enfant soit né en France ou à l'étranger.

Tableau 81. Nombre moyen de grossesses et d'enfants des femmes, selon leur région de naissance

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Autre Afrique	CEI / autre Europe	UE	Asie / Proche et moyen orient	Amérique et Océanie
Nombre de grossesses	3,1 [2,9 ; 3,4]	2,8 [2,5 ; 3,2]	3,1 [2,7 ; 3,6]	3,0 [2,7 ; 3,3]	3,3 [2,8 ; 3,9]	2,7 [1,9 ; 3,5]	2,8 [1,9 ; 3,7]
Nombre d'enfants nés vivants	2,5 [2,3 ; 2,7]	2,2 [1,8 ; 2,5]	2,2 [1,9 ; 2,6]	2,4 [2,2 ; 2,7]	2,3 [1,9 ; 2,7]	2,0 [1,4 ; 2,7]	2,4 [1,8 ; 2,9]
Nombre d'enfants aujourd'hui vivants	2,5 [2,2 ; 2,7]	2,2 [1,8 ; 2,5]	2,2 [1,9 ; 2,5]	2,4 [2,1 ; 2,6]	2,2 [1,9 ; 2,5]	2,0 [1,3 ; 2,7]	2,2 [1,9 ; 2,6]
Nombre d'enfants vivant avec l'enquêté	1,7 [1,6 ; 1,9]	1,9 [1,6 ; 2,1]	1,8 [1,6 ; 2,0]	2,3 [2,1 ; 2,5]	1,7 [1,5 ; 2,0]	1,7 [1,1 ; 2,3]	1,9 [1,7 ; 2,2]
Nombre d'enfants ne vivant pas avec l'enquêté	0,7 [0,5 ; 0,9]	0,3 [0,0 ; 0,6]	0,5 [0,2 ; 0,7]	0,1 [0,0 ; 0,1]	0,5 [0,2 ; 0,7]	0,3 [0,0 ; 0,7]	0,3 [0,0 ; 0,6]
rappel n	282	65	140	144	91	30	12

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 764 répondants.

Le risque d'avoir connu un événement génésique spécifique (un enfant vivant puis décédé, un enfant mort-né, une fausse-couche, une interruption volontaire de grossesse ou une interruption médicale de grossesse) varie selon la région de naissance de la femme dans la mesure de la part d'enfants nés vivants et aujourd'hui décédés ($p<0,05$), de fausses-couches ($p<0,05$) et d'IVG ($p<0,05$). Pour les autres indicateurs aucune différence significative n'a été relevée.

Tableau 82. Part de femmes concernées par un événement génésique spécifique, selon leur continent de naissance

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Autre Afrique	CEI / autre Europe	UE	Asie / Proche et moyen orient	Amérique et Océanie
	%	%	%	%	%	%	%
Au moins 1 enfant décédé	3,6 [1,9 ; 6,9]	0,7 [0,1 ; 5,1]	0,6 [0,1 ; 3,8]	5,1 [2,2 ; 11,0]	11,2 [3,4 ; 31,5]	2,2 [0,3 ; 13,6]	7,5 [0,9 ; 41,6]
Au moins 1 enfant mort-né	4,3 [1,9 ; 9,4]	0,0 [-]	4,3 [1,2 ; 14,2]	1,5 [0,4 ; 5,7]	3,6 [0,7 ; 15,7]	0,0 [-]	0,0 [-]
Au moins 1 fausse couche	18,4 [12,5 ; 26,2]	44,5 [27,0 ; 63,5]	15,7 [7,2 ; 30,9]	17,6 [11,7 ; 25,6]	22,5 [13,2 ; 35,8]	19,9 [6,1 ; 48,6]	36,4 [10,7 ; 73,2]
Au moins 1 IVG	13,6 [8,5 ; 21,3]	6,0 [2,2 ; 15,4]	20,8 [13,0 ; 31,5]	11,8 [7,2 ; 18,6]	29,2 [17,8 ; 43,9]	12,2 [3,5 ; 34,5]	0,0 [-]
Au moins 1 IMG	2,6 [1,1 ; 5,9]	0,0 [-]	6,2 [2,5 ; 14,4]	2,5 [0,8 ; 7,5]	2,8 [0,6 ; 11,1]	0,0 [-]	0,0 [-]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 764 répondants.

5. La contraception

5.1. Un recours à la contraception près de 15 fois moins important qu'en population générale

Des questions sur la pratique contraceptive étaient posées aux 764 femmes de l'enquête. Les analyses suivantes concerneront uniquement les femmes qui ne se sont pas déclarées enceintes lors de l'enquête, soit 709 femmes. Parmi elles, quatre n'ont pas répondu aux questions concernant la pratique contraceptive.

Seules 44,5% des femmes interrogées ($IC_{95\%}$ [39,5 ; 49,7]), n'étant pas enceinte, déclarent utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Une étude réalisée en 2013 par Médecins du Monde dans les CASO, auprès de 186 femmes en situation de précarité et âgées de 15 à 54 ans, estimait que seules 23,5% des femmes interrogées utilisaient régulièrement une méthode de contraception (10,6% utilisent une contraception de façon ponctuelle et 65,9% n'utilisent aucune méthode contraceptive). Parmi les non utilisatrices plus d'un tiers (36,6%) étaient enceintes ou souhaitaient avoir un enfant (Médecins du Monde, 2013).

En population générale en France, en 2010, les résultats de l'enquête FECOND indiquent que seules 10,9% des femmes non enceintes et non stériles, âgées de 15 à 49 ans, n'utilisent pas de méthode contraceptive. En ne considérant que les femmes sexuellement actives, le taux passe à 9,8%, puis à 3,1% lorsque l'on réduit au sous-groupe de femmes ne cherchant pas à obtenir une grossesse (Bajos *et al.*, 2012[72]). Cette absence de contraception se retrouvait plus fréquemment chez les femmes ayant des difficultés financières, étant peu ou pas diplômées ou vivant en milieu rural. Dans ENFAMS nous n'avons pas interrogé les femmes sur les raisons de l'absence de contraception (pas de rapports sexuels, souhaitant un enfant…) et nous ne pouvons donc pas comparer ces taux. Cependant si certaines femmes ont un projet d'enfant, ce n'est probablement pas le cas de toutes, d'autant que contrairement aux femmes enquêtées dans FECOND elles ont toutes déjà au moins un enfant, et la question de l'accès à la contraception pour ces femmes peut être posée.

La méthode de contraception la plus fréquemment citée est la pilule contraceptive, suivie des implants et du DIU (Dispositif Intra Utérin). Pour l'ensemble de la France en 2010, la principale méthode de contraception des femmes en âge de procréer est également la pilule (45,0%) mais la seconde méthode est le DIU (20,7%), les implants ne concernant que 2,6% des femmes (Bajos *et al.*, 2012).

Tableau 83. Méthodes contraceptives utilisées par les femmes

	n	%	IC95%
Préservatif	41	13,5	[8,6 ; 20,4]
Pilule	91	32,4	[24,7 ; 41,3]
DIU (stérilet)	70	24,8	[18,8 ; 32,0]

[72] Les valeurs présentées ici sont issues de la publication citée mais également, pour certaines données non publiées, d'échanges avec des membres de l'équipe FECOND.

	n	%	IC95%
Injections	4	1,0	[0,3 ; 3,3]
Implants	88	26,3	[20,4 ; 33,2]
Autre	7	2,0	[0,9 ; 4,3]
Total	301	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 301 femmes non enceintes déclarant utiliser une méthode contraceptive (hors nsp et non réponses), 301 répondants.
NB : une femme déclare utiliser à la fois les préservatifs et la pilule contraceptive, elle a été classée dans les utilisatrices de pilule contraceptive.
NB' : parmi les autres méthodes figurent le patch (1), la stérilisation (3) et les « non précisé » » (3). Aucune femme ne se déclare spontanément ménopausée même si certaines le sont probablement.

5.2. La pratique contraceptive selon la vie matrimoniale et amoureuse

Si 55,0% de l'ensemble des femmes interrogées ($IC_{95\%}$ [49,9 ; 60,0]) déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive, de très fortes variations sont observées dans les sous-groupes. Ainsi, l'absence de contraception concerne plus les femmes vivant seules que celles vivant en couple (67,3% $IC_{95\%}$ [60,5 ; 73,5], *versus* 41,3% $IC_{95\%}$ [33,9 ; 49,1]) ; $p<0,001$). La seule différence observée dans le type de méthode contraceptive utilisée entre les femmes déclarant vivre seules et celles déclarant vivre en couple concerne le préservatif, utilisé par 8,6% des femmes vivant en couple et par 19,2% des femmes vivant seules ($p<0,05$).

Parmi les femmes vivant seules, certaines déclarent avoir un petit ami. Lorsque celui-ci réside en France, on peut considérer que ces dernières sont sexuellement actives[73]. L'absence de contraception les concerneraient dans 44,7% des cas ($IC_{95\%}$ [28,4 ; 62,4]).

Au total, la part de femmes ne déclarant aucune contraception, non enceintes, vivant en couple ou pouvant être considérées comme sexuellement actives s'élève à 41,9% ($IC_{95\%}$ [35,5 ; 48,5]).

5.3. La pratique contraceptive selon l'âge et le nombre d'enfants

Pour la suite des analyses nous nous limiterons aux femmes que l'on considère sexuellement actives (voir *supra*). Leur effectif dans l'enquête s'élève à 416, soit 5 822 femmes dans la

[73] Autrement dit, « ayant une vie sexuelle » et donc à risque de grossesse en cas d'absence de contraception.

population concernée par ENFAMS, dont 371 qui ne sont pas enceintes au moment de l'enquête (N estimé : 5 205 femmes).

La pratique contraceptive varie en fonction de l'âge de la mère (p<0,01). Les groupes extrêmes sont, de manière logique, les moins concernés par la contraception, mais ils ne représentent qu'une part infime de notre population puisque seules 0,5% des femmes interrogées ont plus de 50 ans, cet âge étant l'âge médian à la ménopause (Leridon, 2010).

Tableau 84. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon le groupe d'âge et l'enquête (ENFAMS et FECOND)

	ENFAMS		FECOND (2010)			
			Ensemble des femmes		Femmes ne souhaitant pas être enceintes	
	% de non utilisatrice	IC95%	% de non utilisatrices	IC95%	% de non utilisatrices	IC95%
17- 19 ans	47,9	[12,2 ; 85,8]	9,6	[5,8 ; 15,5]	2,1	[0,9 ; 4,9]
20-24 ans	21,9	[11,1 ; 38,5]	8,0	[5,6 ; 11,5]	2,7	[1,5 ; 5,1]
25-29 ans	42,2	[30,4 ; 54,9]	14,9	[11,6 ; 19,1]	3,3	[1,4 ; 7,6]
30-34 ans	40,5	[29,9 ; 52,0]	14,7	[11,8 ; 18,1]	4,2	[2,7 ; 6,7]
35-39 ans	51,6	[35,3 ; 67,6]	9,2	[7,1 ; 11,8]	2,4	[1,3 ; 4,2]
40-44 ans	43,5	[24,4 ; 64,9]	4,1	[2,7 ; 6,1]	2	[1,1 ; 3,7]
45-49 ans	94,5	[68,8 ; 99,3]	7,9	[5,8 ; 10,5]	5,1	[3,5 ; 7,2]
50-54 ans	100,0	-				
55-59 ans	100,0	-				
Ensemble	41,9	[35,5 ; 48,5]	9,8	[8,7 ; 10,9]	3,1	[2,5 ; 3,9]

Sources : enquête ENFAMS 2013 et enquête FECOND 2010
Champ : ENFAMS : 371 femmes non enceintes considérées comme sexuellement actives, 371 répondants ; FECOND : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels. Dont femmes ne voulant pas être enceinte.
Lecture : 47,9% des femmes âgées de 17 à 19 ans au moment de l'enquête déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive. A titre de comparaison elles ne sont que 9,6% pour l'ensemble de la France métropolitaine et 2,1% dans le sous-groupe à risque de grossesse non prévue (n'utilisant pas de contraception alors qu'elles ont des rapports sexuels, qu'elles ne sont ni stériles, ni enceintes et qu'elles ne cherchent pas à obtenir une grossesse).

La fécondabilité (probabilité de concevoir au cours d'un mois d'exposition au risque sans protection contraceptive) diminue avec l'âge de la femme et on voit dans le tableau que l'un des groupes les plus exposés (20-24 ans) est le groupe le mieux protégé puisque seules 21,9% des femmes sexuellement actives de ce groupe d'âge déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive. Les groupes d'âges encadrant les 20-24 ans sont en revanche particulièrement

soumis au risque puisqu'ils utilisent moins la contraception et sont dans des tranches d'âge où la fécondabilité est élevée.

Si la part de femmes non utilisatrices de contraception semble diminuer avec le nombre d'enfants avec lesquelles elles vivent (47,9% de non utilisatrices parmi les mères de 1 enfant, 33,5% parmi celles de 3 enfants), la tendance s'inverse ensuite et aucun lien significatif n'a pu être mesuré entre le nombre d'enfant vivant avec les femmes enquêtées et leur non-recours à la contraception (p=0,16).

5.4. La pratique contraceptive selon l'origine géographique

Un lien significatif (p<0,01) a été observé entre la région de naissance de la mère et la pratique contraceptive. Celle-ci varie de plus de 50% pour les femmes venues d'Europe ou d'un pays de la CEI, à seulement 17% pour les femmes venues d'Afrique (hors Afrique subsaharienne et pays du Maghreb).

Tableau 85. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon leur continent de naissance

	% de non utilisatrices	IC95%	Distribution de l'ensemble des femmes sexuellement actives	n
Amérique et Océanie*	91,1	[56,6 ; 98,8]	1,1	5
CEI / autre Europe	58,6	[47,1 ; 69,1]	24,2	113
UE	54,8	[39,4 ; 69,3]	21,9	68
Asie / Proche et moyen orient*	38,6	[14,3 ; 70,3]	4,6	19
Maghreb	31,9	[14,3 ; 57,0]	15,6	42
Afrique subsaharienne	27,7	[18,4 : 39,3]	24,3	95
Autre Afrique	17,0	[6,6 ; 37,2]	8,2	31
			100	373

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 371 femmes non enceintes considérées comme sexuellement actives, 371 répondants.
* les effectifs de femmes dans ces deux sous-groupes sont trop peu importants pour être représentatifs.

5.5. La pratique contraceptive selon le département de résidence

Enfin, si aucun lien n'est noté entre le type de structure d'hébergement et la pratique contraceptive, un lien significatif (p<0,01) a été observé entre le département de résidence et

la pratique contraceptive. Si le département au moment de l'enquête n'est pas forcément représentatif des départements où la famille a pu résider, on interroge bien la pratique à une date donnée et non l'histoire de la pratique contraceptive. La variation observée pourrait ainsi être un indicateur d'accès – ou de non accès – aux méthodes contraceptives, mais aucun lien n'est observé si l'on compare Paris et les départements de petite couronne aux départements de grande couronne. C'est à l'échelle infra régionale que se ferait l'accès et certains départements éloignés de Paris pourraient offrir un bon accès aux méthodes contraceptives. En matière de prévention, les interlocuteurs institutionnels sont les gynécologues et, particulièrement pour les populations en situation de pauvreté, les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou les plannings familiaux. Les maillages départementaux des centres de PMI sont de densité très inégale en fonction des départements de petite couronne et de grande couronne. La Seine-Saint-Denis est un département bien couvert par ces établissements (ORS, 2014) mais aussi par les plannings familiaux (IGAS, 2011), contrairement à la Seine-et-Marne. L'absence de significativité entre Paris/petite couronne et la grande couronne peut ainsi paraître surprenante. On peut faire l'hypothèse que la fréquentation du centre de PMI, dans le cadre du recours aux soins des enfants, favorise un accès à l'information des mères en matière de contraception.

Tableau 86. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon le département de résidence au moment de l'enquête

	% de non utilisatrices	IC95%	Distribution de l'ensemble des femmes sexuellement actives
75	44,1	[29,6 ; 59,6]	17,4
77	58,8	[40,7 ; 74,8]	9,6
78	67,1	[45,5 ; 83,3]	4,0
91	19,0	[8,8 ; 36,4]	14,8
92	68,6	[48,1 ; 83,8]	4,0
93	39,2	[30,5 ; 48,6]	27,7
94	42,9	[25,5 ; 62,2]	14,9
95	48,5	[30,1 ; 67,3]	7,6
			100

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 371 femmes non enceinte considérées comme sexuellement actives, 371 répondantes.

5.6. Un choix de méthode variable

Parmi les femmes considérées comme sexuellement actives et utilisant une méthode contraceptive, aucune variation du type de méthode n'a été observée en fonction du département de résidence ou du groupe d'âge de la mère. En revanche le type de méthode utilisé varie selon le lieu de naissance de la mère ($p<0,05$) et selon le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée ($p<0,01$).

Ainsi, la pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée par les femmes nées en Afrique subsaharienne (40,4%, $IC_{95\%}$ [27,1 ; 55,2]), au Maghreb (66,1%, $IC_{95\%}$ [37,5 ; 86,4]) et dans les autres pays d'Afrique (42,6%, $IC_{95\%}$ [19,0 ; 70,1]), le DIU est quant à lui choisi par les femmes nées dans un pays de la CEI ou d'Europe - hors UE (39,3% : $IC_{95\%}$ [22,1 ; 59,6]). Les femmes nées dans un pays de l'UE sont pour leur part plus nombreuses à choisir les implants (47,6%, $IC_{95\%}$ [26,8 ; 69,3]), qui sont également la méthode choisie par plus d'un quart des femmes nées en Afrique (hors pays du Maghreb).

Les femmes ayant 1 ou 2 enfants sont plus nombreuses à utiliser la pilule (37,1%, $IC_{95\%}$ [24,5 ; 51,7]) alors que celles ayant au moins 3 enfants préfèrent utiliser le DIU (36,7%, $IC_{95\%}$ [24,1 ; 51,4]). En population générale en France, la méthode contraceptive évolue également en fonction du nombre d'enfants nés (mais également de l'âge). En début de vie sexuelle, le choix se porte ainsi sur le préservatif, suivi, lorsque la vie sexuelle se régularise, par la pilule. Lorsque les couples ont eu le nombre d'enfants qu'ils désiraient, le stérilet sera la méthode la plus utilisée (40% des femmes ayant deux enfants ou plus utilisent cette méthode) (Bajos *et al.*, 2012).

6. Focus sur l'excision : une femme sur cinq est excisée

L'enquête EXH (Excision et Handicap), réalisée entre 2007 et 2009, estime à 53 000 environ le nombre de femmes adultes excisées résidant en France (Andro *et al.*, 2009). Parmi ces femmes, 11% auraient des filles elles-mêmes excisées. Outre la question même de la mutilation, l'excision pose des problèmes de santé chroniques et expose les femmes à des difficultés quotidiennes dans leur vie sexuelle et affective. Pratiquée essentiellement dans les pays d'Afrique subsaharienne, on la retrouve également dans d'autres pays comme l'Egypte, l'Indonésie ou la Malaisie.

Dans ENFAMS, quelques questions sur l'excision ont été intégrées dans le questionnaire posé aux femmes. La première question portait sur la pratique de l'excision dans le pays

d'origine, et il est intéressant de noter que toutes les femmes ne sont pas forcément au courant des pratiques liées à ces mutilations dans leur pays. Les femmes elles-mêmes touchées par l'excision étaient les mieux à même de répondre à cette question et seules les femmes qui déclaraient que l'excision était pratiquée dans leur pays étaient ensuite interrogées sur leur propre situation.

Au total, 38,0% des femmes interrogées déclarent que l'excision se pratique dans leur pays d'origine ($IC_{95\%}$ [33,7 ; 42,6]) et 52,6% d'entre elles déclarent être elles-mêmes excisées ($IC_{95\%}$ [44,1 ; 61,0])[74], soit au total 19,5% de l'ensemble des femmes enquêtées ($IC_{95\%}$ [15,9 ; 23,5]). Cette pratique toucherait ainsi 1 923 femmes ayant les critères de notre population d'enquête[75]. Les femmes excisées sont nées en Afrique dans 96,2% des cas ($IC_{95\%}$ [91,6 ; 98,4]), principalement au Mali, en Côte d'Ivoire et en Guinée Conakry.

Dans les pays où se pratique l'excision, celle-ci a lieu dans la majorité des cas avant l'âge de 5 ans, mais de fortes variations peuvent être observées, certaines femmes étant excisées, par coutume, juste avant leur mariage (Unicef, 2013).

Dans l'enquête, les femmes ayant été excisées déclarent un âge moyen à l'excision de 4,6 ans ($IC_{95\%}$ [3,7 ; 5,5]) avec de fortes variations, la moitié d'entre elles ayant été excisées avant l'âge de 2 ans et un quart d'entre elles après l'âge de 8 ans. L'âge déclaré varie de moins de 1 an (20,8% des situations, $IC_{95\%}$ [13,5 ; 30,5]) à 22 ans (une seule femme).

Les femmes étaient également interrogées sur la pratique de l'excision concernant leur fille. Trois pour cent des femmes enquêtées ont déclaré avoir au moins une fille excisée ($IC_{95\%}$ [1,8 ; 4,8])[76]. Dans 8 cas sur 10 (sur un total de 35 enfants déclarées excisées) les filles excisées ne résident pas en France et dans seulement 3 des 35 cas déclarés, la fille vit actuellement avec sa mère. Aucune des excisions n'a eu lieu en France[77].

---

[74] Quatre femmes ont par ailleurs déclaré ne pas savoir si elles étaient excisées, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus dans d'autres enquêtes, qui montrent une méconnaissance des femmes pour les questions touchant leur intimité.

[75] Pour rappel : vivant en Ile-de-France en hôtel, CHRS, CHU ou CADA, parlant une des 17 langues de l'enquête et vivant avec au moins un enfant de moins de 13 ans.

[76] Cinq femmes ont déclaré ne pas savoir si leur fille était excisée, les enfants en question ne vivant pas avec elles.

[77] En France, les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (l'article 222-9 du code pénal). Si ces violences ou cette mutilation sont commises sur un-e mineur-e de moins de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, la loi prévoit vingt ans de réclusion criminelle (art. 222.8). La loi s'applique également dans le cas de violences ou de mutilations commises à l'étranger si la victime est de nationalité française ou si elle est étrangère mais qu'elle réside habituellement en France (article 222-16-2 du Code Pénal).

CHAPITRE 3. LES ENFANTS AGES DE SIX A DOUZE ANS : L'ECOLE ET LES SOCIABILITES QUOTIDIENNES A L'EPREUVE DE L'INSTABILITE RESIDENTIELLE

Au cours d'enquêtes qualitatives menées en amont ou en parallèle de cette étude, nous nous sommes intéressés à la vie quotidienne des enfants, en particulier ceux allant à l'école ou au collège et vivant en hôtel. Il nous semblait important de saisir l'expérience des enfants, non seulement à travers le regard de leurs parents ou de leurs enseignants, mais aussi en leur donnant la parole. Un clivage essentiel est apparu, entre la vie à l'hôtel et à l'école (Le Méner *et al.*, 2013). A l'hôtel, nous observions un resserrement des relations et des activités des enfants autour du foyer familial, qui paraissait renvoyer autant à une expérience d'enfermement à l'intérieur de la structure, qu'à une trajectoire résidentielle heurtée. L'école semblait en revanche un lieu central de sociabilités, d'apprentissages et de découvertes, et plus généralement un centre de gravité et un « point fixe » dans l'existence souvent mouvementée des familles (*Ibid.*). Dans le cadre de cette enquête quantitative, nous avons souhaité prolonger et compléter ces premières investigations dans le monde des enfants sans logement.

Rappelons d'abord brièvement, à titre de cadrage, quelques éléments présentés dans la partie méthodologique. Nous nous concentrerons ici sur les seuls enfants âgés de 6 à 12 ans. Nous ne parlerons pas des enfants plus jeunes enquêtés, pour lesquelles l'investigation était plus axée sur la santé et le développement. De plus, nous n'avons pas interrogé d'enfants de plus de treize ans, dont les problématiques sont très différentes de celles des enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire et afin d'éviter de mener des investigations sur de trop petits effectifs.

Dans 235 des 801 familles interrogées, un enfant âgé de 6 à 12 ans a été tiré au sort afin d'être interrogé directement. Pour les analyses présentées ici, nous nous intéresserons principalement à ce sous-échantillon. D'autres familles interrogées avaient un enfant de 6 à 12 ans, mais celui-ci n'a pas été tiré au sort. Sur l'ensemble des 801 familles, 377 comportaient au moins un enfant de ce groupe d'âge, soit 47,8% ($IC_{95\%}$ [42,9 ; 52,8]) de l'ensemble des familles. Nous travaillons ainsi sur un petit nombre d'enfants, d'autant plus que seuls 228

enfants ont été réellement interrogés[78]. Les informations principales renseignées au sujet de ces derniers proviennent d'une part d'un questionnaire d'une vingtaine de minutes adressé au parent, d'autre part d'un questionnaire direct d'une trentaine de minutes administré à l'enfant. L'ensemble des questions porte sur les relations et les activités de l'enfant dans sa structure d'hébergement et son quartier, dans et autour de son école, mais aussi sur ses mobilités, scolaires et extrascolaires. Nous nous servirons également du questionnaire principal pour fournir d'autres éléments de description des enfants, visant à caractériser leurs conditions de vie.

Les enfants sans logement sont en effet avant tout des enfants pauvres. Les études sur la pauvreté infantile demeurent peu fréquentes (CERC, 2004 ; Cazottes, 2013), alors que le sujet paraît de plus en plus préoccuper les politiques publiques, que ce soit au niveau national ou européen (*Ibid.*). De fait, en France, environ un enfant sur cinq vit dans une famille pauvre (Houdré *et al.*, 2013). En Ile-de-France, un enfant sur quatre est concerné (Chemineau et Flamand, 2014). D'après ces études, la proportion d'enfants pauvres a même progressé ces dernières années, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale, en raison de la dégradation des conditions socio-économiques. Le portrait de la pauvreté chez les enfants sans logement est-il conforme à celui des enfants en population générale ? Vivent-ils ainsi davantage dans des ménages monoparentaux, ou nombreux, et dans des habitations surpeuplées ? Leurs parents font-ils également face à d'importantes difficultés d'insertion professionnelle ? Si l'on s'attend à apporter des réponses positives à ces questions, étant donné la description générale de la population d'étude fournie plus haut dans le rapport, pourra-t-on repérer des éléments propres à la situation de pauvreté des enfants sans logement ?

Comment, d'autre part, la pauvreté se fait-elle sentir sur les activités et les relations sociales des enfants ? Implique-t-elle des expériences stigmatisantes, à l'école notamment ? Est-elle associée à une moindre accessibilité à un certain nombre de biens ou de services, dont bénéficient d'ordinaire les enfants ? Les enfants sans logement effectuent-ils par exemple des sorties scolaires, qui sont souvent payantes ? Partent-ils en vacances ? Par ailleurs, peut-on identifier d'autres interactions entre les conditions de vie et les apprentissages à l'école ? Entre les conditions de vie et l'appropriation du quartier ?

[78] Cela explique que certaines liaisons entre variables ne soient pas significatives aux seuils statistiques utilisés dans le reste du rapport. Le lecteur intéressé par ces tendances statistiques (généralement significatives au seuil $p<0,05$), corroborées par les différentes enquêtes qualitatives menées en amont ou en parallèle de cette étude, pourra se reporter à la publication suivante (Guyavarch *et al.*, 2014).

Afin de répondre à ces différentes questions, nous caractériserons dans un premier temps les conditions de vie des enfants : si celles-ci sont marquées dans l'ensemble par un très fort dénuement matériel et des conditions d'habitation très frustres, la vulnérabilité résidentielle est un autre trait caractéristique de l'expérience des enfants et de leurs parents. Nous verrons ensuite comment cette vulnérabilité résidentielle, conjuguée à la pauvreté, structure fortement les pratiques des enfants dans différentes sphères du quotidien : l'hébergement, le quartier de résidence et l'école.

1. Une population d'enfants pauvres, confrontés à une forte mobilité résidentielle

Dans cette partie, nous présentons succinctement les profils sociodémographiques et les conditions matérielles d'existence des enfants. Dans la mesure où les questions et les variables traitées ont été examinées précédemment dans le rapport pour l'ensemble de la population et que la plupart des analyses concernant les enfants de 6 à 12 ans n'en diffèrent pas significativement, nous nous efforcerons d'être synthétiques. Dans un premier temps, nous brossons le profil de la population des enfants de 6 à 12 ans interrogés, à partir de variables sociodémographiques de base : le sexe, l'âge, le pays de naissance, la composition familiale, ou encore la taille de la fratrie. Dans un second temps, nous verrons que les enfants sans logement vivent dans des familles pauvres comme l'on peut s'y attendre. Nous rendrons compte de cette pauvreté selon trois approches complémentaires : d'après les ressources monétaires déclarées, d'après les conditions d'habitation et d'après la mobilité résidentielle. Si ces données n'offrent ainsi guère de surprises par rapport aux analyses présentées plus tôt dans le rapport, elles fournissent néanmoins un arrière-plan nécessaire pour tenter de décrire les effets de ces conditions de vie, marquées par la pauvreté, la promiscuité et l'instabilité résidentielle, sur l'existence des enfants.

1.1. Qui sont les enfants sans logement ?

1.1.1. Des enfants plus souvent nés en France que leurs parents

Il y a autant de garçons que de filles parmi les 235 enfants interrogés. Les enfants les plus jeunes sont les plus représentés : six enfants sur dix ont moins de 9 ans[79]. Ces enfants sont majoritairement nés à l'étranger, mais bien moins que leur parent interrogé comme le montre le tableau suivant :

Tableau 87. Lieu de naissance des enfants et des parents interrogés

	Pour les enfants		Pour les parents	
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**
France	39,4	[30,4; 49,1]	2,6	[1,2 ; 5,6]
Union européenne	15,9	[11,2; 21,9]	10,6	[6,6 ; 16,7]
CEI	23,5	[18,1; 29,8]	25,4	[19,6; 32,2]
Afrique subsaharienne	8,0	[4,7; 13,3]	31,0	[24,9; 38,0]
Maghreb	6,5	[2,6 ; 15,1]	13,4	[7,4; 22,9]
Autre Afrique	5,2	[2,9; 9,1]	14,3	[9,0; 22,0]
Asie	1,4	[0,8; 2,7]	2,1	[1,0; 4,4]
Proche et Moyen Orient	0,1	[0,3; 0,7]	0,2	[0,0; 1,4]
Amérique et Océanie	0,0	0	0,2	[0,0; 1,0]
Autre Europe	0,0	0	0,2	[0,0; 0,9]
Total	100		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 235 enfants interrogés, 229 répondants. 235 parents interrogés, 235 répondants.
Lecture : 23,5% des enfants sont nés dans un pays de la CEI, alors que 25,7% des parents sont dans ce cas.

Un autre aspect intéressant de ce tableau est la faible part d'enfants nés en Afrique, au regard des origines des parents, qui contraste avec l'importance des naissances en France dans les autres pays de l'Union Européenne. Nous pouvons alors observer que dans près de huit cas sur dix, les parents des enfants nés dans un pays de l'Union Européenne ne sont pas d'origine européenne (seulement 2,6% sont nés en France *versus* 39,4% des enfants ; 10,6% des parents sont nés dans un autre pays de l'Union Européenne, *versus* 15,9% des enfants) ; pour les trois quarts, ils viennent d'Afrique.

Plus largement, près d'un enfant sur deux en âge d'être scolarisé (49,6%, $IC_{95\%}$ [40,2 ; 59,0]) est né dans un pays différent de celui du parent interrogé. Cela concerne particulièrement les enfants nés en France, et dans une bien moindre mesure ceux nés dans l'Union Européenne (hors France) ou en Asie.

[79] Plus exactement, 17,4%, 25,4%, 15,8%, 11,2%, 12,8%, 9,9%, 7,5% des enfants ont respectivement 6, 7, 8, 9, 10, 11 ou 12 ans passés.

1.1.2. Des enfants souvent issus de familles monoparentales ou nombreuses

Plus de quatre enfants sur dix vivent avec un parent seulement (43,9%, $IC_{95\%}$ [36,9 ; 51,2]). C'est moins que dans l'ensemble de la population d'étude ($p<0,05$)[80], mais bien plus élevé que ce que l'on observe en population générale en France, où 16,4% des enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille monoparentale (Vivas, 2009). De fait, la monoparentalité, toujours associée à des difficultés à travailler et à se loger (Chardon *et al.*, 2008), est particulièrement répandue chez les enfants pauvres[81]. Selon D. Chemineau *et al.* (2012), alors qu'environ deux enfants sur dix vivent avec un seul parent chez les familles franciliennes allocataires de la CAF, c'est le cas de quatre enfants sur dix dans les familles pauvres.

Les enfants pauvres vivent plus que les autres avec de nombreux frères et sœurs. Ceci est logique : le nombre d'enfants minore, à revenu familial égal, le niveau des ressources par unité de consommation. En Ile-de-France, un quart des familles à bas revenus comprend quatre enfants à charge ou plus, *versus* 14% dans la population entière des familles allocataires (*Ibid.*). Qu'en est-il chez les enfants sans logement ? Nous remarquons tout d'abord que plus de la moitié des fratries compte au moins trois enfants :

Tableau 88. La taille des fratries des enfants de 6 à 12 ans (enfants co-résidents)

	n	%	IC95%	N
Un seul enfant dans la famille	61	14,6	[10,5 ; 19,9]	854
Deux enfants	72	33,0	[25,1 ; 42,0]	1 934
Trois enfants	65	31,3	[25,2 ; 38,2]	1 834
Plus de trois enfants	37	21,1	[13,9 ; 30,5]	1 234
Total	235	100		5 855

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 235 personnes interrogées, 235 répondants

Plus d'un enfant sur cinq vit avec au moins trois frères ou sœurs. Les parents de ces familles nombreuses viennent très souvent de CEI (39,8% des enfants dont les parents sont nés en CEI vivent dans une fratrie d'au moins 4 enfants, $IC_{95\%}$ [26,2 ; 55,2]) et de pays de l'Union

[80] Ce calcul a été effectué sur l'échantillon total des 377 familles comportant au moins un enfant de 6-12 ans, et non pas seulement sur le sous-échantillon des 235 familles dans laquelle un enfant a été interrogé directement. Cette part moins importante de familles monoparentales parmi celles qui ont au moins un enfant âgé de 6 à 12 ans n'est guère étonnante car la structure familiale est fortement liée à l'origine géographique des parents (voir *infra*, partie 2, chapitre 1, sous-partie 6.1 : « Près d'une famille sur deux est composée d'une mère et de ses enfants »). Par exemple les familles originaires de la CEI, nombreuses parmi les familles avec un enfant âgé de 6 à 12 ans, sont significativement plus souvent en couple que les autres.

[81] Avoir des enfants à charge seul plutôt qu'à deux est une contrainte forte pour accéder à l'emploi (beaucoup moins pour des parents fortement diplômés et insérables sur le marché du travail).

Européenne (25,0% des enfants sont dans ce cas, $IC_{95\%}$ [11,8 ; 45,3]). Les fratries nombreuses sont ainsi plus fréquentes chez les familles sans logement avec un enfant âgé de 6 à 12 ans : celles-ci comptent en moyenne 2,4 enfants *versus* 1,4 enfant pour les autres familles sans logement[82].

1.1.3. Des enfants qui vivent principalement en hôtel, à Paris ou en petite couronne

Les enfants résident principalement dans trois départements: la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne et Paris ; en outre, un tiers des enfants vit en grande couronne. Comme l'ensemble des familles, les enfants résident surtout en hôtel. Les hôtels et les CHRS représentent plus de neuf dixième des hébergements fournis :

Tableau 89. Les établissements où vivent les enfants de 6 à 12 ans

	n	%	IC95%	N
Hôtel	149	72,0	[68,2; 75,5]	4 217
CHU	13	2,3	[1,3 ; 4,1]	135
CADA	32	5,4	[4,4; 6,6]	316
CHRS	41	20,3	[17,2 ; 23,7]	1 187
Total	235	100		5 855

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 235 personnes interrogées, 235 répondants

Ces différents établissements sont inégalement dotés en matière de personnels et de professionnels du social ; l'intervention sociale est ainsi généralement quasi-absente des hôtels sociaux, comme nous l'avons déjà dit. En estimant qu'une telle intervention pouvait constituer un filet de protection ou de détection de difficultés dans l'éducation des enfants, nous nous sommes donc demandé si les parents de ces enfants étaient suivis par un travailleur social. Il apparaît que dans un cas sur quatre, les parents des enfants ne sont suivis par aucun professionnel. Cette proportion est, comme dans l'ensemble de la population d'étude, fortement reliée au statut administratif des parents ($p<0,001$)[83].

1.2. La pauvreté des enfants sans logement

[82] Ce calcul a été effectué sur l'échantillon total des 801 familles, et non pas seulement sur le sous-échantillon des 235 familles dans laquelle un enfant a été interrogé directement.
[83] Voir *infra*, partie 2, chapitre 1, sous-partie 4.3 : « Le suivi social des familles ».

Il y a près de dix ans, le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC) publiait un rapport marquant sur la pauvreté des enfants, à l'appui d'une série de travaux novateurs dans le contexte français (CERC, 2004). Si la pauvreté des enfants constitue toujours un thème marginal dans les enquêtes sur la pauvreté ou l'exclusion sociale, elle est tout de même mieux documentée depuis une dizaine d'années (Unicef, 2012). Comme l'établissait déjà le CERC, de façon caractéristique, les parents des enfants pauvres présentent d'importantes difficultés vis-à-vis de l'emploi, renvoyant globalement à de faibles qualifications et se traduisant par la faiblesse des revenus tirés du travail. De fait, le revenu paraît la principale variable retenue pour caractériser la pauvreté infantile. Mais ne peut-on pas prendre en compte d'autres dimensions ou manifestations du phénomène ? Nous essaierons ainsi de caractériser la pauvreté des enfants sous deux autres angles complémentaires, qui renvoient à des traits spécifiques du système d'hébergement : les conditions d'habitation et la mobilité résidentielle.

1.2.1. Une approche monétaire de la pauvreté des enfants

Les enfants âgés de 6 à 12 ans vivent dans des ménages où le revenu moyen déclaré par unité de consommation est de 315 euros. Plus de 9 familles sur 10 (93,0% exactement, $IC_{95\%}$ [87,7; 96,4]) vivraient sous le seuil de pauvreté à 50% du revenu médian, qui est de 814 euros par unité de consommation en 2011.

Les enfants sans logement vivraient donc pour l'extrême majorité dans des familles pauvres, et pour une part importante dans des ménages déclarant des ressources monétaires extrêmement faibles. Plus de deux enfants sur dix âgés de 6 à 12 ans vivent d'ailleurs dans des familles ne déclarant aucune source de revenu mensuel.

La faiblesse de ces ressources renvoie à des difficultés pour travailler. Comme chez les enfants pauvres en Ile-de-France en général (Chemineau et Flamand, 2014), les parents des enfants de l'enquête sont dans une situation professionnelle délicate. Moins de trois parents sur dix interrogés déclarent travailler, avec ou sans contrat de travail (27,0% $IC_{95\%}$ [21,2 ; 33,7]). Cette pauvreté monétaire généralisée, d'autant plus intense que les parents ne travaillent pas, varie sensiblement en fonction de la situation administrative des parents : les enfants de parents en voie de régularisation ou demandeurs d'asile (interdits de travail légal, sauf dans de rares cas) sont plus pauvres que les enfants dont les parents ont un titre de séjour permettant de travailler ($p<0,001$). Notons également que les parents de familles

monoparentales sont plus nombreux (36,6%, $IC_{95\%}$ [25,4; 49,4]) que les autres (17,8%, $IC_{95\%}$ [10,9; 27,8]) à travailler ($p<0,05$). Si 13,0% des parents qui travaillent le font sans contrat, notons néanmoins que plus de la moitié de ceux ayant un contrat sont en CDI (58,3%, $IC_{95\%}$ [38,2; 76]). La plupart sont employés comme agent de nettoyage ou dans la restauration scolaire et travaillent généralement assez peu d'heures par semaine : près d'un quart des parents travaillent 12 heures ou moins par semaine, 57,0% 20 heures ou moins ($IC_{95\%}$ [42,6; 69,8]). Seuls 9,4% ($IC_{95\%}$ [4,0 ; 20,7]) des parents travaillent la nuit (5,7% très régulièrement $IC_{95\%}$ [1,5; 19,2]).

Or, même chez les enfants pauvres, le travail s'avère protecteur : le revenu moyen par unité de consommation est de 543,2 euros parmi les enfants dont au moins un parent travaille ($IC_{95\%}$ [473,7 ; 612,6]), même à temps partiel, *versus* 178,3 euros ($IC_{95\%}$ [138,1 ; 218,6]) pour ceux dont aucun parent ne travaille.

Le rapport du CERC (2004) indiquait également que les transferts sociaux touchés par les parents d'enfants pauvres n'amortissaient que faiblement la pauvreté. Dans notre population d'intérêt, l'élément saillant est que les familles, bien que pauvres, ne touchent que rarement des prestations sociales. Ainsi, 35,9% des parents des enfants âgés de 6 à 12 ans n'ont reçu aucune prestation sociale durant les douze derniers mois ($IC_{95\%}$ [29,3; 43,0]), ce qui est même le cas de 72,0% des parents en voie de régularisation ($IC_{95\%}$ [56,3 ; 83,7]). Le revenu moyen par unité de consommation des familles n'ayant perçu aucune prestation s'élève à 418 euros, *versus* 147 euros pour celles qui sont par ailleurs en voie de régularisation. Plus largement, 58,2% ($IC_{95\%}$ [51,0 ; 65,0]) des parents ne travaillent pas et ne touchent ni RMI/RSA/RMA, ni allocation chômage.

Par ailleurs, des dons complètent les ressources des ménages, notamment de nourriture, de la part d'associations (dans 55,1% des cas $IC_{95\%}$ [47,8 ; 62,3]) ou de particuliers (dans 15,7% des cas $IC_{95\%}$ [10,4 ; 23,0]). Ils signalent des difficultés d'approvisionnement alimentaire, sur lesquelles nous reviendrons dans un chapitre consacré à l'insécurité alimentaire. Ces dons bénéficient davantage aux familles qui ne déclarent aucune ressource tirée du travail, ou aucune allocation. Les dons en argent sont beaucoup plus rares : 18,4% ($IC_{95\%}$ [12,1 ; 27,0]) des familles ont reçu un don monétaire d'un particulier, 3,8% ($IC_{95\%}$ [1,8 ; 6,4]) d'une association. Le fait de recevoir un don monétaire n'est quant à lui associé ni au statut administratif des familles, ni à leur lieu de résidence ou au fait de recevoir ou non des prestations sociales.

La pauvreté monétaire des enfants sans logement âgés de 6 à 12 ans est donc tout à fait criante, et atteint pour une partie importante d'entre eux des niveaux extrêmes. Au regard de la rareté et de la maigreur des allocations et des autres formes de ressources, celles-ci paraissent bien davantage des expédients que des supports suffisants pour survivre. La description des ressources des ménages implique alors de prendre en compte les difficultés considérables des familles pour travailler, associées à une précarité administrative évidente. Un autre trait caractéristique de la pauvreté des enfants sans domicile est par définition l'absence de logement, mais dit autrement, l'occupation d'hébergements, généralement minimalement équipés.

1.2.2. Une approche de la pauvreté des enfants par les conditions d'habitation

Dans cette partie, nous donnons quelques indications des conditions d'habitation des enfants et de leurs parents. Comme les frères et sœurs plus jeunes, les enfants de 6 à 12 ans vivent pour la grande majorité d'entre eux dans des habitations peu confortables. Les principales caractéristiques de ces conditions d'habitation précaires ayant déjà été décrites précédemment, nous nous permettons de renvoyer le lecteur au premier chapitre de cette partie du rapport pour plus de précisions. Nous insisterons plus spécifiquement pour notre part sur le regard que portent les enfants sur leurs conditions d'hébergement.

1.2.2.1. Le surpeuplement touche la très grande majorité des enfants.

Plusieurs définitions du surpeuplement peuvent être utilisées, relatives à la surface ou au nombre de pièces par occupant (Marpsat et groupe SML, 2009). Toutes s'appliquent à l'hébergement hôtelier, qui concerne rappelons-le 72,0% des enfants âgés de 6 à 12 ans. En hôtel social, une ou deux chambres (hors de toute autre pièce) sont fournies à chaque famille, en fonction de la taille du ménage. Une chambre de sept mètres carrés ne peut être utilisée que par une personne au maximum, une chambre de neuf mètres carrés par deux personnes, une chambre de quatorze mètres carrés par trois personnes, et ainsi de suite. Dans les centres collectifs, la situation est semblable. L'hébergement en appartement (qui ne concerne que 17,0% des enfants âgés de 6 à 12 ans $IC_{95\%}$ [12,6 ; 22,5]) est, en revanche, en principe soumis aux normes de peuplement du logement, en termes de pièces par habitant.

1.2.2.2. Un hébergement sans confort

L'hébergement fourni est globalement frustre. Toutefois, des différences sont observables entre les types d'établissement[84]. Signalons par exemple que dans seulement 45,3% des familles ayant un enfant âgé de 6 à 12 ans ($IC_{95\%}$ [38,1 ; 52,7]), tous les frères et sœurs ont chacun leur lit, tandis que plus de trois enfants sur dix dorment avec un de leur parent. Cette absence de lit individuel est très fortement corrélée à la résidence en hôtel social ($p<0,001$). Pour les enfants qui vont à l'école primaire, l'absence de bureau ou de table pour faire ses devoirs est également courante, (43,6%, $IC_{95\%}$ [35,5 ; 52,1]), ce qui, nous le verrons plus loin, n'est pas sans influence sur leurs apprentissages.

1.2.2.3. Ce que les enfants aimeraient changer

Plusieurs questions posées directement aux enfants exploraient leurs souhaits par rapport à leur situation résidentielle actuelle. Ils témoignent d'aspirations qui contrastent nettement avec la situation présente de leur foyer : les enfants aimeraient en priorité avoir « plus de place », une chambre pour eux, et un espace de jeu dans leur habitation.

Concernant le manque de place, celui-ci renvoie notamment à l'espace des devoirs : 68,4% ($IC_{95\%}$ [60,6 ; 75,3]) aimeraient avoir plus d'espace pour faire leurs devoirs, bien que seuls quatre enfants sur dix se déclarent gênés par la présence d'une autre personne, de bruits, ou divers dérangements, au moment de faire leurs devoirs chez eux.

Ces analyses doivent être mises en regard des usages effectifs de l'espace de l'hébergement. Les chambres sont petites et ne permettent pas d'y faire forcément tout ce que l'on souhaiterait, quand on le souhaiterait. De plus, dans la majorité des établissements, en hôtel en particulier, l'espace collectif ne se prête guère à une utilisation ludique. Il est interdit de faire du bruit dans les couloirs, de jouer en général dans les communs, parfois d'aller tout simplement dans les espaces verts qui entourent l'établissement, bien que des tolérances existent ici ou là (Le Méner *et al.*, 2013). Un autre facteur peut limiter l'appropriation de l'espace d'habitation : il s'agit de la mobilité résidentielle induite par le système d'hébergement.

[84] Voir *infra*, partie 2, chapitre 1, sous-partie 4.1.1, « L'équipement de l'hébergement ».

1.2.3. Une approche de la pauvreté des enfants par la mobilité résidentielle

Si une dimension de contrainte est discernable dans la plupart des mobilités résidentielles et n'est pas propre aux ménages les plus vulnérables (Authier, 2010), celle-ci semble particulièrement prononcée chez les familles pauvres – plus du quart de déménagements de familles pauvres franciliennes n'aurait pas lieu par choix (Labrador, 2011). Dans le cas des familles sans logement, l'hébergement a un caractère provisoire. La non-maîtrise de la mobilité résidentielle paraît ainsi tout simplement la règle pour les familles sans logement : alors qu'en moyenne, une personne sur dix déménage chaque année en France (Donzeau et Pan Khé Shon, 2010), le nombre de déménagements par mois des familles sans logement est de 0,3 en moyenne, soit plus de trois déménagements en moyenne chaque année. Ces déménagements sont très déstabilisants pour les familles, car ils entraînent le plus souvent des changements de commune, voire de département, cette mobilité géographique étant particulièrement problématique pour le maintien de la scolarisation et des relations de sociabilité des enfants, comme nous allons le voir dans la partie suivante. En moyenne, les familles sans logement changent ainsi 2,7 fois de commune de résidence chaque année, et 1,7 fois de département de résidence. Cette instabilité résidentielle est très fortement liée au statut administratif des familles, à leur gestionnaire d'hébergement et au type de structure dans laquelle elles sont logées[85]. Mais elle décroît aussi fortement avec l'ancienneté dans le système d'hébergement : les familles déménagent beaucoup la première année, notamment les premiers mois suivant leur entrée dans le système d'hébergement, et de moins en moins ensuite.

Ce lien entre ancienneté dans le système d'hébergement et instabilité résidentielle explique sans doute que les familles sans logement avec un enfant âgé de 6 à 12 ans ont été moins mobiles que les autres durant les douze mois précédant l'enquête[86], bien que leur instabilité résidentielle demeure très marquée :

[85] Voir *infra*, partie 2, chapitre 1, sous-partie 5.2, « Parcours depuis le début de la vie sans domicile ».
[86] Dans l'enquête, les familles où vivent au moins un enfant âgé de 6 à 12 ans sont prises en charge depuis plus longtemps que celles ne comportant aucun enfant de cet âge ($p<0,001$).

Tableau 90. L'instabilité résidentielle des familles durant les douze derniers mois selon la présence d'un enfant âgé de 6 à 12 ans

	Familles avec un enfant âgé de 6 à 12 ans	Familles avec aucun enfant âgé de 6 à 12 ans	*p-value*
La famille n'a pas déménagé	49,8% [42,7 ; 56,8]	31,5% [25,4 ; 38,1]	<0,001
La famille a déménagé une fois	22,7% [16,9 ; 29,6]	21,4% [16,3 ; 27,6]	
La famille a déménagé plus d'une fois	27,6% [22,0 ; 33,9]	47,1% [39,3 ; 55,0]	
Total	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 familles interrogées, 785 répondants.

En effet, les familles avec un enfant âgé de 6 à 12 ans sont sans-logement depuis plus longtemps (42 mois et demi) que les autres familles n'ayant pas d'enfant de cet âge (27 mois)[87]. Un autre élément d'explication de l'instabilité résidentielle relativement moindre de ces familles pourrait résider dans la taille de la fratrie (voir *infra*), car les familles nombreuses sont moins mobiles que les autres. À nombre d'enfants égal, la mobilité durant les douze derniers mois des familles avec un enfant âgé de 6 à 12 ans est ainsi relativement équivalente à celle des autres familles.

2. Le poids de la vulnérabilité résidentielle sur l'appropriation des espaces du quotidien

La pauvreté des enfants sans logement peut donc être traitée sous divers abords. Les analyses présentées témoignent de la faiblesse des ressources matérielles des familles et de conditions d'hébergement dégradées, mais aussi d'une forte vulnérabilité résidentielle touchant plus particulièrement les enfants hébergés en hôtel et ceux dont l'absence de logement est relativement récente. Ces conditions de vie influencent alors fortement les pratiques des enfants dans différentes sphères d'activités quotidiennes : le lieu d'hébergement et ses alentours ; les espaces plus éloignés, impliquant un déplacement hors du quartier ; et enfin l'école. Afin de mettre en évidence la relation entre les pratiques enfantines et la vulnérabilité résidentielle, nous nous appuierons sur l'indicateur du nombre de déménagements au cours

[87] Ce calcul a été effectué sur l'échantillon total des 801 familles, et non pas seulement sur le sous-échantillon des 235 familles dans lesquelles un enfant a été interrogé directement.

des douze derniers mois. Rappelons néanmoins que l'instabilité est particulièrement forte en début de parcours d'hébergement (voir *infra*), période qui correspond souvent à une arrivée récente en France et à un apprentissage des systèmes institutionnels, notamment du système scolaire. L'influence de la vulnérabilité résidentielle sur les pratiques des enfants est ainsi souvent le résultat conjoint du caractère déstabilisant des déménagements et d'une moindre connaissance des dispositifs institutionnels. Nous verrons ainsi que l'arrivée récente en France influence le rapport des enfants à l'école ou à leur hébergement, mais aussi certaines de leurs pratiques extrascolaires, par exemple les départs en vacances.

2.1. Des sociabilités enfantines limitées dans le lieu d'hébergement

Pour les enfants, l'hébergement n'est pas une maison comme une autre. Ils semblent conscients d'y vivre pour une durée limitée, d'y manquer de place et notamment d'espaces pour jouer. A la conception du foyer comme d'un chez soi paraît se substituer l'importance de préserver un « entre nous », peu dépendant du lieu matériel de l'hébergement (Le Méner *et al.*, 2013), mais essentiel face à la mobilité résidentielle (Kirkman *et al.*, 2010). Cependant, les plaintes et les critiques que les parents ou les enfants peuvent formuler à l'égard de leur hébergement ne balisent pas forcément l'éventail réel et la diversité des pratiques quotidiennes qui s'y font jour. Certaines enquêtes ont ainsi montré que l'hébergement, même dans des conditions très modestes, pouvait constituer une parenthèse salutaire dans un parcours résidentiel chaotique, où l'on se fait des amis et où l'on découvre certains plaisirs et un sentiment de sécurité (Barou et Moro, 2003, pour l'expérience d'enfants en CADA ; Mougin, 2009, pour une enquête sur un centre d'hébergement collectif pour familles). Qu'en est-il pour les enfants de notre enquête ? Nous allons voir que les sociabilités et les pratiques des enfants au sein de leur hébergement et dans leur quartier sont souvent différenciées selon le type d'établissement, mais surtout limitées par l'instabilité résidentielle.

2.1.1. Les enfants reçoivent peu de visites chez eux

Une partie des enfants vit en appartement, où les visites extérieures à l'établissement sont autorisées. Dans les CADA et les CHRS, la situation est variable. En revanche, dans les hôtels sociaux, la situation la plus courante à notre connaissance[88] est l'interdiction sauf exception

[88] Dans les résidences hôtelières à vocation sociale, le régime est différent : le règlement autorise les habitants à recevoir, sous certaines conditions, entre autres d'horaires.

de toute visite. Si près de huit enfants sur dix déclarent n'avoir reçu aucune visite de camarades extérieurs à la structure dans les douze derniers mois, il n'est pas étonnant que cette proportion soit significativement plus importante (85,9%) pour les enfants vivant en hôtel (p<0,001).

Tableau 91. Proportion d'enfants ayant reçu une visite d'enfants extérieurs à leur structure durant les douze derniers mois, selon le type d'hébergement

	Hôtel **%**	**CHU** **%**	**CADA** **%**	**CHRS** **%**	***p-value***
L'enfant a reçu une visite	14,1 [9,1; 21,1]	35,9 [8,9; 76,2]	34,5 [24,9; 45,7]	41,8 [27,5; 57,5]	<0,001
L'enfant n'a pas reçu de visites	85,9 [78,8; 90,8]	64,1 [23,8; 91,1]	65,5 [54,3; 75,1]	58,3 [42,5; 72,5]	
Total	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 235 personnes interrogées sur les pratiques de leurs enfants, 226 répondants.

La rareté des visites extérieures signifie-t-elle un report sur des relations à l'intérieur de l'établissement, les habitants pouvant en effet recevoir des voisins dans leur chambre ?

2.1.2. La chambre est rarement un espace de jeu avec des copains

D'après les parents interrogés, seulement 38,8% ($IC_{95\%}$ [30,5 ; 47,9]) des enfants se sont amusés dans leur chambre avec d'autres enfants de la structure, au cours du mois précédent l'enquête. Les enfants qui vivent en CADA sont significativement plus nombreux que les autres (59,8%, $IC_{95\%}$ [46,0 ; 72,1]) à jouer avec des pairs (p<0,01). Par contraste, c'est en hôtel et en CHU que l'on compte la part la plus importante d'enfants ne jouant jamais avec d'autres enfants dans leur chambre : seul un tiers d'entre eux a joué dans sa chambre avec d'autres enfants. Quant aux enfants de CHRS, ils sont 45,7% ($IC_{95\%}$ [21,6 ; 71,9]) dans ce cas.

Ces contrastes pourraient refléter l'importance de l'intervention sociale voire éducative au sein des CADA et CHRS, favorisant les relations entre pairs, intervention sociale absente au quotidien des hôtels sociaux. A l'inverse, dans ces derniers établissements, les enfants font d'ordinaire l'expérience d'un enfermement, relatif aux nombreuses règles et interdictions qui régulent leurs usages aussi bien des parties collectives que des chambres (Le Méner *et al.*, 2013). De fait, pour les enfants vivant en hôtel, l'hébergement n'est que rarement un endroit où l'on voit ses copains, qu'ils vivent ou non sur place : seuls 23,0% de ces enfants disent y

recevoir des copains (*versus* 56,2% et 44,7% pour les enfants vivant respectivement en CADA en CHRS) :

Tableau 92. Proportion d'enfants ayant reçu des copains chez eux au cours du dernier mois, selon le type d'hébergement

	Hôtel %	CHU %	CADA %	CHRS %	*p-value*
L'enfant a reçu des copains	23,0 [15,5; 32,9]	7,8 [1,9; 27,5]	56,2 [43,4; 68,2]	44,7 [34,6; 55,1]	<0,001
L'enfant n'a pas reçu de copains	77,0 [67,1; 84,5]	92,2 [72,5; 98,1]	43,8 [31,8; 56,6]	55,3 [44,9; 65,3]	
Total	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 229 enfants interrogés, 203 répondants.

Mais la mobilité résidentielle contribue également à limiter la réception d'amis ou de voisins dans les chambres (alors qu'il n'y a, à l'inverse, aucune liaison significative avec l'ancienneté dans le système d'hébergement ou la date d'arrivée en France). Les enfants ayant déménagé dans l'année reçoivent ainsi significativement moins de visites de copains dans leur chambre ($p<0,05$) : d'après les parents, 47,4% ($IC_{95\%}$ [35,7 ; 59,3]) des enfants n'ayant pas déménagé au cours de l'année écoulée jouent avec d'autres enfants dans leur chambre ; ils ne sont que trois sur dix (31,1%, $IC_{95\%}$ [21,8 ; 42,3]) parmi ceux qui ont déménagé. En outre, parmi les enfants vivant en hôtel, seule la moitié des enfants ayant déménagé au cours de l'année passée disent avoir des copains dans l'hôtel où ils vivent, *versus* 69,8% ($IC_{95\%}$ [57,0 ; 80,0]) chez les enfants n'ayant pas changé d'établissement ($p<0,05$). D'ailleurs, dans les hôtels, les enfants jouent assez peu dans les chambres de leurs voisins : moins d'un tiers déclarent jouer dans les chambres des voisins ($IC_{95\%}$ [23,3 ; 42,0]), même si la liaison avec l'instabilité résidentielle n'est ici pas significative.

De plus, les amitiés résistent mal aux déménagements : seul un quart des enfants ($IC_{95\%}$ [17,0 ; 37,3]) revoient des copains qui vivaient auparavant dans le même établissement et qui ont déménagé. Cette possibilité de garder le contact dépend très fortement du lieu d'hébergement des enfants ($p<0,001$) : aucun enfant en CHU et 18,0% des enfants en hôtel ($IC_{95\%}$ [8,8 ; 33,7]) revoient encore des copains ayant déménagé, *versus* 49,0% des enfants en CADA ($IC_{95\%}$ [32,0 ; 67,8]) et 73,8% en CHRS ($IC_{95\%}$ [56,5 ; 85,9]). Deux hypothèses peuvent être avancées même si nous ne pouvons les confirmer car la liaison entre

stabilité résidentielle et retrouvailles d'anciens camarades n'est pas significative aux seuils utilisés dans le rapport (p=0,1) : la plus grande stabilité résidentielle des enfants dans ces structures a permis de nouer des liens plus durables entre camarades, et elle facilite également le maintien de contacts avec des camardes ayant déménagé ; les enfants en CHRS et en CADA disposent de plus de facilités pour accueillir chez eux leurs anciens camarades, alors même que ces derniers ont sans doute plus de chance d'avoir déménagé vers un hébergement stable que les enfants résidant en CHU ou en hôtel.

L'influence du type d'hébergement et de l'instabilité résidentielle se retrouve dans l'analyse d'autres moments de sociabilité, comme les anniversaires. Si c'est en CHRS que les enfants fêtent le plus souvent leur anniversaire à l'intérieur de la structure d'hébergement (53,9%, $IC_{95\%}$ [33,7 ; 72,9]), plus on change de lieu de résidence, moins on fête l'anniversaire de l'enfant (p<0,05) : 51,5% ($IC_{95\%}$ [41,5 ; 61,3]) des enfants n'ayant pas déménagé dans l'année ont fêté leur anniversaire dans l'établissement, 36,5% ($IC_{95\%}$ [20,0 ; 56,9]) parmi ceux qui ont déménagé une fois, 27,9% ($IC_{95\%}$ [16,8 ; 42,5]) parmi les enfants qui ont déménagé plus d'une fois.

2.1.3. Peu de relations avec les autres adultes présents dans la structure pour les enfants les plus instables

En ce qui concerne les relations entre les enfants et les adultes de l'établissement, nous n'observons pas de différence selon le type d'hébergement ; l'instabilité résidentielle demeure en revanche prépondérante. Les enfants les plus instables déclarent davantage que les autres ne pas connaître les adultes de la structure, qu'il s'agisse du personnel ou d'autres hébergés. Les plus stables ont pour leur part plus tendance que les autres enfants à apprécier l'ensemble du personnel de l'établissement.

Tableau 93. Perception du personnel de la structure, selon l'instabilité résidentielle durant les douze derniers mois

	N'a pas déménagé	**A déménagé**	***p-value***
	%	**%**	
Apprécie l'ensemble du personnel	45,2 [33,9; 57,1]	24,8 [15,5; 37,3]	
Apprécie une partie du personnel	27,2 [20; 35,8]	33,3 [23,1; 45,3]	<0,05
N'apprécie pas le personnel	20,0	17,2	

	N'a pas déménagé %	A déménagé %	*p-value*
	[12,2 ; 31,0]	[9,5; 29,0]	
Ne connaît pas le personnel	7,5 [3,4; 15,7]	24,7 [12,9; 42,1]	
Total	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 228 enfants interrogés, 192 répondants.

Au final, les sociabilités et les relations sociales des enfants sans logement paraissent tout à fait limitées, à l'intérieur de leur hébergement. Néanmoins, il convient de nuancer cette analyse, en fonction du type d'hébergement occupé et de la mobilité résidentielle des enfants. L'hébergement en CHRS et CADA, c'est-à-dire dans des centres globalement mieux équipés et encadrés que les autres, paraît plus hospitalier qu'en hôtel, *a fortiori* qu'en CHU, où les familles ne font que passer. Le sentiment d'enfermement ressenti par les enfants vivant en hôtel rendrait ainsi bien compte du fait que trois enfants sur quatre en hôtel souhaitent en déménager. Mais l'instabilité résidentielle semble encore avoir une influence sur ces souhaits : les enfants les plus instables, sauf lorsqu'ils résident en CHRS, souhaitent moins déménager que les autres, alors même qu'ils sont aussi nombreux à déclarer ne pas aimer du tout l'endroit où ils résident. Ainsi, 80,5% ($IC_{95\%}$ [69,4 ; 88,2]) des enfants vivant en hôtel, CHU et CADA n'ayant pas déménagé dans l'année aimeraient habiter dans un autre endroit *versus* 67,4% ($IC_{95\%}$ [53,7 ; 78,5]) des enfants ayant déjà déménagé au cours des douze derniers mois ($p<0,05$). Ces derniers sont pourtant près d'un quart (23,8%, $IC_{95\%}$ [15,0 ; 35,5]) à ne pas aimer du tout leur lieu d'hébergement, proportion équivalente à celle des enfants n'ayant pas déménagé. N'oublions cependant pas que l'instabilité résidentielle est la plus forte au début de la trajectoire dans le système d'hébergement, qui correspond bien souvent à une arrivée récente en France. Sur ce point, la date d'arrivée des parents en France a une influence beaucoup plus significative que l'instabilité résidentielle sur la volonté de déménager ($p<0,001$) : 55,3% des enfants dont les parents sont arrivés il y a moins de 2 ans souhaiteraient déménager ($IC_{95\%}$ [40,4 ; 69,4]) *versus* 79,0% des enfants dont les parents sont arrivés il y a plus de 2 ans ($IC_{95\%}$ [66,2 ; 87,8]). Cette liaison statistique semble indiquer une usure des enfants au fur et à mesure de leur trajectoire dans le système d'hébergement.

2.2. Le poids de la vulnérabilité résidentielle sur l'usage du quartier et les activités extrascolaires

2.2.1. Un faible investissement du quartier pour les enfants les plus instables

Etant donné les contraintes pesant sur les sociabilités résidentielles des enfants hébergés, en particulier en hôtel, nous pourrions penser que ceux-ci investiraient davantage et en contrepartie l'environnement de leur hébergement. Cette hypothèse serait d'autant plus vraisemblable que leurs parents semblent avoir majoritairement une représentation satisfaisante de leur quartier : six sur dix ($IC_{95\%}$ [51,6 ; 66,8]) considèrent que le quartier où ils résident présente une « situation générale meilleure que celle d'autres quartiers », sept sur dix ($IC_{95\%}$ [62,1 ; 75,7]) qu'il constitue un « bon endroit pour élever des enfants ». Néanmoins, comme pour l'investissement du lieu d'hébergement, l'instabilité résidentielle complique fortement le développement de sociabilités enfantines dans le quartier et l'usage de celui-ci. A l'inverse, il n'existe aucune liaison significative entre les usages du quartier et la date d'arrivée en France.

Nous nous sommes ainsi intéressés aux liens amicaux dans le quartier : d'après leurs parents, 62,2% ($IC_{95\%}$ [52,9 ; 70,8]) des enfants rencontreraient des amis dans le quartier. Ces valeurs sont moindres pour les enfants d'hôtel et de CHU. Elles décroissent surtout avec l'instabilité résidentielle ($p<0,001$) : alors que trois quarts (76,1% $IC_{95\%}$ [65,1 ; 84,5]) des enfants n'ayant pas déménagé rencontrent des amis dans leur quartier, ce n'est le cas que de 52,4% ($IC_{95\%}$ [32,0 ; 72,1]) de ceux qui ont déménagé une fois et de 39,6% ($IC_{95\%}$ [27,2 ; 53,5]) de ceux qui ont déménagé plus d'une fois. De même, ce sont les enfants les plus stables qui s'amusent le plus souvent entre pairs en dehors de l'école.

Les enfants les plus stables sont aussi ceux qui vont le plus souvent chez des copains ne vivant pas dans leur établissement, ou qui les voient en dehors de l'école. Ces enfants auraient ainsi des relations sociales plus intégrées dans leur quartier. De même, les sociabilités qui ont lieu en dehors du domicile des enfants, « dehors », dans « un parc », ou plus précisément « un parc du quartier » concernent davantage les enfants stables sur le plan résidentiel :

Tableau 94. Proportion d'enfants déclarant voir des copains en dehors de l'école, selon l'instabilité résidentielle durant les douze derniers mois

	N'a pas déménagé	A déménagé	*p-value*
	%	%	

	N'a pas déménagé %	A déménagé %	*p-value*
Voit des copains « dehors »	74,9 [64,6; 82,8]	50,0 [86,1; 63,9]	<0,01
Ne voit pas de copains dehors	25,2 [17,2; 35,4]	50,0 [36,1; 63,9]	
Total	100	100	

Champ : 228 enfants interrogés, 201 répondants.
Lecture : 74,9% des enfants sans logement n'ayant pas déménagé durant les 12 derniers mois déclarent voir leurs copains en dehors de l'école. Ceux qui ont déménagé sont 50% dans ce cas.

D'autres indicateurs de l'appropriation des environs de l'hébergement ont été mesurés (se promener dans le quartier, utiliser des équipements publics pour des activités ludiques, sportives ou culturelles ; faire partie d'une association). Dans tous les cas, un effet de l'instabilité résidentielle sur les usages du quartier semble se dessiner, bien que seule la liaison avec la fréquentation des associations soit significative statistiquement ($p<0,05$) : 36,3% ($IC_{95\%}$ [26,4 ; 47,6]) des enfants n'ayant pas déménagé fréquentent une association du quartier, *versus* 25,1% ($IC_{95\%}$ [12,5 ; 44,2]) de ceux qui ont déménagé une fois et 15,5% ($IC_{95\%}$ [7,3 ; 30,0]) de ceux qui ont déménagé plus d'une fois (notons par ailleurs que les enfant qui ne fréquentent pas d'associations dans le quartier n'en fréquentent pas non plus en dehors).

Les enfants les plus stables paraissent également repérer davantage d'aménités dans leur quartier : par exemple, 54,6% ($IC_{95\%}$ [43,8 ; 65,0]) des enfants n'ayant pas déménagé estiment qu'il y a assez de parcs dans leur quartier *versus* 35,1% ($IC_{95\%}$ [24,8 ; 47,0]) de ceux qui ont déménagé au moins une fois ($p<0,05$). A l'inverse, elle n'est pas liée à la perception de l'insécurité dans le quartier, car les enfants stables au niveau résidentiel ne se sentent pas plus en sécurité dans leur quartier. Ils sont même plus nombreux (50,8%, $IC_{95\%}$ [40,9 ; 60,5]) que les autres (38,0%, $IC_{95\%}$ [24,8 ; 51,8]) à y éviter des endroits, comme si une meilleure connaissance contribuait à une appréciation négative de la sécurité des lieux.

Ce moindre investissement du quartier par les enfants ayant déménagé durant l'année ne s'explique néanmoins pas seulement par la moins bonne connaissance des équipements urbains de proximité. Il est aussi fortement lié au poids des déplacements quotidiens pour se rendre à l'école, qui limite le temps disponible des enfants, les plus instables au niveau résidentiel étant fréquemment scolarisés en dehors de leur commune de résidence, comme

nous le verrons dans la partie suivante. Ce dernier facteur contribue également à limiter les activités extrascolaires des enfants en dehors de leur quartier.

2.2.2. Moins d'activités extrascolaires pour les enfants les plus vulnérables

Si les enfants stables au niveau résidentiel ont logiquement moins tendance (13,1%, $IC_{95\%}$ [7,7 ; 21,4]) que les autres (21,5%, $IC_{95\%}$ [13,7 ; 32,2]) à déclarer être sortis de leur quartier depuis un mois pour aller à l'école, ils sont beaucoup plus nombreux à en être sortis pour réaliser une activité extrascolaire durant cette période (72,6%, $IC_{95\%}$ [63,2 ; 80,3] *versus* 56,4%, $IC_{95\%}$ [43,1 ; 68,9] parmi les enfants ayant déménagé au moins une fois, $p<0,05$).

Les enfants qui déménagent profitent moins que les autres des sorties scolaires : 7,6% ($IC_{95\%}$ [2,5 ; 19,3]) d'entre eux sont sortis du quartier via une sortie scolaire, *versus* plus d'un enfant stable sur cinq ($p<0,05$). De même, ils rendent moins visite aux membres de leur famille en dehors de leur quartier (une fois sur dix ; c'est trois fois plus chez les enfants stables) ; ils fréquentent également moins souvent des magasins en dehors de leur quartier (dans 13,5% des cas $IC_{95\%}$ [7,1 ; 23,7], *versus* 28,3%, $IC_{95\%}$ [18,5 ; 40,6] chez les enfants n'ayant pas déménagé, $p<0,05$). Enfin, les enfants ayant déménagé partent moins souvent en vacances ($p<0,01$) : si 32,7% des enfants sans logement de 6 à 12 ans sont partis lors des dernières grandes vacances ($IC_{95\%}$ [22,5 ; 44,9])[89], ceux qui ont déménagé plus d'une fois ne sont que 16,1% ($IC_{95\%}$ [7,5 ; 31,6]) dans ce cas. Cependant, cet effet de l'instabilité est beaucoup moins fort que celui de l'arrivée récente en France ($p<0,001$) : seuls 6,5% des enfants dont les parents sont arrivés il y a moins de deux ans en France sont partis en vacances ($IC_{95\%}$ [3,4 ; 11,9]) *versus* 42,1% parmi ceux arrivés il y a au moins deux ans ($IC_{95\%}$ [28,5 ; 57]).

Du reste, lorsqu'ils partent en vacances, ces enfants rendent moins souvent visite à des copains, à des membres de leur famille, ou à des amis de leurs parents. Par exemple, durant les dernières vacances, 57,8% ($IC_{95\%}$ [44,9 ; 69,7]) des enfants stables résidentiellement ont vu des membres de leur famille en dehors de leur structure d'hébergement, alors que les enfants ayant déménagé ne sont que 25,0% ($IC_{95\%}$ [17,3 ; 34,8]) dans ce cas ($p<0,001$).

[89] En population générale, les trois quarts des enfants de 5 à 19 ans partent au moins une fois par an en vacances (pour au moins quatre jours en dehors de leur domicile), d'après l'enquête vacances de l'INSEE ; cette proportion passe à 50% chez les enfants dont la famille a un revenu mensuel inférieur à 1500 euros (OVLEJ, 2013). Le CREDOC estime que dans le premier décile des niveaux de vie, seuls 37% des ménages partent ainsi en vacances (Hoiban, 2012).

2.3. Le difficile accès à l'école

2.3.1. Un enfant sur dix ne va pas à l'école

Début 2013, 10,2% ($IC_{95\%}$ [6,8 ; 15,0]) des enfants sans logement âgés de 6 à 12 ans ne sont pas scolarisés[90]. Cette valeur atteint même trois points de plus pour les enfants habitant en hôtel social ($p<0,001$). Tous ces enfants déclarent vouloir retourner à l'école. A titre de comparaison, on estime qu'environ 1% des enfants sont exclus de l'enseignement primaire en France (Unesco, 2014).

La non-scolarisation des enfants hébergés est associée à l'instabilité résidentielle ($p<0,01$). Ainsi, 21,1% ($IC_{95\%}$ [12,1 ; 34,1]) des enfants qui ont déménagé plus d'une fois durant les douze derniers mois ne sont pas scolarisés, *versus* 9,6% ($IC_{95\%}$ [5,0 ; 17,9]) de ceux qui ont déménagé une fois et 3,9% ($IC_{95\%}$ [1,4 ; 10,2]) des enfants n'ayant pas déménagé. La non-scolarisation tend à diminuer avec la stabilité résidentielle, quoiqu'elle demeure à un niveau élevé : ainsi, 3,3% ($IC_{95\%}$ [1,3 ; 8,1]) des enfants de 6 à12 ans vivant depuis plus de six mois dans le même hébergement ne sont pas scolarisés.

Cet effet de l'instabilité résidentielle sur l'absence de scolarisation des enfants est fortement lié à une arrivée récente dans le système d'hébergement des personnes sans logement, et plus largement en France ($p<0,001$). Ainsi, les enfants dont les parents sont arrivés en France il y a moins d'un an sont 29,8% ($IC_{95\%}$ [18,9 ; 43,6]) à ne pas être scolarisés et ceux dont les parents sont arrivés entre un et deux ans sont 16,0% dans ce cas ($IC_{95\%}$ [6,7 ; 33,2]). A l'inverse, 4,4% ($IC_{95\%}$ [1,8 ; 9,8]) des enfants dont les parents sont arrivés en France il y a au moins deux ans ne sont pas scolarisés, chiffre qui reste néanmoins considérable.

Au final, l'absence de scolarisation d'une partie importante des enfants de 6 à 12 ans sans logement semble donc être le résultat de quatre variables interdépendantes : des déménagements trop fréquents qui compliquent les démarches d'inscription (quatre familles sur dix donnent cette explication) ; des difficultés linguistiques et la non connaissance des démarches d'inscription (c'est l'explication fournie par deux parents sur cinq et un enfant sur dix) ; des difficultés d'inscription liées à l'absence de domiciliation (près d'un quart des familles avancent cette explication, notamment celles qui vivaient dans un campement avant

[90] Les calculs sur la scolarisation des enfants ont été effectués sur l'ensemble des 377 familles ayant un enfant âgé de 6 à 12 ans, et non pas seulement sur le sous-échantillon des 235 familles dans laquelle un enfant a été interrogé directement.

d'être prises en charge) ; enfin, le refus de certaines communes d'accueillir les enfants (explication avancée par une famille sur dix). Notons à cet égard que dans un cas sur cinq, les enfants non scolarisés ne savent pas pourquoi ils ne vont pas à l'école.

2.3.2. Des difficultés fréquentes pour aller à l'école

2.3.2.1. Le découplage entre l'école et le lieu de résidence

Pour les enfants scolarisés, l'école est bien souvent éloignée du lieu d'hébergement. Deux enfants sur dix scolarisés le sont en dehors de leur commune de résidence. A titre de comparaison, seuls 13,5% des enfants franciliens âgés de 6 à 12 ans ne sont pas scolarisés dans leur commune d'après l'Enquête Globale de Transports (EGT) réalisée en 2010[91]. Ce décalage est d'autant plus fort quand les familles déménagent : 27,6% ($IC_{95\%}$ [17,2 ; 41,2]) des familles ayant déménagé dans l'année ont un enfant scolarisé en dehors de leur commune, *versus* 13,3% ($IC_{95\%}$ [7,7 ; 21,9]) des familles n'ayant pas déménagé ($p<0,05$).

Lorsque l'on demande aux parents la raison de la scolarisation en dehors de la commune de résidence, ressort principalement la volonté de ne pas perturber la scolarité de l'enfant, en imposant un changement d'école qui ne réponde pas à une stabilisation résidentielle. Les parents s'efforcent, comme nous l'avons vu dans des enquêtes qualitatives, de préserver l'école des à-coups du système d'hébergement. Celle-ci constitue même un pivot dans la vie quotidienne et la socialisation des enfants (Le Méner et Oppenchaim, 2014). Les enfants changent ainsi bien moins souvent d'école que de commune de résidence : 57,0% ($IC_{95\%}$ [47,4 ; 66,1]) d'entre eux n'ont pas changé de commune de scolarisation depuis quatre ans ou depuis qu'ils sont scolarisés en maternelle, 33,3% ($IC_{95\%}$ [24,9 ; 42,8]) une fois en quatre ans et 9,7% ($IC_{95\%}$ [5,8 ; 15,7]) plus d'une fois. Rappelons néanmoins que ces changements d'école en France font bien souvent suite à des situations de migration impliquant une ou plusieurs mutations de lieu de scolarisation. Un certain nombre d'enfants évoquent ainsi dans leurs réponses au questionnaire les écoles qu'ils ont fréquentées dans le(s) pays où ils résidaient avant de venir en France.

Néanmoins, comme nous allons le voir, cet investissement dans l'école face à la privation de logement et à l'instabilité résidentielle implique des contreparties considérables, sur le plan des apprentissages et de l'organisation de la vie quotidienne.

[91] Les résultats pour la population francilienne cités dans ce chapitre sont issus de calculs des auteurs à partir des données collectées dans le cadre de l'enquête EGT.

2.3.2.2. Une école d'endurance : moins de sommeil et de plus longs déplacements

Les enfants de 6 à 12 ans sans logement se réveillent en moyenne à sept heures dix. L'heure de lever est cependant très variable selon les enfants, en fonction notamment de la localisation de l'école. Ainsi, 32,4% ($IC_{95\%}$ [17,8 ; 51,5]) des enfants scolarisés en dehors de leur commune se lèvent avant 6 heures en semaine, *versus* 1,7% ($IC_{95\%}$ [0,4 ; 6,7]) de ceux qui sont scolarisés dans leur commune ($p<0,001$). Inversement, 13,0% ($IC_{95\%}$ [5,4 ; 27,8]) de ceux scolarisés en dehors de leur commune se lèvent après 7 heures, *versus* 45,0% ($IC_{95\%}$ [36,1 ; 54,2]) de ceux qui sont scolarisés dans leur commune. Logiquement, les enfants scolarisés dans une autre commune ont des temps de sommeil moins importants : un quart d'entre eux dort moins de 9 heures par nuit *versus* 3,5% ($IC_{95\%}$ [1,5 ; 7,7]) des enfants scolarisés dans leur commune ($p<0,001$).

Globalement, le temps de trajet pour aller à l'école est élevé : 18,0% ($IC_{95\%}$ [11,5 ; 26,8]) des enfants sans logement mettent plus d'une demi-heure pour se rendre en classe, *versus* 3,9% des enfants franciliens âgés de 6 à 12 ans (EGT 2010). Les enfants sans logement scolarisés dans une autre commune que celle où ils résident sont 77,1% dans ce cas ($IC_{95\%}$ [57,4 ; 89,4]).

Le découplage entre l'école et l'hébergement se lit également dans l'utilisation plus fréquente des transports en commun, notamment du bus, par rapport aux enfants franciliens de leur âge (EGT 2010). Pour aller à l'école, 22,4% ($IC_{95\%}$ [15,6 ; 31,1]) des enfants sans logement empruntent le bus (5,1% en moyenne pour les enfants franciliens), 8,9% ($IC_{95\%}$ [4,8 ; 15,6]) le métro (0,8% pour les enfants franciliens) et 5,4% ($IC_{95\%}$ [2,2 ; 12,6]) le RER ou le train (0,4% pour les autres enfants). A l'inverse, l'usage de la voiture est quasi exceptionnel (il ne concerne que 2,0% d'entre eux ($IC_{95\%}$ [0,8 ; 4,6]), alors que près d'un quart des enfants franciliens y a recours). Si la marche est la principale façon de se rendre à l'école (dans 66,9% des cas, $IC_{95\%}$ [57,2 ; 75,2]), elle concerne bien moins les enfants exposés à l'instabilité résidentielle, qui se déplacent avant tout en transports en commun ($p<0,001$) : 75,2% ($IC_{95\%}$ [64,1 ; 83,7]) des enfants n'ayant pas déménagé dans l'année se rendent à pied à l'école, 54,2% parmi ceux qui ont déménagé au moins une fois ($IC_{95\%}$ [38,0 ; 69,5]). Cela n'est pas sans incidence sur l'appréhension du trajet vers l'école : 74,6% ($IC_{95\%}$ [64,6 ; 82,5]) des enfants n'ayant pas déménagé « adorent » ou « aiment bien » ces moments *versus* 58,3% ($IC_{95\%}$ [43,6 ; 71,6]) des enfants ayant déménagé ($p<0,05$).

Ces longs trajets en transports en commun ne sont certes pas uniquement un temps perdu : 33,2% ($IC_{95\%}$ [23,2 ; 45,2]) des enfants en profitent pour jouer, 27,0% ($IC_{95\%}$ [18,7; 37,2]) lisent, plus d'un quart écoutent de la musique, 13,0% dorment ou font leurs devoirs ($IC_{95\%}$ [7,4 ; 21,2]). Les enfants y forgent également des compétences urbaines, notamment la capacité à se repérer dans le réseau de transports en commun : près de deux tiers des enfants connaissent ainsi au moins une ligne et une station s'y situant.

2.3.3. L'hébergement : un obstacle aux apprentissages

2.3.3.1. Des difficultés scolaires plus aigües dans un contexte d'hébergement défavorable

Ce découplage entre l'école et l'hébergement n'est pas sans incidence sur les apprentissages des enfants : un tiers des parents dont les enfants de 6 à 12 ans sont scolarisés dans leur commune estiment qu'ils ont des difficultés à l'école, *versus* 54,1% ($IC_{95\%}$ [34,2 ; 72,7]) de ceux scolarisés en dehors ($p<0,05$). De même, si les redoublements sont fréquents chez les enfants sans logement (16,4% d'entre eux ont déjà redoublé, mais plus d'un quart chez les enfants de 8 ans et plus), ils sont plus nombreux parmi ceux qui sont scolarisés en dehors de leur commune. Ainsi, parmi les enfants âgés de plus de 8 ans, 44,5% ($IC_{95\%}$ [22,8 ; 68,5]) de ceux qui ne sont pas scolarisés dans leur commune ont déjà redoublé *versus* 22,0% ($IC_{95\%}$ [12,5 ; 35,5]) de ceux scolarisés dans leur commune ($p<0,05$).

Les parents expliquent majoritairement les redoublements des enfants par une mauvaise maîtrise du français (dans un tiers des cas) ou leur arrivée récente en France (dans un quart des cas), plus que par de mauvaises conditions d'études (16,6% des parents donnent cette explication). Néanmoins, si l'instabilité résidentielle et la scolarisation hors commune sont associés à une arrivée plus récente en France, ces deux variables semblent contribuer aux difficultés scolaires des enfants. Ainsi, près d'un tiers (30,5%, $IC_{95\%}$ [22,0 ; 40,5]) des enfants ayant déménagé dans l'année ont manqué au moins deux jours d'école d'affilée en raison d'un déménagement.

De même, l'instabilité résidentielle et la scolarisation hors commune influencent très fortement la ponctualité des enfants au début des cours. Les parents et les enfants ont certes une perception très différenciée des retards de ces derniers : plus de la moitié des enfants qui déclarent arriver au moins une fois par semaine en retard à l'école ont des parents qui déclarent qu'ils n'arrivent jamais ou presque jamais en retard à l'école. Néanmoins, les réponses des enfants et des parents montrent une influence de ces deux variables. D'après les

enfants, 45,8% ($IC_{95\%}$ [37,3 ; 54,5]) de ceux scolarisés dans leur commune n'arrivent jamais en retard *versus* 30,7% ($IC_{95\%}$ [15,3 ; 47,4]) parmi ceux qui sont scolarisés en dehors, alors que si l'on considère les réponses des parents, les proportions respectives sont de 79,3% ($IC_{95\%}$ [69,8; 86,3]) et 56,0% ($IC_{95\%}$ [37,6; 72,8]) ($p<0,05$). De même, ce sont les enfants qui ont déménagé le plus durant les douze derniers mois qui arrivent le plus fréquemment en retard à l'école.

2.3.3.2. La gestion des devoirs

Les conditions d'hébergement des enfants de 6 à 12 ans sans logement ne sont guère favorables à la réalisation studieuse des devoirs. Ainsi, pour les enfants qui vont à l'école primaire, l'absence de bureau ou de table pour faire ses devoirs est relativement ordinaire (43,6%, $IC_{95\%}$ [35,5 ; 52,1]), particulièrement pour les enfants résidant en hôtel (50,3%, $IC_{95\%}$ [39,5 ; 61,0]) et en CHU (57,6%, $IC_{95\%}$ [32,1 ; 79,6]) alors que 66,7% ($IC_{95\%}$ [51,7 ; 78,8]) des enfants en CADA et 76,2% ($IC_{95\%}$ [64,6 ; 84,9]) des enfants en CHRS disposent d'un bureau ou d'une table ($p<0,001$). Néanmoins, tous ne se plaignent pas de la promiscuité dans laquelle ils doivent travailler : si 68,4% ($IC_{95\%}$ [60,6 ; 75,3]) souhaiteraient avoir plus de place pour faire leurs devoirs, seuls 40,8% ($IC_{95\%}$ [30,9 ; 51,5]) disent être gênés par la présence d'une autre personne, de bruits, ou divers dérangements, au moment de réaliser leurs exercices chez eux.

En sus des conditions d'hébergement, la scolarisation hors commune influence-t-elle la gestion qu'ont les enfants de leurs devoirs ? Nous allons voir que cette variable implique des lieux différents de réalisation des devoirs, mais qu'elle a assez peu d'impact sur le temps consacré quotidiennement par les enfants à la réalisation de ces tâches.

Les enfants scolarisés en dehors de leur commune sont ainsi plus nombreux (48,4%, $IC_{95\%}$ [27,7 ; 69,7]) que les autres (36,6%, $IC_{95\%}$ [25,8 ; 49,0]) à faire leurs devoirs à l'étude. Près de la moitié d'entre eux (41,9%, $IC_{95\%}$ [22,4 ; 64,3]) déclarent être aidés pour faire leurs devoirs par un maître ou un personnel de l'étude *versus* 19,8% ($IC_{95\%}$ [13,9 ; 27,3]) des enfants scolarisés dans leur commune ($p<0,05$). A l'inverse, ils profitent moins des aides aux devoirs organisées par une association ou une mairie, notamment lorsqu'ils ont déménagé dans l'année (celles-ci concernent principalement les enfants de CHRS, qui sont un sur cinq à y avoir recours). Surtout, ils réalisent moins leurs devoirs à leur domicile (60,3%, $IC_{95\%}$ [36,8 ; 79,8] *versus* 75,7%, $IC_{95\%}$ [66,9 ; 82,8] des enfants scolarisés dans leur commune), en

particulier dans leur chambre. Cette réalisation des devoirs à l'étude est associée à un moindre suivi des devoirs par les parents : si 40,9% ($IC_{95\%}$ [33,3 ; 48,9]) des parents dont les enfants sont scolarisés dans la commune consacrent plus d'une demi-heure par jour à ses devoirs, ils ne sont que 15,6% ($IC_{95\%}$ [6,9 ; 31,4]) parmi les parents dont les enfants sont scolarisés hors commune ($p<0,01$). Ce moindre suivi ne semble néanmoins pas être totalement contraint, mais être bien plus la conséquence de la réalisation des devoirs à l'étude : si plus d'un tiers des parents estime avoir manqué de temps ou d'énergie pour s'occuper des devoirs de leurs enfants, la scolarisation hors commune n'a pas d'effet significatif sur cette variable. De même, les enfants scolarisés en dehors de leur commune n'ont pas plus l'impression que les autres de manquer de temps pour faire leurs devoirs.

2.3.4. Un lieu d'ancrage essentiel pour les parents et les enfants

Malgré les difficultés d'accès à l'école et leurs conséquences sur les apprentissages et l'organisation quotidienne, nous avons constaté au cours d'une enquête de terrain de longue durée et d'enquêtes par entretiens, que la vulnérabilité et l'instabilité résidentielle renforçaient l'ancrage quotidien autour de l'école, aussi bien pour les enfants que pour les parents (Le Méner et Oppenchaim, 2014).

Ceux-ci y construisent des relations aussi bien avec les autres parents d'élèves qu'avec le personnel enseignant. Ce rôle de l'école concerne autant les parents vulnérables au niveau résidentiel, ou dont les enfants sont scolarisés en dehors de leur commune, que les autres : il n'existe aucune différence significative de pratiques en fonction de ces variables, si ce n'est dans le fait de voir le maître au moins une fois par mois. Ces parents utilisent autant que les autres le carnet de liaison pour écrire aux instituteurs de leur enfant : 64,0% ($IC_{95\%}$ [36,1 ; 84,9]) des parents dont les enfants sont scolarisés en dehors de leur commune y ont recours, *versus* 74,1% ($IC_{95\%}$ [64,8 ; 81,7]) des autres parents. De même, ils ont eu autant (93,5% $IC_{95\%}$ [83,0 ; 97,7]) que les autres l'occasion de s'entretenir avec l'instituteur de leur enfant depuis un an. Plus de la moitié d'entre eux (53,7%, $IC_{95\%}$ [35,0 ; 71,3]) voient le maître de leur enfant au moins une fois par mois, *versus* 44,7% parmi les autres parents ($IC_{95\%}$ [36,6 ; 53,1]). De la même manière, les parents ayant déménagé dans l'année sont plus nombreux (59,6%, $IC_{95\%}$ [48,6 ; 69,7]) que les autres (35,9% $IC_{95\%}$ [25,9 ; 47,2]) à voir le maître au moins une fois par mois ($p<0,01$).

Symétriquement, les parents dont l'enfant est scolarisé hors commune ou ayant déménagé dans l'année sont au moins aussi nombreux que la moyenne à s'être confié durant les douze derniers mois à une personne rencontrée par le biais de l'école de leurs enfants (respectivement 6,9%, $IC_{95\%}$ [2,7 ; 15,7] et 4,7%, $IC_{95\%}$ [1,3 ; 14,7], *versus* 3,3%, $IC_{95\%}$ [1,4 ; 7,4] pour l'ensemble). Enfin, les parents des enfants scolarisés en dehors de leur commune sont aussi nombreux (39,4%, $IC_{95\%}$ [23,8 ; 57,4]) que les autres (34,9%, $IC_{95\%}$ [26,6 ; 44,3]) à avoir accompagné une sortie scolaire d'un de leurs enfants durant l'année.

La vulnérabilité résidentielle et ses conséquences sur la scolarisation hors commune des enfants ne semblent donc pas porter atteinte à l'ancrage des parents autour du lieu de scolarisation de leurs enfants, et au contraire le renforcer dans certains cas. A l'inverse, une arrivée récente en France semble fragiliser le lien des parents à l'école de leurs enfants. Par exemple, 49,2% ($IC_{95\%}$ [31,4 ; 67,2]) des parents arrivés en France il y a moins de deux ans utilisent le carnet de liaison pour écrire aux instituteurs de leur enfant *versus* 77,3% ($IC_{95\%}$ [65,8 ; 85,8]) parmi les autres parents ($p<0,001$). Ces parents ont aussi eu moins que les autres l'occasion de s'entretenir avec le maître depuis un an ($p<0,001$) : 69,7% se sont entretenus avec lui ($IC_{95\%}$ [55,2 ; 81,2]) *versus* 91,7% des autres parents ($IC_{95\%}$ [83,8 ; 95,9]). De même, seuls 23,0% d'entre eux ($IC_{95\%}$ [13,9 ; 35,7]) ont accompagné une sortie scolaire d'un de leurs enfants durant l'année *versus* 42,3% ($IC_{95\%}$ [32,9 ; 52,3]) des autres parents ($p<0,01$).

Les réponses des enfants mettent également en évidence ce rôle de point fixe que joue l'école dans leur quotidien : ils y ont la plupart de leurs copains et des amitiés qui durent davantage que celles nouées au sein de leur structure d'hébergement ; ils y ont des confidents, camarades ou enseignants ; ils y trouvent des espaces d'apprentissages et de découvertes, en classe, à la bibliothèque ou encore au gré des sorties scolaires. Traités à certains égards comme des adultes dans leur centre ou leur hôtel, ils apprécient d'être considérés à l'école comme des enfants comme les autres (Le Méner *et al.*, 2013). Neuf enfants interrogés sur dix estiment ainsi être « bien » ou « très bien » à l'école. Il convient cependant de souligner que malgré cet attachement fort à l'école, celle-ci est aussi un lieu de moqueries entre élèves, bien qu'en moindre proportion que dans l'échantillon d'élève de classes élémentaires étudié par l'Unicef dans une enquête récente (Debarbieux, 2011). Un enfant sur deux hébergé en hôtel a subi au moins une moquerie de la part de ses camarades, un quart souvent ou très souvent, le plus fréquemment en raison de la manière de parler (17,0% des cas), de l'origine (11,0%) ou de la résidence en hôtel (8,0%). Dans l'enquête précitée, deux enfants sur trois disent avoir subi des moqueries.

Le bien-être à l'école est principalement associé à la présence des copains (pour 80,0% des enfants, $IC_{95\%}$ [69,0 ; 88,0]) et à la gentillesse de l'enseignant (88,0%, $IC_{95\%}$ [75,0 ; 95,1]), plus qu'à la proximité de l'école (61,0%, $IC_{95\%}$ [51,8 ; 69,6]) ou au nombre d'activités proposées (59,9%, $IC_{95\%}$ [50,2 ; 69,0]). Le fait de ne pas se sentir bien à l'école est quant à lui lié avant tout à une mauvaise entente avec les autres élèves, dans 40,0% des cas ($IC_{95\%}$ [19,2 ; 64,6]), et non à des difficultés scolaires (20,0% des cas $IC_{95\%}$ [7,4 ; 43,0]) ou relationnelles avec l'enseignant (7,0%, $IC_{95\%}$ [2,3 ; 16,1]).

Cette description statistique invite à penser qu'un bon établissement scolaire est associé, pour les enfants, davantage aux relations avec les autres écoliers mais aussi avec les professeurs, qu'aux équipements et aux services scolaires. Cette proposition peut sembler tout à fait banale, mais n'oublions pas qu'elle s'applique ici à des enfants dont la scolarisation est fortement entravée, dont les sociabilités hors classe avec leurs camarades sont limitées, et qui entrent pour certains dans le système scolaire sans parler un mot de français. Il n'est dès lors pas étonnant que plus d'un tiers des enfants citent une sortie scolaire, ou même pour certains leur entrée à l'école, comme le moment le plus heureux de leur année.

PARTIE 3 – LA SANTE DES FAMILLES SANS LOGEMENT EN ILE-DE-FRANCE

Aux Etats Unis, au Royaume-Uni ou en Australie, des études ont montré dès les années 1980 que les familles sans logement étaient 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'aide. Pour ces familles, les conditions de promiscuité, d'instabilité ou d'isolement peuvent avoir de sérieuses conséquences sur la santé, et en particulier sur la santé mentale, sur le recours aux soins. Ces conditions de vie constituent par ailleurs de véritables barrières à la prévention ou à une alimentation saine. Ces problèmes peuvent entraver le développement de l'enfant, en particulier s'ils surviennent lorsque celui-ci est en bas âge et qu'ils s'inscrivent dans la durée (Buckner, 2008). Or, nous avons mis en lumière dans la partie précédente la prépondérance d'enfants âgés de moins de 5 ans au sein des familles sans logement franciliennes ; nous avons noté également en première partie une durée de parcours de vie sans domicile en moyenne de 3 ans. Nous pouvons donc légitimement nous interroger sur l'état de santé de ces enfants, soumis aux facteurs de risque retrouvés dans la littérature anglo-saxonne. Cette inquiétude vaut particulièrement pour les enfants qui résident dans les structures d'hébergement d'urgence et les hôtels, où l'intervention sociale est inexistante au quotidien, et au sein desquels certains habitants subissent une instabilité résidentielle forte.

Plus largement, à l'échelle de la famille et non pas des seuls enfants, cette instabilité peut être particulièrement délétère sur le recours aux soins, en particulier lorsque les hébergements ont lieu hors du département d'accueil, et si les personnes y avaient entamé un parcours de santé et de suivi. De plus, le fait que la moitié des familles soient monoparentales indique là encore un facteur de vulnérabilité important, classiquement retrouvé dans la littérature. Enfin, la prépondérance des personnes d'origine étrangère dans notre population pose la question du rôle des difficultés administratives et de la maîtrise de la langue sur l'état de santé et les parcours de soins. Ces personnes d'origine étrangère (dont les demandeuses d'asile) sont de surcroît logées essentiellement à l'hôtel et ne bénéficient donc pas d'une aide adaptée pour leurs démarches, notamment en matière de santé. La multiplicité de ces facteurs de risque (l'instabilité résidentielle, la monoparentalité, l'origine étrangère et l'hébergement provisoire sans suivi social) retrouvés dans la littérature et prépondérants dans notre population

interroge : de quoi ces familles souffrent-elles Quels sont leurs parcours de soins, en particulier en ce qui concerne la prévention, comme le dépistage ou la vaccination ?

Dans cette partie, nous apportons une description globale de l'état de santé des familles et des enfants en particulier, en ce qui concerne la santé générale, la nutrition (insécurité alimentaire, anémie et obésité), la santé mentale des parents et des enfants, le recours aux soins et à la prévention (dépistage des cancers féminins et calendrier vaccinal des enfants), ainsi que la santé périnatale. Ces premières analyses ne sont pas exhaustives. Entre autres, le développement de l'enfant sera présenté dans un rapport ultérieur, nécessitant un travail d'analyse plus conséquent, notamment un travail minutieux d'interprétation, prenant en compte les dimensions transculturelles du développement. Par ailleurs, les analyses présentées ici sont uniquement descriptives : elles consistent à donner un premier aperçu de l'état sanitaire, à comparer les résultats obtenus avec les études nationales ou internationales, et à décrire les caractéristiques de la population en fonction de l'état sanitaire. Des analyses plus approfondies, notamment par la réalisation de modèles statistiques permettant de mettre en évidence les freins et les leviers qui ont un impact sur l'état de santé, seront menées ultérieurement et publiées dans le cadre de rapports ou d'articles scientifiques traitant de chaque thème. Ce premier constat permet toutefois de dresser un portrait alarmant de l'état sanitaire de ces familles et de proposer d'ores et déjà des pistes de recommandations pour les pouvoirs publics, à la fois pour les acteurs de santé tout comme pour ceux de l'hébergement.

CHAPITRE 1. LA SANTE GENERALE

1. Etat de santé ressenti

La santé ressentie est un indicateur subjectif dépendant à la fois de la connaissance de son état de santé et de l'appréciation qu'en a la personne. Il s'agit d'un indicateur de santé qui est globalement corrélé, au niveau populationnel, aux indicateurs sanitaires, et notamment à la mortalité. Cet indicateur, comme les autres indicateurs sanitaires, montre un important gradient social, selon plusieurs caractéristiques individuelles telles que le niveau d'éducation, le milieu social, la profession, le niveau de revenu, etc.

1.1. Description de la santé ressentie et comparaison avec les études régionales

Les familles sans logement personnel d'Ile-de-France ont un ressenti de leur état général moins bon que la population générale de l'agglomération parisienne, mais meilleure que les personnes sans logement dites « isolées ». Ainsi, un peu plus de la moitié (53,6%, $IC_{95\%}$ [48,9 ; 58,2]) considèrent avoir un état de santé générale bon ou très bon *versus* 77,5% dans la cohorte SIRS[92] (Chauvin et Parizot, 2009). Cet état de santé ressenti s'aggrave quand il s'agit de leur état de santé physique et surtout émotionnel : les familles sont 48,1% ($IC_{95\%}$ [42,8 ; 53,3]) à considérer comme bon ou très bon leur état physique et seulement 38,7% ($IC_{95\%}$ [34,2 ; 43,5]) en ce qui concerne leur état émotionnel (*versus* 77,2% dans la cohorte SIRS). Ce ressenti est fortement dégradé par rapport à la population générale, et même un peu dégradé par rapport à la population des personnes sans logement retrouvée dans d'autres études, comme Samenta (où 44% des personnes interrogées considèrent leur état de santé psychologique comme bon ou très bon).

Tableau 95. Etat de santé générale, physique et émotionnelle perçue

	Santé générale perçue			**Santé physique perçue**			**Santé émotionnelle perçue**		
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**
Très bon	122	14,3	[11,4;17,3]	108	12,4	[9,8;14,9]	82	10,3	[7,9;12,7]
Bon	314	39,2	[35,2;43,3]	318	35,7	[31,1;40,3]	227	28,4	[24,7;32,1]

[92]SIRS (santé, inégalités et ruptures sociales) est un programme de recherche qui, depuis 2005, suit un échantillon représentatif de 3000 personnes résidant en agglomération parisienne, en les interrogeant régulièrement sur leurs conditions de vie.

	Santé générale perçue			Santé physique perçue			Santé émotionnelle perçue		
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**
Moyen	284	35,9	[32,2;39,6]	294	41,6	[36,6;46,5]	317	38,8	[35,0;42,7]
Mauvais	59	8,1	[5,8;10,3]	59	8,2	[5,8;10,6]	120	14,5	[11,7;17,4]
Très mauvais	18	2,4	[1,2;3,5]	18	2,0	[1,1;2,9]	50	7,7	[5,4;10,0]
NVPR	1	0,1	[0,0;0,3]	2	0,1	[0,0;0,3]	3	0,2	[0,0;0.3]
Total		100			100			100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

1.2. Caractéristiques des personnes par rapport à la santé ressentie

Les personnes ressentant un état de santé physique mauvais ou très mauvais déclarent plus souvent un problème de santé important et sont plus nombreuses à déclarer avoir un mauvais état de santé générale et un mauvais état psychologique. Elles sont également plus nombreuses à être déprimées et à avoir réalisé une mammographie.

Ces personnes ressentant un état de santé physique mauvais ou très mauvais sont par ailleurs plus nombreuses à avoir subi une violence sexuelle ou physique, elles sont plus nombreuses à avoir un niveau d'éducation inférieur au bac, ont moins souvent reçu des prestations sociales dans l'année, ont plus souvent quitté la région parisienne au cours de l'année, et déclarent avoir des difficultés à se déplacer dans les transports.

Aucune variation significative de l'état de santé physique n'a été observée selon les autres caractéristiques analysées[93].

[93] Les variables prises en compte dans ces analyses, comme dans celles qui suivent sont celles figurant dans les tableaux et celles concernant les caractéristiques sociodémographiques (âge, région de naissance, revenus, situation professionnelle, statut administratif, des difficultés en français, durée moyenne depuis l'arrivée en France), celles relatives à l'hébergement (durée sans domicile, nombre moyen de déménagement par an, type de lieu d'hébergement), la couverture maladie et les autres variables relatives à la santé (avoir consulté un médecin au cours de l'année, avoir un suivi gynécologique régulier, la réalisation d'un frottis du col de l'utérus, le fait d'avoir déjà été mal reçu par un médecin, d'être excisée, le fait d'être anémié, en surpoids ou en insécurité alimentaire), les violences conjugales, la consommation d'alcool et de tabac, l'aide aux transports, la possession d'une voiture, la vie de famille et le réseau social (la vie de couple, le nombre d'enfants vivant avec l'enquêté, le nombre moyen de contacts par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis, la présence d'au moins un membre de la famille en Ile-de-France, l'existence d'un confident extérieur à la famille très proche (conjoint ou enfant), les visites, invitations ou rencontres avec des amis). Seules les variations significatives sont indiquées dans les tableaux.

Tableau 96. Description des personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé physique comparativement à celles déclarant un moyen, bon ou très bon état de santé

	Très Bon/ Bon/Moyen		Mauvais/ Très Mauvais		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	
Déclaration d'un problème de santé important					
Oui	28,9	[23,9 ; 33,9]	55,0	[42,6 ; 67,4]	<0,001
Non	70,3	[65,3 ; 75,4]	45,0	[32,6 ; 57,4]	
Etat de santé générale perçu					
Très bon/Bon/moyen	94,8	[92,5 ; 97,0]	43,9	[31,5 ; 56,3]	<0,001
Mauvais/très mauvais	5,2	[3,0 ; 7,4]	56,1	[43,7 ; 68,5]	
Etat psychologique perçu					
Très bon/Bon/moyen	83,5	[80,3 ; 86,8]	26,8	[15,2 ; 38,3]	<0,001
Mauvais/très mauvais	16,5	[13,2 ; 19,7]	73,2	[61,7 ; 84,8]	
Dépression					
Oui	22,6	[18,9 ; 26,3]	68,6	[57,3 ; 79,9]	<0,001
Non	72,4	[68,4 ; 76,4]	27,5	[16,9 ; 38,1]	
A déjà réalisé une mammographie					
Oui	18,3	[14,5 ; 22,2]	29,3	[17,2 ; 41,4]	<0,05
Non	81,0	[77,1 ; 85,0]	70,7	[58,6 ; 82,8]	
A subi une violence physique ou sexuelle					
Oui	11,9	[8,2 ; 15,6]	25,2	[14,0 ; 36,5]	<0,01
Non	83,2	[79,5 ; 86,9]	72,5	[61,3 ; 83,6]	
Niveau d'éducation					
Niveau inférieur au bac	83,8	[80,8 ; 86,9]	93,5	[89,4 ; 97,5]	<0,01
Niveau supérieur au bac	16,2	[13,1 ; 19,2]	6,5	[2,5 ; 10,6]	
A reçu des prestations sociales en France au cours des douze derniers mois					
Au moins une	39,8	[35,4 ; 44,2]	21,1	[11,9 ; 30,4]	<0,001
Aucune	60,2	[55,8 ; 64,6]	78,9	[69,6 ; 88,1]	
A quitté la région parisienne durant plus d'une journée					
Oui	20,1	[16,7 ; 23,5]	35,6	[23,1 ; 48,0]	<0,01
Non	79,4	[75,9 ; 82,8]	63,3	[50,7 ; 75,9]	
A des difficultés à se déplacer en transport en commun					
Oui	38,3	[34,0 ; 42,6]	33,7	[22,1 ; 45,3]	<0,001
Non	60,1	[55,7 ; 64,4]	64,4	[52,7 ; 76,1]	

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 801 personnes interrogées, 797 répondants.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses dans le croisement de certaines caractéristiques.

Les personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé psychique ont plus souvent un niveau bac ou inférieur, sont également plus souvent d'origine africaine, plus souvent seules, ont moins de difficultés à parler français. Ces personnes déclarent par ailleurs plus souvent un problème de santé important, ont plus souvent consulté un médecin plusieurs fois dans l'année, déclarent plus souvent avoir été mal reçues par un médecin, ont plus souvent été victime de violences conjugales, ont plus souvent été victime de violences physiques ou sexuelles, sont plus souvent déprimées, ont moins reçu de prestations sociales, sont plus souvent en insécurité alimentaire.

Tableau 97. Description des personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé psychique comparativement à celles déclarant un moyen, bon ou très bon état de santé

	Très Bon/ Bon/Moyen		Mauvais/ Très Mauvais		*p-value*
Niveau d'éducation					
Niveau inférieur au égal bac	83,4%	[80,1 ; 86,6]	90,0%	[84,5 ; 95,5]	<0,05
Niveau supérieur au bac	16,6%	[13,4 ; 19,9]	10,0%	[4,5 ; 15,5]	
Région de naissance					
Afrique subsaharienne	34,1%	[29,3 ; 38,9]	36,7%	[26,8 ; 46,5]	<0,05
Maghreb	12,2%	[7,9 ; 16,4]	11,6%	[4,9 ; 18,4]	
Autres régions de l'Afrique	13,3%	[10,2 ; 16,4]	22,9%	[15,2 ; 30,5]	
Asie, proche et moyen orient	3,7%	[2,1 ; 5,4]	6,3%	[-0,4 ; 12,9]	
CEI et autre pays de l'Europe	19,7%	[16,2 ; 23,3]	10,6%	[5,6 ; 15,7]	
UE, Amérique et Océanie	17,0%	[13,0 ; 21,0]	11,9%	[7,3 ; 16,5]	
Vie en couple					
Oui	51,1%	[45,9 ; 56,3]	40,4%	[29,2 ; 51,6]	<0,05
Non	48,9%	[43,7 ; 54,1]	59,6%	[48,4 ; 70,8]	
Avoir une difficulté en français (comprendre, lire, écrire ou parler)					
Oui	63,3%	[57,8 ; 68,8]	45,7%	[36,3 ; 55,0]	<0,001
Non	30,0%	[24,6 ; 35,4]	49,7%	[40,6 ; 58,8]	
Nombre moyen d'enfants vivant avec l'enquêté(e)					
Moyenne (enfants)	1,9	[1,8;2,0]	1,7	[1,6;1,8]	<0,01
Déclaration d'un problème de santé important					
Oui	27,5%	[22,5 ; 32,4]	46,1%	[37,9 ; 54,3]	<0,001

	Très Bon/ Bon/Moyen		Mauvais/ Très Mauvais		*p-value*
Non	71,7%	[66,7 ; 76,7]	53,9%	[45,7 ; 62,1]	
Etat de santé perçu					
Bon/moyen	94,9%	[92,7 ; 97,1]	70,7%	[61,9 ; 79,5]	<0,001
Mauvais	5,1%	[2,9 ; 7,3]	29,2%	[20,4 ; 38,0]	
Etat physique perçu					
Bon/moyen	96,5%	[94,9 ; 98]	66,3%	[57,6 ; 74,9]	<0,001
Mauvais	3,5%	[2,0 ; 5,1]	33,7%	[25,1 ; 42,4]	
Avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois					
Oui	14,6%	[10,8 ; 18,3]	12,2%	[5,4 ; 18,9]	
Oui plusieurs fois	63,5%	[58,9 ; 68,1]	76,9%	[68,7 ; 85,1]	<0,05
Non	21,8%	[18,2 ; 25,3]	10,9%	[6,2 ; 15,7]	
Déclare avoir déjà été moins bien reçu par un médecin que les autres patients					
Oui	11,2%	[8,1 ; 14,4]	23,5%	[14,0 ; 33,0]	<0,001
Non	87,7%	[84,2 ; 91,1]	76,4%	[66,9 ; 85,9]	
Avoir été victime de violences conjugales (conjoint ou ex-conjoint)*					
Oui	17,5%	[13,6 ; 21,4]	27,2%	[18,3 ; 36,2]	
Non	67,2%	[62,2 ; 72,1]	53,8%	[41,6 ; 66,0]	<0,05
Non précisé	15,3%	[11,7 ; 18,9]	18,9%	[5,8 ; 32,1]	
Avoir subi une violence physique ou sexuelle					
Oui	8,9%	[5,9 ; 11,9]	28,7%	[20,7 ; 36,6]	<0,001
Non	87,3%	[84,2 ; 90,4]	64,0%	[52,2 ; 75,7]	
Dépression					
Oui	21,0%	[17,3 ; 24,8]	49,4%	[40,3 ; 58,5]	<0,001
Non	74,6%	[70,4 ; 78,8]	43,9%	[32,4 ; 55,4]	
A reçu des prestations sociales en France au cours des douze derniers mois					
Au moins une	40,4%	[35,7 ; 45,2]	29,0%	[20,8 ; 37,2]	<0,05
Aucune	59,6%	[54,8 ; 64,3]	71,0%	[62,8 ; 79,2]	
Insécurité alimentaire					
Sécurité	15,0%	[11,8 ; 18,1]	8,7%	[1,5 ; 15,9]	<0,05
Insécurité	81,4%	[78,0 ; 84,8]	88,5%	[80,9 ; 96,1]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 796 répondants.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.
* Pour les violences conjugales, l'échantillon ne concerne que les femmes (761 répondants).

Aucune variation significative de l'état de santé psychique n'a été observée selon les autres caractéristiques[94].

2. Les maladies chroniques déclarées

Près d'un tiers des répondants (31,5%) déclarait avoir eu un ou plusieurs problèmes de santé importants, gênants dans la vie quotidienne, ce qui est un peu moins important que dans la dans l'étude Samenta (37,7%). Cependant, dans l'étude Samenta, une différence par sexe était notée : les hommes déclaraient souffrir plus souvent d'une maladie chronique que les femmes (44,2% *versus* 25,5). Or, notre population est essentiellement composée de femmes.

Tableau 98. Problèmes de santé déclarés

	n	%	IC95%
Oui	229	31,5	[27,0; 36,1]
Non	567	67,8	[63,3 ; 72,4]
Ne sait pas	2	0,5	[0,0 ; 1,0]
Ne veut pas répondre	2	0,2	[0,0 ; 0,5]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 800 répondants.

Pour les personnes déclarant un problème de santé, des questions étaient posées sur le type de pathologie et le fait qu'un médecin avait ou non diagnostiqué la maladie. Des analyses ultérieures traiteront de ces questions.

3. Le sommeil

Concernant le sommeil, les parents déclarent dormir en moyenne 6,6 heures par nuit. La moitié d'entre eux ne dormaient que 5 heures par nuit. L'étude de l'Inpes sur le sommeil[95] des personnes âgées de 25 à 45 ans en 2007 montrait que 17% des personnes interrogées étaient en dette de sommeil, c'est-à-dire dormaient moins que les 7h30 jugées suffisantes par les personnes pour être en forme le lendemain.

[94] Voir note précédente.
[95] Voir http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf

Tableau 99. Nombre d'heures de sommeil, la nuit, pour le répondant

	Moyenne	IC95%	Q1	Q2	Q3	Min	Max
Nombre d'heures de sommeil	6,6	[6,4 ; 6,7]	0	5	7	0	14

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 801 répondants.

Les parents sans logement en Ile-de-France sont globalement en dette de sommeil pour la moitié d'entre eux (*versus* moins de 20% de la population générale). Or, le sommeil est étroitement lié aux modes de vie et a non seulement un impact très important sur le quotidien, mais aussi des conséquences sur la santé. Ainsi, plusieurs études américaines ont montré que dormir moins de 6 heures par nuit pendant plus d'une semaine peut favoriser l'apparition de maladies neurodégénératives (Ju *et al.*, 2013), l'obésité, les accidents cardiovasculaires, le diabète et les maladies cardiaques, voire la mortalité. La liste est loin d'être exhaustive mais suffisamment alarmante pour cette population, que l'on sait plus exposée à ces pathologies du fait du gradient social.

CHAPITRE 2. LA SANTE NUTRITIONNELLE : INSECURITE ALIMENTAIRE, ANEMIE ET IMC

1. Insécurité alimentaire

1.1. Concept et mesure

La sécurité alimentaire d'une population est définie par l'accès constant de tous les individus à suffisamment de nourriture pour une vie active et saine (Anderson, 1990). Même si la sécurité alimentaire est une notion complexe, multidimensionnelle et évolutive dont la conception peut paraître normative (Dilley, 2001), l'utilité de sa mesure a été démontrée dans de nombreuses études épidémiologiques. Cet outil est maintenant largement utilisé aux Etats-Unis, en particulier dans de grandes enquêtes nationales comme la *Current population survey* (CPS), la *Survey of program dynamics* (SPD), la *Early childhood longitudinal study* (ECLS), la *USDA Continuing survey of food in takes by individuals* (CSFII) ou encore la 4ème édition de NHANES[96]. Cet outil a également été adapté pour d'autres enquêtes en dehors des Etats-Unis ainsi qu'auprès de migrants (Hackett 2008) et d'enfants (Connell 2004). Les limites sont également bien décrites dans la littérature : le travail conceptuel sous-tendant la construction de l'échelle s'est limité à la dimension quantitative de la privation alimentaire et non à ses dimensions psychosociales. Dans les pays développés, où la question de la quantité de l'offre alimentaire ne se pose bien entendu pas dans les mêmes termes ni avec la même acuité que dans les pays les plus pauvres, cette situation est le plus souvent liée à un manque de ressources financières des individus et des ménages – un manque qui peut être temporaire ou chronique. Ce concept comporte plusieurs dimensions : quantitative (apport alimentaire insuffisant), qualitative (perception de son alimentation comme mauvaise ou inadaptée), psychologique (sentiment de privation ou d'absence de choix) et sociale (en désaccord avec les normes relatives à l'acquisition et à la consommation des aliments) (Anderson, 1990).

L'insécurité alimentaire est dynamique par nature. Elle se compose, en effet, d'une série d'événements – mais aussi d'expériences – qui vont varier selon les individus concernés et selon une exposition plus ou moins longue au phénomène. Dans certaines familles, les individus ressentent d'abord une anxiété concernant le manque possible de nourriture, puis ils commencent à faire des compromis sur la qualité de la nourriture en mangeant à moindre coût (les individus réduisent les dépenses alimentaires car ce budget est flexible contrairement à

[96] National Health and Nutrition Examination Survey

d'autres dépenses primaires (McIntyre and Tarasuk, 2002)). Plus l'argent manque, moins les personnes peuvent acheter suffisamment de nourriture pour satisfaire leurs besoins. A un stade plus sévère, les individus peuvent être contraints de sauter régulièrement des repas. De même que la précarité sociale est une trajectoire en amont de l'exclusion sociale avérée et qui n'y conduit pas systématiquement, l'insécurité alimentaire peut conduire, mais dans les cas extrêmes seulement, à la faim.

Face à la crise économique mondiale, de plus en plus de familles sont susceptibles de diminuer leur consommation alimentaire dans une stratégie de gestion du budget familial, y compris dans les pays industrialisés ("Health Slips as the Financial Crisis Grips", 2009 ; "Health in Times of Global Economic Crisis: Implications for the WHO European Region: Meeting Report", 2009 ; Ruel *et al.*, 2010). L'insécurité alimentaire mérite donc, plus que jamais, de faire l'objet d'analyses en santé publique (que ce soit en épidémiologie ou en sciences sociales), à l'instar de la précarité sociale.

L'insécurité alimentaire est le sujet de multiples recherches en santé publique et en épidémiologie dans de nombreux pays développés, notamment au Canada (Kirkpatrick et Tarsuk, 2010 ; Che et Chen, 2001 ; Hamelin *et al.* 2002), aux Etats-Unis (Nord *et al.*, 2007 ; Carlson *et al.*, 1999 ; Coleman-Jensen *et al.* 2011) et en Europe du Nord (Tingay *et al.*, 2003), mais encore relativement peu en France (Martin-Fernandez *et al.*, 2013 ; Martin-Fernandez *et al.*, 2014).

1.2. Prévalences mesurées en France

Dans le cadre de l'enquête ENFAMS, l'insécurité alimentaire a été mesurée à l'aide de l'outil de la *United-States Household Food Security Survey* (US HFSS) (Radimer, 2002). Notre traduction française s'est inspirée de celle utilisée au Québec pour le cycle 2004 de la *Canadian Community Health Survey* ("Canadian Community Health Survey. Cycle 2.2, Nutrition (2004) : Income-Related Household Food Security in Canada", 2007). Dans sa version complète, le questionnaire comporte 18 questions : 10 pour les adultes et 8 concernant les enfants. Nous avons calculé un score pour chaque ménage, sur la base des 18 questions de l'outil. Compris entre 0 et 18, ce score a permis de créer une variable à 4 catégories (sécurité alimentaire, insécurité alimentaire légère, insécurité alimentaire modérée et insécurité

alimentaire sévère[97]) en utilisant les seuils utilisés couramment, notamment par le département de l'agriculture américain : l'USDA (Bickel *et al.*, 2000; Wunderlich and Norwood, 2006), ainsi qu'une variable dichotomique (sécurité alimentaire *versus* insécurité alimentaire, regroupant l'insécurité légère, modérée et sévère).

Ces niveaux d'insécurité alimentaire renvoient à différentes situations vécues par les ménages (Bickel *et al.*, 2000; Wunderlich et Norwood, 2006). Ainsi, l'insécurité alimentaire légère se manifeste par la préoccupation des membres du ménage concernant la quantité et l'approvisionnement de nourriture ainsi que la gestion de la nourriture (par exemple la réduction de la qualité et le changement des pratiques alimentaires). Ces individus ne déclarent que peu, voire aucune réduction quantitative de leurs prises alimentaires. Concernant l'insécurité alimentaire modérée, cette situation est celle des ménages où les prises alimentaires sont réduites et les habitudes alimentaires modifiées à cause du manque d'argent. Enfin l'insécurité alimentaire sévère va exprimer la situation où les prises alimentaires sont réduites voire supprimées pendant des journées entières, et où cette situation affecte les enfants du ménage (Bickel *et al.*, 2000 ; Nord *et al.*, 2010).

En France, trois enquêtes ont interrogé les situations d'insuffisance alimentaire. Deux l'ont fait en population générale avec des questionnaires beaucoup plus succincts : l'Etude individuelle nationale sur les consommations alimentaires – INCA2, 2006-2007 (Darmon *et al.*, 2010) – et le Baromètre santé nutrition – BSN, 2008 (Darmon *et al.*, 2009). La troisième enquête sur une population plus proche de celle d'ENFAMS : l'enquête Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire – Abena (Grange *et al.* 2013). Nous dénommerons par la suite leurs questionnaires respectifs les outils « INCA2 », « BSN » et « Abena ». Ces outils sont basés sur la question préalable à l'outil US HFSS, qui est, en fait, la *Food sufficiency question* (Briefel et Woteki, 1992) utilisée dans le passé par l'USDA, notamment dans le cadre de l'étude NHANES[98].

Les deux premières enquêtes ont trouvé des prévalences d'insuffisance alimentaire variant selon la mesure utilisée. L'enquête BSN en 2008 a révélé une prévalence de 2,5% d'insuffisance alimentaire quantitative et de 39% insuffisance alimentaire qualitative[99]. En

[97] Ces seuils sont : 0-2= sécurité alimentaire ; 3-7 insécurité alimentaire légère ; 8-12 insécurité alimentaire modérée et 13-18 insécurité alimentaire sévère.
[98] Par convention, nous utiliserons dans la suite de notre propos, le terme d'*insuffisance* alimentaire (Briefel et Woteki, 1992) pour désigner les situations identifiées par ces deux indicateurs et nous réserverons le terme d'*insécurité* alimentaire aux résultats issus du US HFSS, le questionnaire plus complet que nous avons utilisé.
[99] L'outil BSN distingue l'insuffisance alimentaire qualitative (« avoir assez à manger mais pas toujours les aliments souhaités ») et quantitative (« ne pas avoir parfois ou souvent assez à manger »).

2007 l'enquête INCA2 trouvait une prévalence d'insuffisance alimentaire pour des raisons économiques[100] de 12,2%. L'enquête Abena a trouvé quant à elle une prévalence de 31,9% d'insuffisance alimentaire au cours de l'hiver 2011 – 2012.

Plus récemment, l'enquête Santé inégalités et ruptures sociales – SIRS 2010 (Chauvin et Parizot, 2009 ; Martin-Fernandez *et al.*, 2013) – a intégré dans son questionnaire une version réduite du US HFSSM[101] comprenant 13 questions[102]. A partir de ces questions est calculé un score unique pour chaque ménage, sur la base seulement des 10 questions concernant les adultes. Compris entre 0 et 10, ce score a permis de créer une variable à 3 catégories (sécurité alimentaire, insécurité alimentaire modérée et insécurité alimentaire sévère)[103]. Dans cette enquête la prévalence d'insécurité alimentaire est de 6,3%.

ENFAMS est la première enquête française à interroger spécifiquement l'insécurité alimentaire de l'enfant. Ce volet a été conservé et testé après l'étude pilote. La passation fut sensible auprès des familles, compte tenu de la charge émotionnelle qu'elle suscite – comme d'autres modules par ailleurs sur les évènements de vie difficile. Les résultats montrent que l'insécurité alimentaire n'épargne pas les enfants, ce qui compte tenu des conséquences sanitaires (Chilton *et al.* 2009 ; Alaimo *et al.* 2001), notamment sur la croissance, apporte un autre éclairage à l'insécurité alimentaire générale du ménage.

1.3. L'insécurité alimentaire touche plus de 8 familles sur 10

L'utilisation de l'outil US HFSSM dans sa totalité permet de construire différentes variables afin d'estimer la situation d'insécurité alimentaire de la population interrogée. Dans le cadre d'ENFAMS cet outil est particulièrement pertinent, car il permet de disposer de mesures de la situation d'insécurité alimentaire à différents niveaux. Tout d'abord, l'ensemble des 18 questions permet d'estimer avec précision la situation d'insécurité alimentaire des ménages interrogés. Ensuite selon si l'on se concentre sur les questions concernant les adultes (dix questions) ou les enfants (huit questions), l'outil permet de calculer un score d'insécurité

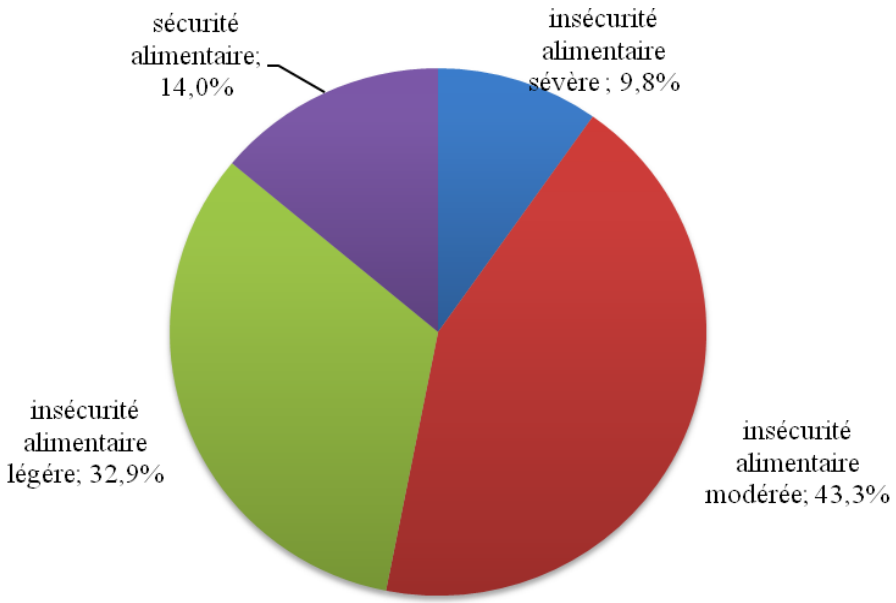
[100]L'outil INCA2 classe les individus en insuffisance alimentaire quand ils répondent « avoir assez à manger mais pas toujours les aliments qu'ils souhaitent » ou qu' « il leur arrive parfois ou souvent de ne pas avoir assez à manger » et qu'ils précisent que cette situation intervient pour des raisons économiques.
[101] United-States Household Food Security Survey Module.
[102]Cet outil comporte 13 questions en supprimant les 5 dernières concernant les enfants. Une telle réduction n'affecte pas la mesure de l'insécurité alimentaire au niveau du ménage puisque toutes les questions concernant le ménage ont été posées, et ce dans l'ordre établi par le USDA (Bickel *et al.* 2000).
[103] Les seuils pour cette variable sont : 0-2= sécurité alimentaire ; 3-5 insécurité alimentaire modérée ; 6-10 insécurité alimentaire sévère.

alimentaire respectivement chez les adultes ou chez les enfants. Quelles que soient les variables (ou les scores) utilisées pour caractériser les participants de l'enquête ENFAMS, les prévalences observées sont bien supérieures à celles observées dans d'autres études.

1.3.1. Prévalence de l'insécurité alimentaire au niveau du ménage

Au niveau du ménage, nous avons donc pu identifier l'insécurité alimentaire à l'aide de la totalité de l'outil US HFSSM, en vue de caractériser les différentes situations d'insécurité alimentaire selon leur sévérité. La prévalence d'insécurité alimentaire (légère, modérée et sévère) observée est de 86,0% ($IC_{95\%}$ [82,7 ; 88,8]). La figure suivante nous présente, dans le détail, la situation particulièrement préoccupante des ménages interrogés dans ENFAMS. Ainsi, au-delà du fait que l'insécurité alimentaire soit une situation majoritairement ressentie par ces ménages, il apparaît que les deux niveaux les plus sérieux d'insécurité alimentaire sont très fréquents, près de 10% de la population étant dans la situation la plus sévère (9,8%, $IC_{95\%}$ [7,3 ; 13,1]).

Figure 11. Prévalences d'insécurité alimentaire pondérées



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Cette mesure de l'insécurité alimentaire sera celle utilisée dans la majeure partie de notre propos. Néanmoins, pour plus de précisions, nous allons aborder deux autres mesures de

l'insécurité alimentaire issues du même outil : l'insécurité alimentaire des adultes et celle des enfants.

1.3.2. Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les adultes

Lorsque l'on observe les seules réponses des adultes, les prévalences observées varient quelque peu : la prévalence d'insécurité alimentaire est de 77,0% (l'insécurité alimentaire légère concerne 28,5%, $IC_{95\%}$ [24,3 ; 33,2] des répondants, l'insécurité alimentaire modérée 35,5%, $IC_{95\%}$ [31,1 ; 40,0], et l'insécurité alimentaire sévère 13,0%, $IC_{95\%}$ [9,9 ; 16,9]).

1.3.3. Prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants

La situation des enfants n'en est pas moins préoccupante : lorsque l'on s'intéresse aux seules questions portant sur l'alimentation des enfants, seuls 30,8% ($IC_{95\%}$ [26,4 ; 35,5]) sont en sécurité alimentaire *versus* 60,7% ($IC_{95\%}$ [56,1 ; 65,1]) en insécurité alimentaire modérée et 8,5% ($IC_{95\%}$ [6,4 ; 11,4]) en insécurité alimentaire sévère.

1.3.4. Comparaisons nationales et internationales

Le fait que notre population soit constituée de familles sans logement (pour moitié monoparentales, en grande majorité migrantes) rend difficile la comparaison de ces résultats avec d'autres enquêtes en population générale. En effet, cette population étant caractérisée par une grande vulnérabilité et une pauvreté importante, les prévalences d'insécurité alimentaire observées sont particulièrement élevées. Nous allons cependant, à des fins d'illustration, présenter les résultats obtenus en population générale dans la même aire géographique (agglomération parisienne)[104]. Ensuite, nous tenterons de rapprocher ces résultats d'enquêtes sur des populations présentant une situation si ce n'est équivalente du moins proche, afin de donner quelques points de comparaison.

L'enquête SIRS a interrogé l'insécurité alimentaire en 2010 à l'aide d'une version réduite du US HFSSM (Martin-Fernandez *et al.*, 2013). Cette version, ne disposant pas de l'ensemble des questions relatives aux enfants, n'a pu mesurer l'insécurité alimentaire qu'au niveau des

[104]L'enquête SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) est une cohorte initiée en 2005 et qui compte à ce jour trois vagues d'enquête, en 2005, 2007 et 2010. Cette cohorte est constituée d'un échantillon de 3000 individus, représentatif de la population adulte francophone vivant dans l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93, 94).

adultes interrogés. Afin de comparer ces résultats à ceux observés dans notre étude, nous nous focaliserons sur les résultats obtenus à l'aide des seules questions portant sur les adultes.

Au sein de l'enquête SIRS en 2010 les prévalences d'insécurité alimentaire légère, modérée et sévère étaient respectivement de 3,9%, 2,1% et de 0,4%.

De nombreuses études ont tenté de mesurer le phénomène d'insécurité alimentaire dans des populations vulnérables (Smith et Richards, 2008). Les prévalences observées dans ces populations sont intrinsèquement dépendantes de la spécificité même de celles-ci mais aussi de l'outil utilisé pour mesurer la situation d'insécurité alimentaire. Dans la littérature, quelques études évoquent des prévalences aussi fortes d'insécurité alimentaire (Lee and Greif 2008 ; Ghattas *et al.*, 2014). Une étude aux Etats-Unis datant de 1996 (Lee et Greif, 2008) et portant sur les sans-domicile[105] (de 18 ans et plus) présente une prévalence de plus de 80% d'insécurité alimentaire. Une autre étude portant sur les réfugiés irakiens vivant au Liban[106] évoque une prévalence proche de 80% (Ghattas *et al.*, 2014). Une telle ampleur du phénomène d'insécurité alimentaire n'est donc pas unique mais reste rare dans la littérature, et associée à des situations extrêmes de dénuement. Néanmoins, certaines études portant sur des populations sans domicile jeunes ou encore sur des femmes somaliennes réfugiées aux Etats-Unis, révèlent des prévalences d'insécurité alimentaire fortes, se situant entre 40 et 60% (Tarasuk *et al.*, 2009 ; Dachner et Tarasuk 2002 ; Dharod *et al.*, 2013).

1.4. Les caractéristiques des ménages en insécurité alimentaire dans ENFAMS

1.4.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'âge, le sexe et le diplôme ne sont pas significativement associés à l'insécurité alimentaire. Ces résultats peuvent apparaître surprenants car en population générale l'âge et le niveau d'études sont associés à l'insécurité alimentaire.

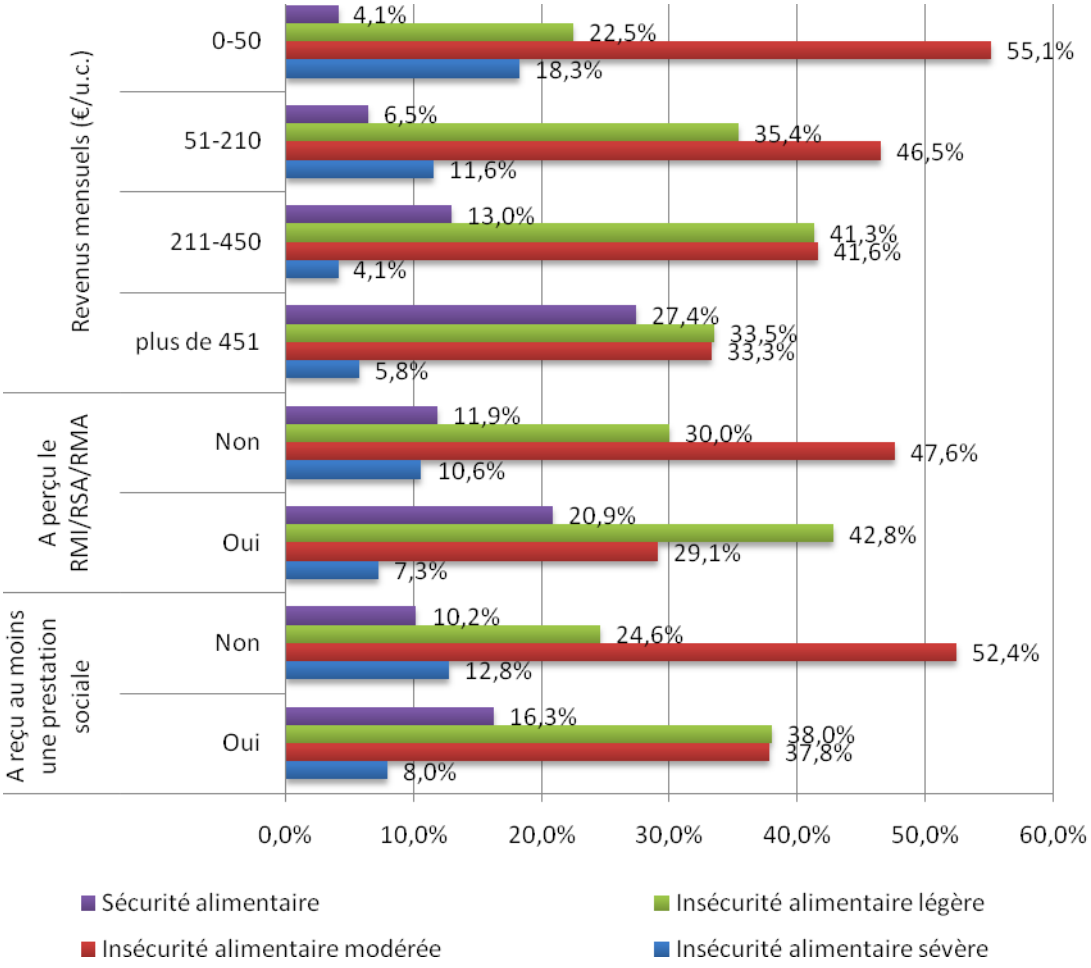
1.4.2 Revenus et aides

Le niveau de revenu est quant à lui fortement associé à l'insécurité alimentaire ($p<0,001$). Ce résultat, s'il était attendu, n'en reste pas moins intéressant car il met en exergue un réel effet

[105] Cette étude a utilisé les données de la « National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients (NSHAPC) », étude américaine portant sur les bénéficiaires de diverses structures d'aides, en se concentrant sur les seuls individus déclarant ne pas avoir de lieu pour dormir.
[106] En moyenne, ces réfugiés étaient dans cette situation depuis 2,8 années.

gradient, même sur une échelle de revenus très limités. Les individus ayant déclaré un revenu mensuel par unité de consommation (UC) inférieur à 51 euros sont seulement 4,1% à être en sécurité alimentaire *versus* 27,4% pour ceux déclarant avoir un revenu mensuel par UC de plus de 451€. Inversement, l'insécurité alimentaire sévère touche 3 fois plus les ménages les plus démunis : 18,3% pour les ménages déclarant un revenu par UC inférieur ou égal à 50 € *versus* 5,8% pour ceux déclarant un revenu supérieur à 450 €.

Figure 12. Insécurité alimentaire en fonction des revenus et des aides financières



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Si l'on s'intéresse aux aides dont les ménages déclarent bénéficier, le fait de ne pas recevoir de prestations sociales ou de ne pas toucher le revenu minimum (RMI/RSA/RMA) est associé à l'insécurité alimentaire (respectivement $p<0,001$ et $p<0,05$). Les ménages déclarant n'avoir reçu aucune prestation sociale dans les douze derniers mois sont moins souvent en sécurité

alimentaire et surtout plus fréquemment en insécurité alimentaire modérée et sévère. Ainsi, les ménages n'ayant pas eu de prestations sociales sont pour 12,8% en insécurité alimentaire sévère *versus* 8,0% pour ceux déclarant en avoir reçu. Le même schéma est observé pour le revenu minimum (RMI/RSA/RMA) où les personnes déclarant ne pas l'avoir touché au cours des douze derniers mois sont pour 47,6% en insécurité alimentaire modérée *versus* 29,1% pour ceux l'ayant perçu.

Tableau 100. Insécurité alimentaire en fonction des revenus et des aides financières

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Revenus mensuels (€/UC)							
0-50	%	4,1 [1,6 ; 10,1]	22,5 [16,2 ; 30,3]	55,1 [45,8 ; 64,1]	18,3 [12,1 ; 26,7]	100	
51-210	%	6,5 [3,6 ; 11,4]	35,4 [26,9 ; 44,9]	46,5 [37,4 ; 55,9]	11,6 [6,8 ; 19,0]	100	<0,001
211-450	%	13,0 [8,3 ; 19,9]	41,3 [32,0 ; 51,2]	41,6 [32,4 ; 51,3]	4,1 [2,3 ; 7,4]	100	
plus de 451	%	27,4 [19,8 ; 36,5]	33,5 [25,9 ; 42,0]	33,3 [25,4 ; 42,3]	5,8 [2,9 ; 11,2]	100	
A perçu le RMI/RSA/RMA							
Non	%	11,9 [9,1 ; 15,3]	30,0 [25,7 ; 34,6]	47,6 [2,5 ; 67,0]	10,6 [8,0 ; 13,8]	100	<0,05
Oui	%	20,9 [13,9 ; 30,2]	42,8 [31,6 ; 54,7]	29,1 [42,5 ; 52,8]	7,3 [2,5 ; 19,3]	100	
A reçu au moins une prestation sociale							
Oui	%	16,3 [12,6 ; 20,8]	38,0 [31,8 ; 44,5]	37,8 [18,8 ; 42,0]	8,0 [5,0 ; 12,5]	100	<0,001
Non	%	10,2 [6,5 ; 15,6]	24,6 [19,2 ; 31,0]	52,4 [32,2 ; 43,7]	12,8 [9,2 ; 17,5]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants
Lecture : 4,1% des familles dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 50 euros sont en sécurité alimentaire, 22,5% en insécurité alimentaire légère, 55,1% en insécurité alimentaire modérée et 18,3% en insécurité alimentaire sévère.

Notons que l'insécurité alimentaire n'est pas significativement associée au fait de ne pas être suivi par une assistante sociale. Enfin, les analyses réalisées à ce niveau ne présentent pas

non plus de lien significatif avec le fait d'avoir pu disposer d'un bon ou d'un colis alimentaire. Cependant la question des aides alimentaires est peu investiguée dans ENFAMS, et les rares questions ne portent que sur le mois précédant l'enquête.

1.4.3 Composition du ménage

La composition du ménage a été présentée dans de précédentes enquêtes, comme un déterminant important de l'insécurité alimentaire (Martin-Fernandez *et al.*, 2013). Dans le cadre d'ENFAMS, le fait que le parent du ménage soit ou non en couple est associé à l'insécurité alimentaire : les parents isolés présentent plus souvent une insécurité alimentaire modérée et sévère (respectivement 47,8% et 12,6%) et ceux vivant en couple plus souvent un état de sécurité alimentaire, ou d'insécurité alimentaire légère (respectivement 16,6% et 38,0%). En outre, le nombre d'enfants dans le ménage est associé significativement à l'insécurité alimentaire du ménage. Ainsi les ménages vivant avec 3 enfants ont la prévalence de sécurité alimentaire la plus élevée (21,5%), et ceux ayant 1 ou 2 enfants ont la prévalence d'insécurité alimentaire modérée la plus élevée (46,8%). Si l'on s'intéresse à l'insécurité alimentaire sévère, on observe une augmentation de la prévalence avec le nombre d'enfants dans le ménage, atteignant 17,3% pour les ménages avec 4 enfants ou plus.

Tableau 101. Insécurité alimentaire selon la composition du ménage

		Sécurité alimentaire	**Insécurité alimentaire légère**	**Insécurité alimentaire modérée**	**Insécurité alimentaire sévère**	**Tot.**	***p-value***
Situation matrimoniale							
Vit en couple	%	16,6 [12,6 ; 21,6]	38,0 [31,7 ; 44,6]	38,5 [32,4 ; 44,9]	7,0 [4,6 ; 10,4]	100	<0,01
Vit seul	%	11,7 [8,4 ; 16,0]	28,0 [22,2 ; 34,6]	47,8 [41,2 ; 54,5]	12,6 [8,9 ; 17,5]	100	
Nombre d'enfants dans le foyer							
1 ou 2	%	12,8 [9,8 ; 16,6]	31,5 [26,5 ; 37,0]	46,8 [41,7 ; 52,0]	8,9 [6,0 ; 12,8]	100	
3	%	21,5 [14,3 ; 31,0]	33,5 [24,5 ; 43,9]	33,4 [25,0 ; 42,9]	11,7 [6,9 ; 19,1]	100	<0,01
4 et plus	%	9,5 [4,1 ; 20,3]	49,7 [33,7 ; 65,8]	23,6 [13,2 ; 38,5]	17,3 [7,8 ; 34,1]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

1.4.4 Origine géographique et durée de vie en France

L'origine géographique du répondant, son statut administratif ainsi que le temps depuis lequel cette personne vit en France, sont associés au statut d'insécurité alimentaire du ménage (respectivement p<0,05, p<0,05 et p< 0,01).

Tableau 102. Insécurité alimentaire selon l'origine géographique, la durée de vie en France et le statut administratif

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Continent de naissance							
Afrique, Maghreb et Moyen Orient	%	14,1 [10,5 ; 18,6]	27,1 [21,8 ; 33,0]	48,1 [42,5 ; 53,7]	10,8 [7,6 ; 15,0]	100	
CEI	%	11,8 [6,6 ; 20,2]	44,4 [35,6 ; 53,5]	34,6 [26,7 ; 43,3]	9,3 [4,8 ; 17,0]	100	<0,05
Europe	%	15,2 [9,1 ; 24,3]	34,2 [23,0 ; 47,4]	42,6 [30,0 ; 56,2]	8,0 [3,8 ; 15,9]	100	
Asie et Amérique	%	15,6 [5,3 ; 38,0]	56,8 [34,8 ; 76,4]	21,7 [11,1 ; 38,2]	5,8 [1,6 ; 18,7]	100	
Durée de vie en France							
<= 1an	%	3,9 [1,8 ; 8,5]	19,0 [12,7 ; 27,3]	60,0 [49,6 ; 69,6]	17,1 [10,7 ; 26,3]	100	
1 à 3ans	%	14,1 [9,6 ; 20,2]	35,2 [27,6 ; 43,7]	38,4 [31,4 ; 46,0]	12,3 [8,6 ; 17,3]	100	<0,01
3 à 5ans	%	21,8 [12,2 ; 36]	35,8 [23,1 ; 50,8]	33,7 [24,0 ; 45,1]	8,7 [3,7 ; 19,0]	100	
Plus de 5 ans	%	13,9 [9,8 ; 19,1]	34,7 [27,4 ; 42,9]	45,9 [36,7 ; 55,4]	5,5 [3,0 ; 10,2]	100	
Statut administratif							
En possession d'un titre de séjour	%	19,6 [12,7 ; 29,0]	36,6 [26,1 ; 48,5]	36,6 [28,3 ; 45,9]	7,2 [2,4 ; 19,7]	100	<0,05
«Régularisé»	%	18,5	44,5	30,8	6,2	100	

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
		[9,8 ; 32,2]	[29,1 ; 61,1]	[18,3 ; 47,0]	[2,6 ; 14,1]		
Demandeur d'asile	%	13,2 [7,0 ; 23,4]	34,6 [27,2 ; 42,9]	42,2 [33,6 ; 51,2]	10,0 [5,6 ; 17,3]	100	
En voie de régularisation	%	10,1 [6,8 ; 14,7]	26,6 [21,1 ; 33,0]	50,3 [43,6 ; 57,0]	13,0 [9,2 ; 18,0]	100	

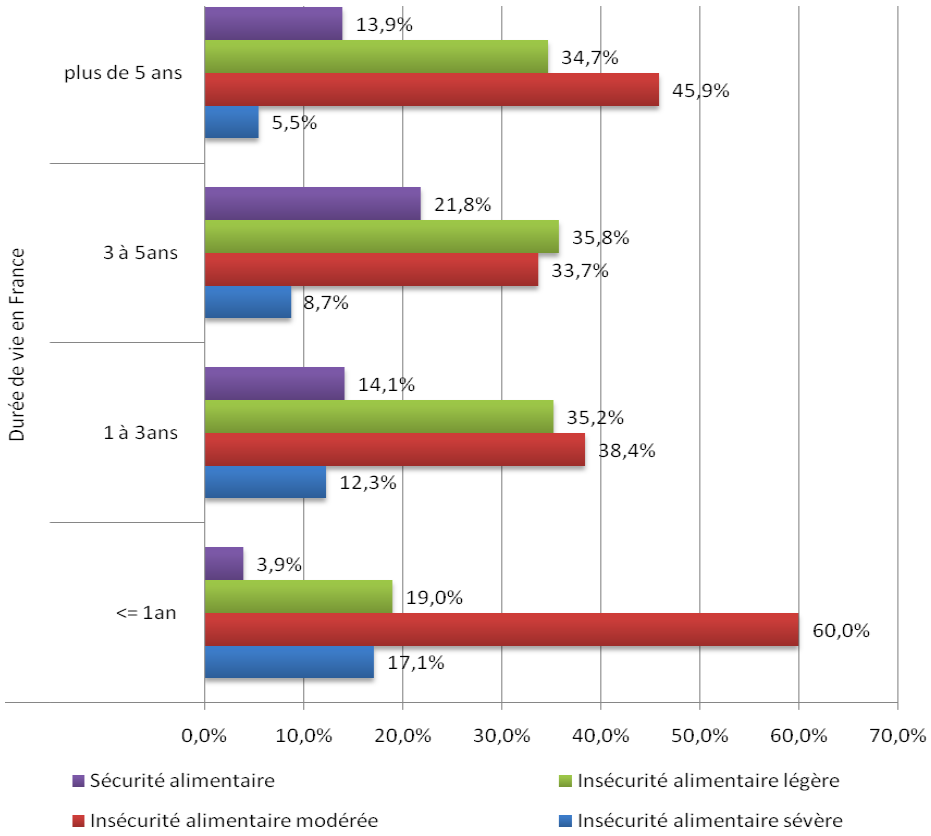
Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Les personnes nées dans un pays africain (Maghreb inclus) ou du Moyen-Orient sont pour presque la moitié en insécurité alimentaire modérée (48,1%) ; ce sont aussi celles qui présentent les prévalences les plus élevées d'insécurité alimentaire sévère. Les personnes nées dans la Communauté des Etats indépendants sont ceux qui sont le moins fréquemment en sécurité alimentaire (11,8%). A l'inverse ceux nés en Asie ou en Amérique, s'ils présentent la prévalence la plus élevée de sécurité alimentaire, rencontrent néanmoins pour plus de la moitié d'entre eux une situation d'insécurité alimentaire légère (56,8%).

Si l'on s'intéresse à la durée depuis laquelle les répondants de l'enquête ENFAMS sont en France, il apparaît que ceux étant récemment arrivés en France sont dans une situation plus vulnérable au regard de l'insécurité alimentaire. Ainsi, les individus en France depuis un an ou moins sont environ 96% en insécurité alimentaire (dont 17% en insécurité alimentaire sévère). Les répartitions des prévalences d'insécurité alimentaire en fonction de la durée de vie en France peuvent laisser penser que celles-ci diminuent avec un temps de présence plus long. Néanmoins, les individus interrogés et présents depuis plus de cinq ans sur le territoire français semblent être dans une situation particulière, avec des prévalences élevées d'insécurité alimentaire légère et modérée (cette dernière étant plus élevée que celle des individus vivant en France depuis trois à cinq ans).

Le statut administratif permet de mettre en lumière le fait que les individus en situation régulière ou en possession d'un titre de séjour sont plus fréquemment en sécurité alimentaire (respectivement 18,5% et 19,6%). A l'inverse, les individus en voie de régularisation ou en demande d'asile présentent des prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère plus élevées, avec une situation plus critique pour ceux en voie de régularisation (50% en insécurité alimentaire modérée et 13% en insécurité alimentaire sévère).

Figure 13. Insécurité alimentaire selon la durée de vie en France



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Enfin, pour compléter ces résultats, nous nous sommes intéressés aux acquisitions linguistiques françaises de ces individus, afin de connaître leur éventuel impact sur leur statut d'insécurité alimentaire. Les variables portant sur le fait d'avoir des problèmes pour écrire, lire ou parler le français ne présentent pas d'association statistiquement significative (respectivement p=0,70, p=0,15 et p=0,35).

1.5. L'insécurité alimentaire et les conditions d'hébergement

1.5.1. Caractéristiques du centre d'hébergement

L'enquête ENFAMS tient compte de diverses situations d'hébergement. Nous allons donc nous intéresser aux conditions d'hébergement en lien avec l'insécurité alimentaire. Le type de lieu d'hébergement, le type d'habitation, le gestionnaire de l'hébergement, ainsi que la

participation financière à l'hébergement sont significativement associés à l'insécurité alimentaire (respectivement p<0,05, p<0,05, p<0,001 et p<0,001). Concernant le lieu d'hébergement, les familles hébergées dans un CHU ou dans un CHRS sont plus fréquemment en situation de sécurité alimentaire (respectivement 23,8% et 22,5%). Néanmoins cette situation est différente pour la situation d'insécurité alimentaire sévère, où les CHRS paraissent bien plus protecteurs que les CHU. Les familles en CHU présentent une prévalence de 10,0% d'insécurité alimentaire sévère, alors que celles en CHRS sont dans cette situation pour 3,9%. Les familles hébergées dans un hôtel semblent être celles ayant la situation la plus vulnérable face à l'insécurité alimentaire, avec une prévalence élevée d'insécurité alimentaire modérée (44,3%) et 11,0% d'insécurité alimentaire sévère.

Si l'on s'intéresse maintenant au type d'habitation, les familles vivant dans des structures collectives sont certes plus souvent en sécurité alimentaire (25,0%) mais elles sont aussi presque 4 fois plus souvent en insécurité alimentaire sévère que celles résidant dans un autre type d'habitation (appartement seul ou partagé).

Le gestionnaire de l'hébergement est aussi associé avec le statut d'insécurité alimentaire du ménage. Ainsi, les ménages le plus souvent en sécurité alimentaire sont ceux dont l'hébergement est géré par le Conseil Général (25,1%). 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 (9,5%). 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 49,3% et 13,7%).

Enfin, lorsque la famille participe financièrement à l'hébergement ses prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère sont plus élevées (respectivement 46,6% *versus* 35,1%[107] et 12,5% *versus* 3,2%).

Tableau 103. Insécurité alimentaire selon les caractéristiques d'hébergement

		Sécurité alimentaire	**Insécurité alimentaire légère**	**Insécurité alimentaire modérée**	**Insécurité alimentaire sévère**	**Tot.**	***p-value***
Type de lieu							
Hôtel	%	11,7	33,1	44,3	11,0	100	<0,05

[107] Pour ceux ne participant pas financièrement à leur hébergement.

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
		[8,7 ; 15,5]	[27,9 ; 38,7]	[38,9 ; 49,8]	[7,8 ; 15,2]		
CHU	%	23,8 [14,3 ; 36,9]	36,0 [21,8 ; 53,3]	29,3 [17,2 ; 45,2]	10,9 [5,1 ; 22,0]	100	
CADA	%	15,4 [10,1 ; 22,9]	31,8 [24,3 ; 40,5]	44,5 [36,0 ; 53,3]	8,3 [4,3 ; 15,2]	100	
CHRS	%	22,5 [13,5 ; 35,1]	31,6 [22,6 ; 42,3]	41,9 [34,1 ; 50,2]	3,9 [1,8 ; 8,3]	100	
Type d'habitation							
Collectif	%	25,0 [14,3 ; 39,9]	21,2 [13,3 ; 32,2]	44,3 [36,0 ; 53,1]	9,4 [5,6 ; 15,6]	100	<0,05
Appartement	%	20,2 [14,1 ; 28,3]	45,4 [33,1 ; 58,3]	31,9 [19,5 ; 47,5]	2,5 [0,9 ; 6,5]	100	
Gestionnaire							
Samusocial de Paris hors 115	%	9,5 [4,9 ; 17,7]	50,9 [39,1 ; 62,7]	33,7 [23,6 ; 45,5]	5,8 [3,0 ; 11,2]	100	
Le 115	%	12,5 [9,0 ; 17,1]	24,6 [20,0 ; 29,8]	49,3 [43,1 ; 55,5]	13,7 [9,5 ; 19,2]	100	
Le Conseil Général	%	25,1 [7,9 ; 56,8]	40,6 [11,3 ; 78,7]	30,4 [11,7 ; 59,0]	3,8 [0,8 ; 16,6]	100	<0,001
Mairie/Ville	%	12,2 [4,9 ; 27,3]	55,7 [40,2 ; 70,1]	29,3 [15,2 ; 48,9]	2,9 [0,6 ; 12,5]	100	
Association et autre	%	20,4 [15,3 ; 26,7]	33,3 [26,5 ; 40,8]	41,2 [34,8 ; 47,9]	5,1 [3,2 ; 8,2]	100	
Participation financière à l'hébergement							
Oui	%	10,9 [8,2 ; 14,3]	30,1 [25,7 ; 34,8]	46,6 [45,2 ; 59,6]	12,5 [9,1 ; 16,9]	100	<0,001
Non	%	21,5 [14,7 ; 30,3]	40,2 [32,1 ; 48,9]	35,1 [41,4 ; 51,9]	3,2 [1,6 ; 6,3]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Concernant l'hébergement, notre intérêt s'est aussi porté sur le lieu où l'établissement se trouve (en distinguant les structures situées à Paris de celles situées en petite ou en grande couronne), mais nous ne trouvons pas d'association significative entre l'insécurité alimentaire et la localisation géographique des lieux d'hébergement.

1.5.2. Durée de vie sans domicile et parcours

Un trait caractéristique du système d'hébergement des familles étant la mobilité résidentielle des habitants (Le Mener et Oppenchaim, 2012), il nous a semblé pertinent de nous intéresser aux éventuels liens entre insécurité alimentaire, durée de vie sans domicile et nombre de déménagements dans les douze derniers mois. Ces deux variables sont associées au statut d'insécurité alimentaire des familles (respectivement p<0,01 et p<0,001). Le temps passé sans domicile semble avoir un impact différent selon la sévérité de l'insécurité alimentaire. En effet, pour l'insécurité alimentaire légère il semble y avoir un gradient augmentant la prévalence d'insécurité alimentaire avec la durée de vie sans domicile : les familles ayant passé un an ou moins dans cette situation sont deux fois moins en insécurité alimentaire légère que celles ayant passé plus de quatre ans sans domicile. En revanche les personnes vivant sans domicile entre un et deux ans présentent des prévalences d'insécurité alimentaire paradoxales : d'un côté, ce sont celles qui sont le plus souvent en sécurité alimentaire (17,5%), d'un autre côté, ce sont aussi celles qui sont le plus fréquemment en insécurité alimentaire sévère (14,0%). Les prévalences d'insécurité alimentaire sévère sont de manière générale moins élevées pour ceux ayant une durée de vie sans domicile supérieure à deux ans.

Tableau 104. Insécurité alimentaire selon le parcours sans domicile

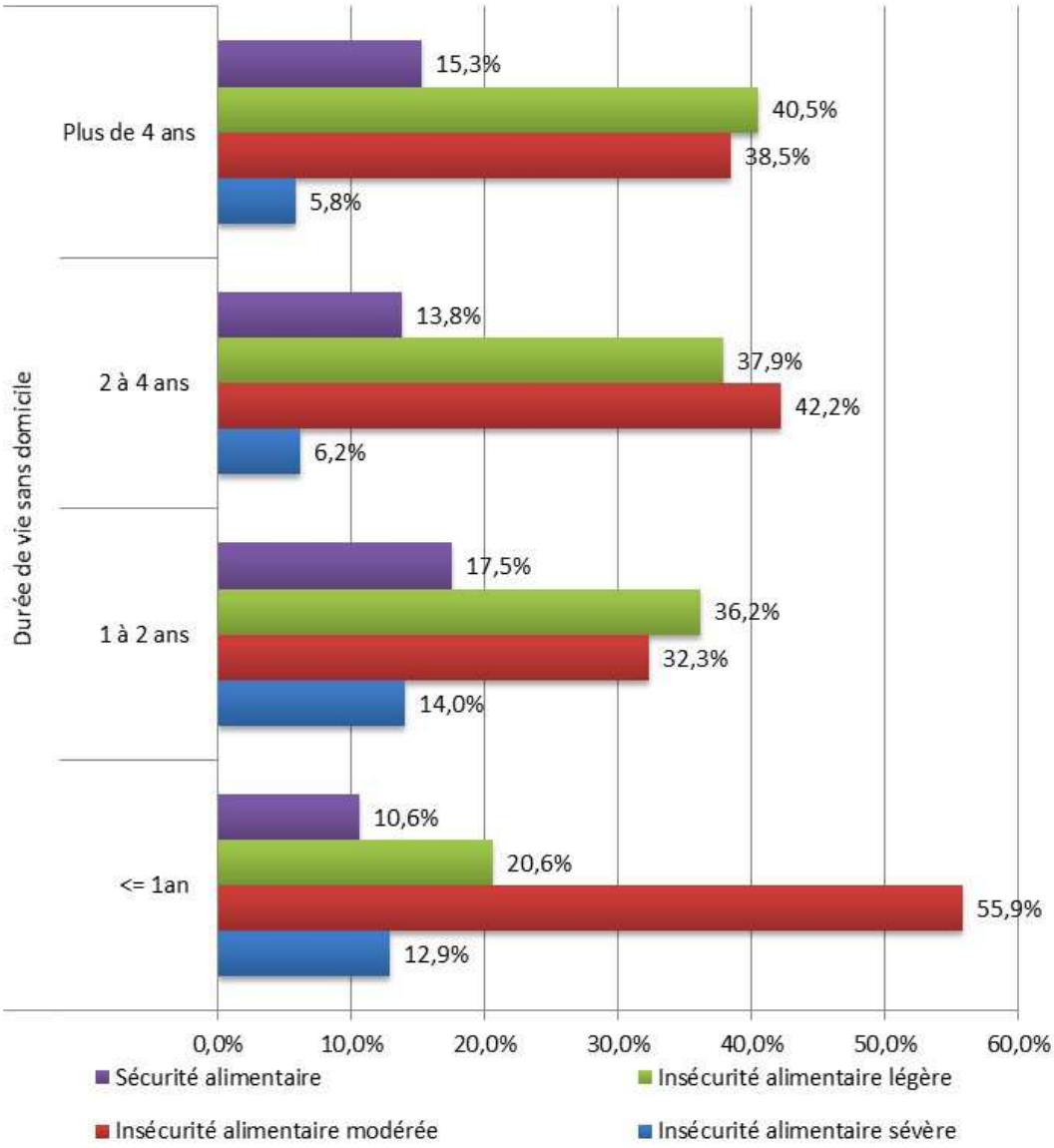
		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Durée de vie sans domicile							
<=1an	%	10,6 [5,7 ; 18,9]	20,6 [15,1 ; 27,5]	55,9 [48,0 ; 63,6]	12,9 [8,6 ; 18,9]	100	
1 à 2 ans	%	17,5 [11,6 ; 25,5]	36,2 [27,4 ; 46,2]	32,3 [23,7 ; 42,4]	14,0 [9,0 ; 21,1]	100	<0,01
2 à 4ans	%	13,8 [9,0 ; 20,5]	37,9 [29,3 ; 47,3]	42,2 [35,0 ; 49,8]	6,2 [2,8 ; 12,9]	100	
Plus de 4 ans	%	15,3 [10,0 ; 22,6]	40,5 [30,7 ; 51,1]	38,5 [28,0 ; 50,2]	5,8 [3,0 ; 10,8]	100	
Déménagements dans les douze derniers mois							
0	%	16,7 [12,6 ; 21,9]	37,9 [31,6 ; 44,7]	39,8 [37,8 ; 56,2]	5,6 [3,6 ; 8,5]	100	<0,001

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire légère	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
1 ou 2	%	12,3 [7,9 ; 18,7]	34,6 [26,4 ; 43,8]	46,5 [33,2 ; 46,7]	6,6 [4,0 ; 10,5]	100	
3 à 5	%	14,4 [7,6 ; 25,5]	25,1 [15,3 ; 38,4]	39,3 [38,1 ; 55,2]	21,2 [11,8 ; 35,3]	100	
6 et plus	%	6,1 [2,6 ; 13,7]	18,4 [9,5 ; 32,9]	56,7 [29,2 ; 50,5]	18,7 [10,5 ; 31,3]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Le nombre de déménagements semble aussi se répercuter sur la situation d'insécurité alimentaire, l'instabilité résidentielle entraînant des prévalences d'insécurité alimentaire sévère plus élevées chez ceux qui déménagent plus souvent : les prévalences sont de 21,2% et 18,7% pour ceux ayant déménagé respectivement entre 3 et 5 fois, et plus de 5 fois dans l'année contre une prévalence comprise entre 5,6% et 6,6% pour ceux n'ayant pas déménagé ou ayant déménagé 1 ou 2 fois.

Figure 14. Insécurité alimentaire selon la durée de vie sans domicile



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants

1.5.3. Présence d'une cuisine et insécurité alimentaire

A l'issue de ces dernières analyses, il a semblé important de s'intéresser à la présence d'éléments permettant de cuisiner. Les variables concernant la présence d'une cuisine ou celle d'un micro-ondes dans l'hébergement présentent des liens avec l'insécurité alimentaire à la limite de la significativité (respectivement p=0,05 et p=0,06). Ainsi, les résultats concernant la présence d'une cuisine sont présentés à des fins exploratoires, mais ceux-ci doivent être interprétés avec précaution au regard de cette limite de significativité.

Les ménages ayant une cuisine dans leur chambre ont des prévalences d'insécurité alimentaire sévère moins élevées (près de deux fois moins) que ceux ayant une cuisine collective dans la structure d'hébergement, et que ceux qui ne cuisinent pas ou ne peuvent pas cuisiner (respectivement 6,8% *versus* 12,4% et 12,4%).

D'autres analyses seront nécessaires afin de percevoir le rôle potentiel de la présence ou de l'absence de cuisine sur le statut d'insécurité alimentaire.

Tableau 105. Insécurité alimentaire selon le lieu où cuisine la famille

		Sécurité alimentaire	**Insécurité alimentaire légère**	**Insécurité alimentaire modérée**	**Insécurité alimentaire sévère**	**Tot.**	***p-value***
Dans la chambre	%	13,3 [9,3 ; 18,8]	40,2 [33,4 ; 47,3]	39,7 [36,9 ; 55,3]	6,8 [4,4 ; 10,4]	100	
Cuisine collective	%	11,6 [7,8 ; 16,9]	30,9 [23,7 ; 39,0]	45,2 [33,0 ; 46,8]	12,4 [7,9 ; 18,9]	100	
A l'extérieur	%	32,6 [10,3 ; 67,0]	15,0 [5,8 ; 33,4]	47,0 [37,4 ; 53,2]	5,4 [1,5 ; 17,9]	100	0,05
Ne cuisine pas ou ne peut pas cuisiner	%	15,6 [10,1 ; 23,4]	25,1 [18,3 ; 33,4]	46,9 [23,4 ; 72,0]	12,4 [7,6 ; 19,7]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

1.6. L'insécurité alimentaire des enfants dans ENFAMS

La prévalence de l'insécurité alimentaire chez les enfants dans cette étude est particulièrement préoccupante. Il est donc important de connaître les caractéristiques des ménages auxquels appartiennent ces enfants. A l'instar de l'insécurité alimentaire de la famille les variables de diplôme, d'âge, et de sexe ne présentent pas de lien statistiquement significatif avec l'insécurité alimentaire des enfants.

1.6.1. Composition du ménage

En revanche, la composition du ménage peut influencer de façon différente la situation d'insécurité alimentaire des enfants. Ainsi, le fait que le parent interrogé vive seul ou en couple ne semble pas être significativement lié à l'insécurité alimentaire des enfants (p=0,3). Néanmoins, les parents vivant seuls ont plus fréquemment des enfants en insécurité alimentaire sévère que ceux vivant en couple (10,4% *versus* 6,5%), comme cela est retrouvé dans la littérature, les familles monoparentales étant identifiées comme les sous-groupes les plus à risque en ce qui concerne l'insuffisance alimentaire. Le nombre d'enfants dans le ménage est quant à lui significativement associé à la situation d'insécurité alimentaire des enfants (p<0,05). Comme nous l'observons dans le tableau suivant, plus le nombre d'enfants dans la famille augmente, moins les enfants sont en sécurité alimentaire et plus l'insécurité alimentaire sévère des enfants est présente (pour atteindre presque 14,0% dans les ménages avec 4 enfants et plus).

Tableau 106. Insécurité alimentaire des enfants, selon le nombre d'enfants dans le ménage

		Sécurité alimentaire	**Insécurité alimentaire modérée**	**Insécurité alimentaire sévère**	**Tot.**	***p-value***
1	%	36,4 [28,7 ; 44,8]	55,6 [48,0 ; 63,0]	8,0 [4,6 ; 13,5]	100	
2	%	24,2 [18,0 ; 31,6]	69,1 [61,6 ; 75,7]	6,8 [4,1 ; 11,0]	100	<0,05
3	%	34,9 [26,3 ; 44,6]	53,3 [44,6 ; 61,9]	11,8 [7,1 ; 18,9]	100	
4 et plus	%	19,0 [10,5 ; 32,1]	67,2 [51,8 ; 79,7]	13,8 [5,7 ; 29,7]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

1.6.2 Revenus et aides

Le niveau de revenu et le fait de percevoir des aides sont associés significativement à l'insécurité alimentaire des enfants. Ainsi, le niveau de revenu par unité de consommation est fortement associé à l'insécurité alimentaire des enfants (p<0,001) : les plus pauvres des ménages (revenu inférieur ou égal à 50€ par unité de consommation) présentent des prévalences d'insécurité alimentaire modérée et sévère très fortes (respectivement 69,7% et 15,7%).

Concernant les prestations sociales que reçoivent les familles : quand celles-ci déclarent ne percevoir aucune prestation sociale, l'insécurité alimentaire des enfants est presque de 80% (67,9% modérée et 11,4% sévère). Les familles déclarant recevoir les allocations familiales ont des prévalences d'insécurité alimentaire des enfants moindres, passant de 74,3% à 58,0%. Les enfants vivant dans des familles bénéficiant d'aide financière pour la cantine sont moins fréquemment en insécurité alimentaire sévère (4,4% *versus* 9,3%), mais demeurent fortement en insécurité alimentaire modérée (72,3%).

Tableau 107. Insécurité alimentaire des enfants, selon les revenus et les aides perçues

		Sécurité alimentaire	**Insécurité alimentaire modérée**	**Insécurité alimentaire sévère**	**Tot.**	***p-value***
Revenus mensuels (€/UC)						
0-50	%	14,6 [9,1 ; 22,5]	69,7 [61,5 ; 76,8]	15,7 [10,9 ; 22,1]	100	
51-210	%	17,6 [12,4 ; 24,3]	74,3 [66,4 ; 80,9]	8,1 [4,5 ; 13,8]	100	<0,001
211-450	%	34,7 [25,8 ; 44,7]	61,9 [51,8 ; 71,1]	3,4 [1,7 ; 6,2]	100	
plus de 451	%	50,0 [40,7 ; 59,3]	43,4 [34,4 ; 52,7]	6,7 [2,8 ; 15,0]	100	
A perçu le RMI/RSA/RMA						
Oui	%	47,0 [33,8 ; 60,6]	48,4 [35,7 ; 61,2]	4,6 [1,8 ; 11,3]	100	<0,01
Non	%	26,1 [22,2 ; 30,5]	64,3 [59,6 ; 68,7]	9,7 [7,1 ; 13,0]	100	
A reçu au moins une prestation sociale						
Oui	%	36,9	56,3	6,8	100	<0,01

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
		[30,4 ; 43,9]	[49,6 ; 62,8]	[4,1 ; 10,9]		
Non	%	20,8 [15,7 ; 26,9]	67,9 [61,6 ; 73,5]	11,4 [8,0 ; 16,0]	100	
A perçu des allocations familiales						
Oui	%	42,0 [32,8 ; 51,7]	53,9 [44,4 ; 63,1]	4,1 [1,2 ; 12,8]	100	<0,05
Non	%	25,7 [21,4 ; 30,5]	63,8 [59,1 ; 68,3]	10,5 [8,0 ; 13,7]	100	
A perçu une aide financière pour la cantine						
Oui	%	23,4 [16,2 ; 32,4]	72,3 [62,9 ; 80,0]	4,4 [2,5 ; 7,7]	100	<0,05
Non	%	31,6 [26,3 ; 37,4]	59,1 [53,5 ; 64,5]	9,3 [6,7 ; 12,7]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

1.6.3 Situation migratoire

Les origines géographiques ne semblent pas significativement associées à l'insécurité alimentaire des enfants (p=0,20). Néanmoins plusieurs variables témoignant de l'« installation » en France des familles interrogées sont associées avec l'insécurité alimentaire des enfants : la durée de vie en France et le fait de pouvoir lire, comprendre et parler en français ou encore le statut administratif du répondant. On observe un gradient significatif selon la durée de vie en France : en effet, les enfants vivant dans la famille d'un répondant arrivé en France récemment (durée inférieure ou égale à douze mois) présentent des prévalences d'insécurité alimentaire modérées et sévères très fortes (respectivement 72,3% et 14,8%). Les prévalences d'insécurité alimentaire des enfants sont plus faibles dans les ménages des personnes arrivées en France il y a plus de cinq ans (dont 37,4% sont en sécurité alimentaire et 5,5% en insécurité alimentaire sévère).

Le statut administratif du répondant est associé à l'insécurité alimentaire des enfants, seuls 21,3% des enfants vivant aux côtés d'un parent en voie de régularisation sont en sécurité alimentaire, tandis que ceux vivant avec une personne déjà régularisée sont pour 43,6% dans cette situation.

Le fait que la personne répondant au questionnaire dise avoir des difficultés pour lire le français, le comprendre ou le parler est aussi associé à cette situation chez les enfants de la famille avec une prévalence doublée d'insécurité alimentaire sévère (13,2% *versus* 4,9% pour la lecture, 12,8 *versus* 6,3% pour la compréhension et 12,8 *versus* 5,5% pour le fait de parler).

Tableau 108. Insécurité alimentaire des enfants, selon le statut administratif, la durée de vie en France et la maîtrise du français des parents

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Statut administratif						
En voie de régularisation	%	21,3 [16,7 ; 26,8]	66,4 [60,7 ; 71,7]	12,2 [8,7 ; 16,7]	100	
« Régularisé »	%	43,9 [28,4 ; 60,8]	50,2 [33,6 ; 66,7]	5,9 [2,5 ; 13,4]	100	<0,01
Demande d'asile	%	27,2 [18,9 ; 37,5]	63,9 [53,5 ; 73,1]	8,9 [4,7 ; 16,1]	100	
En possession d'un titre de séjour	%	36,4 [26,2 ; 47,9]	59,1 [48,2 ; 69,1]	4,5 [1,7 ; 11,3]	100	
Durée de vie en France						
<= 1an	%	12,9 [8,1 ; 19,9]	72,3 [62,6 ; 80,1]	14,8 [9,0 ; 23,4]	100	
1 à 3 ans	%	30,7 [23,9 ; 38,3]	60,2 [52,5 ; 67,4]	9,2 [6,2 ; 13,4]	100	<0,05
3 à 5 ans	%	30,8 [19,9 ; 44,3]	60,3 [46,5 ; 72,4]	8,9 [3,8 ; 19,0]	100	
plus de 5 ans	%	37,4 [29,6 ; 45,9]	57,1 [48,4 ; 65,3]	5,5 [2,3 ; 12,0]	100	
Difficulté pour lire en français						
Oui	%	25,9 [21,2 ; 31,2]	60,9 [55,5 ; 66,0]	13,2 [9,5 ; 18,0]	100	<0,01
Non	%	32,0 [25,0 ; 40,1]	63,1 [55,2 ; 70,3]	4,9 [3,0 ; 7,8]	100	
Difficulté pour comprendre le français						
Oui	%	22,4 [17,6 ; 27,8]	64,8 [58,8 ; 70,1]	12,8 [8,8 ; 18,4]	100	<0,01
Non	%	33,9 [27,1 ; 41,6]	59,8 [52,2 ; 67,0]	6,3 [4,1 ; 9,2]	100	

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Difficulté pour parler le français						
Oui	%	25,2 [20,3 ; 30,6]	62,0 [56,4 ; 67,4]	12,8 [9,0 ; 17,7]	100	<0,05
Non	%	32,7 [25,4 ; 40,9]	61,9 [53,7 ; 69,4]	5,5 [3,5 ; 8,4]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

1.6.4 Conditions d'hébergement

Les conditions d'hébergement sont aussi significativement associées au statut d'insécurité alimentaire des enfants du ménage. Certes, le type de structure dans laquelle sont hébergés les membres du ménage n'est pas statistiquement associé à l'insécurité alimentaire des enfants (p=0,11). Mais le type d'habitation (collectif ou appartement), le gestionnaire de l'hébergement, ou encore la participation financière à l'hébergement présentent des associations significatives avec l'insécurité alimentaire des enfants.

Tableau 109. Insécurité alimentaire des enfants, selon les conditions d'hébergement

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Gestionnaire						
Samusocial de Paris hors 115	%	21,7 [14,1 ; 31,7]	73,3 [63,3 ; 81,4]	5,0 [2,3 ; 9,9]	100	<0,01
Le 115	%	27,0 [21,5 ; 33,2]	61,1 [55,1 ; 66,8]	11,9 [8,3 ; 16,7]	100	
Le Conseil General	%	60,5 [35,7 ; 80,8]	36,0 [16,5 ; 61,5]	3,4 [0,6 ; 14,9]	100	
Mairie/Ville	%	39,7 [22,1 ; 60,6]	57,6 [36,9 ; 75,8]	2,7 [0,6 ; 11,7]	100	
Association et autre	%	38,0 [27,3 ; 49,8]	57,6 [45,6 ; 68,7]	4,5 [2,6 ; 7,1]	100	
Type d'habitation						

		Sécurité alimentaire	Insécurité alimentaire modérée	Insécurité alimentaire sévère	Tot.	*p-value*
Collectif	%	33,4 [21,7 ; 47,3]	57,4 [44,1 ; 69,7]	9,2 [5,3 ; 15,3]	100	<0,05
Seul ou éclaté	%	51,4 [36,2 ; 66,2]	46,7 [32,1 ; 61,7]	2,0 [0,5 ; 6,0]	100	
Participation financière à l'hébergement						
Oui	%	26,4 [22,0 ; 31,3]	62,4 [57,6 ; 66,9]	11,2 [8,3 ; 15,1]	100	<0,001
Non	%	42,0 [30,9 ; 53,8]	56,4 [44,6 ; 67,5]	1,7 [0,9 ; 3,1]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 772 répondants.

Comme au niveau des ménages, ce sont les enfants vivant dans des hébergements de type collectif qui vont être plus souvent en insécurité alimentaire sévère (9,2%). Les enfants des ménages dont l'hébergement est géré par le Conseil Général sont pour 60,5% en sécurité alimentaire. A l'inverse ceux dont l'hébergement est géré par le 115 sont pour 61,0% en insécurité alimentaire modérée et pour presque 12% en insécurité alimentaire sévère. Le fait que le ménage participe financièrement à son hébergement impacte aussi sensiblement l'alimentation des enfants, ces enfants ayant des prévalences d'insécurité alimentaire sévère presque 7 fois supérieures à celle des enfants vivant dans les ménages ne participant pas financièrement à leur hébergement (11,2% *versus* 1,7%). Concernant l'équipement, la présence de cuisine ou de micro-ondes dans la chambre n'est pas associée significativement à l'insécurité alimentaire des enfants (p=0,09 et p=0,9).

Concernant la durée de vie sans domicile du répondant ou encore le nombre de déménagements dans les douze derniers mois, ces variables ne sont pas non plus associées significativement à l'insécurité alimentaire des enfants (p=0,06 et p=0,11).

2. L'anémie touche la moitié des mères et un tiers des enfants

L'anémie par carence en fer est une diminution du nombre des globules rouges et de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie a diverses conséquences sur la santé. Chez l'enfant, elle peut freiner le développement par ralentissement de la croissance et induire

une moindre capacité de travail, qui peut entraver l'apprentissage scolaire (Stoltfus, 2001). Elle peut également entraîner un retard de développement mental, comme cela a été démontré dans des études réalisées dans les pays en développement, où elle serait responsable de 40% des retards (Black, 2003) et associée à un risque accru de mortalité chez les jeunes enfants (OMS, 2001).

Bien que l'anémie soit un problème de santé publique, sa prévalence reste élevée dans la population mondiale, en particulier dans les pays en voie de développement où elle peut atteindre 60% (OMS). Chez la femme enceinte, elle accroît le risque d'avoir un enfant de petit poids. La prévalence de l'anémie est souvent utilisée comme indicateur de la carence en fer, car la concentration sanguine de l'hémoglobine est facilement mesurable, en particulier dans notre population, par l'hémoglobinomètre portatif qui donne des résultats instantanés. Toutefois, elle perd son intérêt si l'anémie n'est pas due à des carences nutritionnelles en fer : les maladies infectieuses (paludisme, tuberculose, VIH, helminthiases, hémoglobinopathies), notamment dans les pays d'endémie, contribuent à la prévalence élevée qu'on retrouve dans certains pays, notamment d'Afrique subsaharienne (Staubli, 2001 ; Vandenbroak, 2000). Ainsi, l'anémie est plus fréquente dans les pays en voie de développement, où la prévalence varie de 30 à 80%, que dans les pays développés où la prévalence est entre 10 et 20% (Benoist *et al.*, 2008). Mais parmi toutes les étiologies de l'anémie retrouvées dans les pays en voie de développement, l'OMS estime que 75% des anémies sont néanmoins attribuables à la carence en fer et indique le taux d'hémoglobine comme le meilleur indicateur de la carence en fer.

Afin de limiter les erreurs d'interprétation, pour nos analyses, nous avons exclu les personnes déclarant une hémoglobinopathie (drépanocytose, thalassémie).

L'anémie a été classée selon les critères de l'OMS présentés dans le tableau suivant, selon l'âge et le sexe des personnes.

Tableau 110. Taux d'hémoglobine pour diagnostiquer l'anémie (dg/l)[108]

		Anémie*		
Population	**Pas d'anémie***	**Légère[109]**	**Modérée**	**Grave**

[108] Source : 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1).
(http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf, consulté le 31/03/2014).

Population	Pas d'anémie*	Anémie*		
		Légère[109]	Modérée	Grave
Enfant de 6 à 59 mois	11,0 ou plus	10,0-10,9	7,0-9,9	Inférieur à 7,0
Enfants de 5 à 11 ans	11,5 ou plus	11,0-11,4	8,0-10,9	Inférieur à 8,0
Enfants de 12 à 14 ans	12,0 ou plus	11,0-11,9	8,0-10,9	Inférieur à 8,0
Femmes qui ne sont pas enceintes	12,0 ou plus	11,0-11,9	8,0-10,9	Inférieur à 8,0
Femmes enceintes	11,0 ou plus	10,0-10,9	7,0-9,9	Inférieur à 7,0
Hommes (à partir de 15 ans)	13,0 ou plus	11,0-12,9	8,0-10,9	Inférieur à 8,0

Source : OMS

* Hémoglobine en décigrammes par litre.

Parmi les 801 familles rencontrées dans l'enquête, 94,3% ont accepté le second rendez-vous avec l'infirmière, qui a réalisé le test avec l'hemoglobinomètre portatif. Ce sont 95,1% des enfants de 0 à 5 ans et 92,7% des enfants de 6 à 12 ans qui ont finalement rencontré l'infirmière. Les derniers rendez-vous n'ont pas pu être honorés car le temps d'étude était terminé et il devenait difficile d'obtenir des rendez-vous (que ce soit des refus déguisés ou des impossibilités pour l'équipe de prendre le rendez-vous[110]).

Lors de la rencontre avec l'infirmière, les enfants avaient entre 1 mois et 13,2 ans[111].

L'anémie chez l'enfant âgé de moins de 1 an sera traitée dans le chapitre santé périnatale : en effet, il a été montré une relation entre la concentration en hémoglobine de la femme enceinte et celle de l'enfant à 6, 9 et 12 mois (Koura, 2012) et cette problématique est une carence maternelle ayant un corollaire infantile, donc hors de propos dans ce chapitre.

Parmi les 617 enfants de plus de 1 an ayant rencontré l'infirmière, il y avait 53,3% de filles et une différence de sexe était observée selon les classes d'âges ($p<0,05$). Ainsi 75,4% des enfants de 12 ans et plus étaient des filles.

Tableau 111. Répartition par âge et sexe des enfants rencontrés par les infirmières

	Garçons			Filles			*p-value*
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	

[109] Le terme de « légère » prête à confusion : la carence en fer en est déjà à un stade avancé quand on détecte une anémie. Elle a des conséquences, même s'il n'y a pas d'anémie clinique apparente.

[110] Voir « 2.4. La coordination du terrain » dans le chapitre méthodologique.

[111] Au moment de l'inclusion les enfants avaient tous moins de 13 ans. Les contraintes d'organisation et de disponibilités pour le rendez-vous infirmier ont fait que certains enfants ont eu 13 ans entre les deux rendez-vous.

	Garçons			Filles			*p-value*
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	
[1-5 ans[	160	42,9	[36,1 ; 49,9]	195	57,1	[50,1 ; 63,9]	
[5-12 ans[	128	53,1	[45,5 ; 60,6]	119	46,9	[39,5 ; 54,5]	<0,05
[12 ans-15 ans[	5	24,6	[10,3 ; 48,0]	10	75,4	[52,0 ; 89,7]	
Ensemble	293	46,7	[41,8 ; 51,7]	324	53,3	[48,3 ; 58,3]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 617 enfants de 1 an et plus rencontrés par l'infirmière
Lecture : 57,1% des enfants de 1 à moins de 5 ans rencontrés par l'infirmière étaient des filles.

2.1. Prévalence de l'anémie chez les parents et les enfants

Sur les 751 adultes ayant rencontré l'infirmière, 737 ont eu une mesure d'hémoglobine, soit 96,7%. Cela concernait 21 pères et 716 mères. Parmi elles, cinq s'étaient déclarées drépanocytaires, cinq séropositives au VIH et trois tuberculeuses. Bien que certaines aient été anémiées au moment de la mesure, leurs résultats ont été exclus de la suite des analyses. Aucun père ayant accepté le prélèvement n'a déclaré de drépanocytose ou une autre maladie qui aurait conduit à l'exclure de l'analyse. Au total donc, 724 prélèvements ont été retenus pour l'analyse.

Plus d'un quart des pères (26,4%) étaient anémiés ($IC_{95\%}$ [6,5 ; 64,9]) avec essentiellement des anémies légères. Parmi les 703 mères retenues dans l'analyse, la moitié (50,3%) étaient anémiées ($IC_{95\%}$ [45,8-54,8]), avec presqu'autant d'anémies légères que modérées, et 0,2% d'anémies graves.

Tableau 112. Sévérité de l'anémie chez toutes les mères*.

	n	**%**	**IC95%**
Aucune	340	49,7	[45,2 ; 54,3]
Légère	183	25,6	[22,0 ; 29,4]
Modérée	177	24,6	[20,9 ; 28,6]
Grave	3	0,2	[0,05 ; 0,5]
Total	703	100	

*Comprend les femmes enceintes et non enceintes.
Source : enquête ENFAMS 2013.
Champ : 730 mères rencontrées, 703 prélevées, non drépanocytaires, non VIH+, non tuberculeuses.
Lecture : 49,7% des mères ne sont pas anémiés.

Sur les 617 enfants de 1 an et plus ayant rencontré l'infirmière, 594 ont eu une mesure d'hémoglobine, soit 96,1%. Parmi eux, huit étaient signalés drépanocytaires par leurs parents. Bien que certains aient été anémiés au moment de la mesure, leurs résultats ont été exclus de la suite des analyses. Ainsi sur les 586 enfants non drépanocytaires connus, 37,7% étaient anémiés ($IC_{95\%}$ [32,5 ; 43,2]), 18,6% avaient une anémie légère, 19,0% une anémie modérée et 0,1% une anémie grave.

Tableau 113. Sévérité de l'anémie chez les enfants de 1 an et plus

	n	%	[IC95%]
Aucune	354	62,3	[56,8 ; 67,5]
Légère	118	18,6	[14,7 ; 23,3]
Modérée	113	21,9	[15,3 ; 23,4]
Grave	1	0,1	[0,01 ; 0,29]
Total	586	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 617 enfants de 1 an et plus ayant rencontré l'infirmière, 586 prélevés, non drépanocytaires.
Lecture : 62,3% des enfants de 1 an et plus ne sont pas anémiés.

On note que près des deux tiers des enfants de 1 an et plus anémiés ont une mère anémiée. Il existe une association entre l'anémie de l'enfant et de la mère (OR=1,9, $IC_{95\%}$ [1,2 ; 2,9]). Ce résultat est important à souligner car il montre l'importance d'une prise en charge familiale du problème de l'anémie.

Tableau 114. Anémie de l'enfant selon l'anémie de la mère

	Enfants anémiés						
	Non		Oui		Total		*p-value*
Mères anémiées	n	%	n	%	n	%	
Non	177	53,0 [46,1 ; 60,1]	84	38,0 [29,9 ; 46,8]	261	47,4 [42,1 ; 52,8]	0,01
Oui	161	47,0 [39,9 ; 53,9]	136	62,0 [53,2 ; 70,1]	297	52,6 [47,2 ; 57,9]	
Total	338	100	220	100	558	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 558 couples enfant-mère prélevés, non déclarés drépanocytaires, VIH+, ou tuberculeux.
Lecture : 62,0% des enfants de 1 an et plus anémiés ont une mère anémiée.

2.2. Comparaisons avec d'autres études régionales, nationales et internationales

En termes de santé publique, avec 37,7% des enfants de 1 an et plus anémiés ($IC_{95\%}$ [32,5 ; 43,2]) et 26,4% des pères ($IC_{95\%}$ [6,5 ; 64,9])[112], l'anémie est considérée comme modérée[113] dans ces deux populations. En revanche, avec 50,3% des mères anémiées ($IC_{95\%}$ [45,8 ; 54,8]), l'anémie est considérée comme sévère dans la population des mères sans domicile.

En Europe, la prévalence de l'anémie chez les enfants préscolaires (0-5 ans) est de 21,7% ($IC_{95\%}$ [15,4 ; 28,0]) et de 19,0% chez les femmes non enceintes. En France, la prévalence de l'anémie chez les enfants préscolaires (0-5 ans) est de 8,3% ($IC_{95\%}$ [1,8 ; 30,5]) et de 9,1% ($IC_{95\%}$ [7,9 ; 10,4]) chez les femmes non enceintes selon l'OMS (Worlwide prevalence of anaemia 1993-2005, WHO Global Database on Anaemia).

Dans la population sans domicile de l'étude, la prévalence de l'anémie chez les enfants préscolaires[114] de 1 an et plus (soit de 1 à 4,9 ans) est de 34,8% ($IC_{95\%}$ [27,7 ; 42,6]) et de 41,1% ($IC_{95\%}$ [34,4 ; 48,0]) chez les enfants en âge d'être scolarisés dans le primaire. Ainsi, 49,4% ($IC_{95\%}$ [40,3 ; 58,5]) des enfants anémiés de 1 an et plus sont d'âge préscolaire *versus* 50,6% des enfants non anémiés ($IC_{95\%}$ [41,5 ; 59,7]). Aucune différence significative n'est cependant observée. Néanmoins, être d'âge scolaire, ne veut pas dire que les enfants vont à l'école. L'absence de différence significative pourrait être dû au nombre d'enfants non scolarisés en âge de l'être. N'allant donc pas à la cantine, leur profil se rapprocherait de celui d'âge préscolaire. De même, certains enfants dits d'âge préscolaire vont déjà à l'école et possiblement à la cantine puisque l'école maternelle accueille les enfants à partir de 3 ans.

2.3. Caractéristiques des familles et des enfants anémiés

Les femmes anémiées se caractérisent essentiellement par leur origine et la durée sans domicile sur le territoire français.

---

[112] L'intervalle de confiance, très large, est lié à l'effectif très faible (21) du nombre de pères prélevés.

[113] L'importance de l'anémie pour la santé publique est définie par la prévalence dans une population estimée à partir du taux d'hémoglobine ainsi :

- Sévère : 40% ou plus
- Modérée : 20,0-39,9
- Légère : 5,0-19,9
- Pas de problème de santé publique : 4,9% ou moins

[114] Dans Worlwide prevalence of anaemia 1993-2005, WHO Global Database on Anaemia, les enfants d'âge préscolaire sont définis comme ceux ayant de 0 à moins de 5 ans et les enfants d'âge scolaire de 5 à moins de 15 ans.

Les 703 mères ayant eu une mesure d'hémoglobine ont entre 18 à 57 ans et un âge moyen de 32,4 ans ($IC_{95\%}$ [31,7 ; 33,1]). La moitié de ces femmes ont plus de 32 ans et un quart plus de 37, un autre quart avait moins de 27 ans.

Aucune différence d'âge n'est observée entre les femmes anémiées ou non. Cependant, si l'on regarde uniquement les femmes anémiées, on constate que celles ayant plus de 40 ans sont significativement plus nombreuses à avoir des anémies modérées à graves (78,4%, $IC_{95\%}$ [59,5 ; 89,9], *versus* 53,7% des moins de 30 ans, $IC_{95\%}$ [42,2 ; 64, 7] et 37,5% des [30-40 ans], $IC_{95\%}$ [30,1 ; 45,6], p<0,001).

Une différence significative est observée entre les femmes anémiées ou non, selon le département où elles ont été enquêtées (p<0,05), avec des prévalences d'anémies particulièrement élevées dans les Yvelines et dans l'Essonne (respectivement 75,3% et 60,6%).

Tableau 115. Prévalence de l'anémie chez les mères, selon le département d'enquête

	Pas d'anémie			**Anémie**			***p-value***
	n	**%**	**[IC95%]**	**n**	**%**	**[IC95%]**	
Paris	75	58,2	[46,7 ; 69,0]	60	41,8	[31,0 ; 53,4]	
Seine-et-Marne	50	61,5	[45,5 ; 75,3]	45	38,5	[24,7 ; 54,5]	
Yvelines	12	24,7	[12,9 ; 42,1]	34	75,3	[58,0 ; 87,1]	
Essonne	35	39,4	[30,2 ; 49,5]	50	60,6	[50,5 ; 69,8]	
Hauts-de-Seine	14	47,0	[30,7 ; 49,5]	12	53,0	[36,0 ; 69,3]	<0,05
Seine-Saint-Denis	79	48,3	[40,7 ; 56,8]	87	51,7	[44,0 ; 59,3]	
Val-de-Marne	28	45,7	[46,0 ; 59,8]	34	54,3	[40,2 ; 67,8]	
Val d'Oise	47	56,2	[45,2 ; 54,3]	41	43,8	[34,1 ; 54,1]	
Ensemble	340	49,7	[45,2 ; 54,3]	363	50,3	[45,8 ; 54,8]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 730 mères rencontrées, 703 prélevées, non drépanocytaires, non VIH+, non tuberculeuses.

Une différence significative est observée entre les femmes anémiées ou non, selon leurs pays de naissance, les femmes nées en Afrique (hors Maghreb), ainsi qu'au Proche et Moyen Orient étant plus anémiées que les autres. Ces résultats sont classiquement retrouvés dans la littérature, où la prévalence est plus élevée, non seulement en raison de carences

nutritionnelles mais aussi dans une moindre mesure en raison de l'endémie de certaines maladies infectieuses ou d'hémoglobinopathies.

Tableau 116. Prévalence de l'anémie chez les mères, selon la région de naissance

	Pas d'anémie			Anémie			*p-value*
	n	**%**	**[IC95%]**	**n**	**%**	**[IC95%]**	
Afrique subsaharienne	123	43,6	[36,6 ; 50,8]	129	56,4	[49,3 ; 63,4]	
Maghreb	32	56,0	[42,5 ; 68,6]	27	44,0	[31,4 ; 57,5]	
Autre Afrique	45	37,0	[26,2 ; 49,4]	82	63,0	[50,6 ; 73,8]	
Proche et Moyen Orient	1	11,5	[1,5 ; 52,2]	3	88,5	[47,8 ; 98,5]	
CEI	66	47,8	[38,4 ; 57,3]	74	52,2	[42,7 ; 61,6]	<0,01
UE	51	70,9	[58,2 ; 81,0]	28	29,1	[19,0 ; 41,8]	
Autre Europe	3	90,8	[54,4 ; 98,8]	1	9,2	[1,2 ; 45,6]	
Asie	15	73,3	[51,5 ; 87,6]	11	26,7	[12,6 ; 83,3]	
Amérique et Océanie	4	49,8	[16,7 ; 87,4]	7	50,2	[12,6 ; 83,3]	
Ensemble	340	49,8	[45,2 ; 54,3]	362	50,2	[45,7 ; 54,8]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 703 mères prélevées non drépanocytaires, non VIH+, non tuberculeuses ; 702 répondantes.

Une différence significative est également observée selon la durée de présence dans le système d'hébergement. Ainsi les mères anémiées sont sans domicile depuis 3,1 ans ($IC_{95\%}$ [2,6 ; 3,6]) *versus* 2,6 ans pour les mères non anémiées ($IC_{95\%}$ [2,2 ; 2,9]), ($p<0,05$).

Enfin, une différence à la limite de la significativité était observée selon leur statut administratif ($p=0,08$) : si seulement 7,2% des femmes « régularisées » sont anémiées ($IC_{95\%}$ [4,1 ; 12,5]), c'est le cas de 13,1% des demandeuses d'asile ($IC_{95\%}$ [9,8 ; 17,4]), 25% de celles détentrices d'un titre de séjour ($IC_{95\%}$ [18,6 ; 32,8]) et de 54,6% des femmes en voie de régularisation ($IC_{95\%}$ [47,1 ; 61,9]).

Toutefois, l'importance de la prévalence de l'anémie dans cette population doit être mise en regard des résultats sur l'insécurité alimentaire. Même si on ne retrouve pas de lien significatif entre l'anémie de la mère et l'insécurité alimentaire, il est notable de constater que parmi les femmes anémiées 84,4% ($IC_{95\%}$ [78,1 ; 89,2]) sont en insécurité alimentaire. Si l'on veut agir

pour traiter l'anémie de ces femmes, le traitement curatif sera limité car il sera extrêmement difficile de mettre en place les règles hygiéno-diététiques adéquates, compte tenu de la forte prévalence de l'insécurité alimentaire chez ces femmes.

Concernant les enfants de 1 an et plus, les 586 enfants non drépanocytaires ayant eu une mesure d'hémoglobine avaient entre 1 an et 13,3 ans et avaient un âge moyen de 5,3 ans ($IC_{95\%}$ [4,9 ; 5,6]). On notait une différence significative selon les classes d'âge des enfants et aucune différence selon le sexe.

Tableau 117. Prévalences de l'anémie chez les enfants de 1 an et plus selon leur classe d'âge

	Pas d'anémie			**Anémie**			***p-value***
Classe d'âge des enfants	**n**	**%**	**[IC95%]**	**n**	**%**	**[IC95%]**	
[1-5 ans[	212	65,2	[57,4 ; 72,3]	125	34,8	[27,7 ; 42,6]	
[5-12 ans[	137	60,8	[53,4 ; 67,8]	98	39,2	[32,2 ; 46,6]	<0,05
[12 ans-15 ans[	5	23,9	[7,8 ; 54,1]	9	76,1	[45,9 ; 92,3]	
Ensemble	354	62,3	[56,8 ; 67,5]	232	37,7	[32,5 ; 43,2]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 617 enfants de 1 an et plus ayant rencontré l'infirmière, 586 prélevés, non drépanocytaires.
Lecture : 34,8% des enfants de 1 à moins de 5 ans sont anémiés.

Aucune différence significative n'était observée selon le type de lieu où la famille était hébergée. Une différence significative était observée selon le département (p=0,01). On constate que 57,2% des enfants de 1 an et plus vivant dans les Hauts-de-Seine au moment de l'enquête étaient anémiés ($IC_{95\%}$ [23,6 ; 85,2]) et 52,3% des enfants de 1 an et plus vivant en Seine-Saint-Denis au moment de l'enquête ($IC_{95\%}$ [44,2 ; 60,2]) l'étaient également.

Enfin, 86,7% des femmes nées au Proche et Moyen Orient avaient un enfant anémié ($IC_{95\%}$ [45,7 ; 98,1]), 46,9% des femmes nées en Afrique subsaharienne ($IC_{95\%}$ [37,1 ; 56,1]), 44,6% des femmes originaires d'un autre pays d'Afrique hors Maghreb ($IC_{95\%}$ [30,2 ; 60,0]) et 42,7% des femmes originaires de CEI ($IC_{95\%}$ [32,5 ; 53,5]).

Aucune différence significative n'était observée selon le dernier diplôme de la mère. Ce résultat n'est pas classiquement retrouvé dans la littérature, mais il est sans doute lié à l'origine géographique de la mère décrite en première partie de ce document : les plus

diplômées venaient de la CEI, les moins diplômés d'Afrique subsaharienne, le Proche et le Moyen Orient ayant un niveau de diplôme intermédiaire. Aucune différence n'était retrouvée non plus selon les difficultés éprouvées par la mère pour lire, écrire, parler ou comprendre le français. Pas de différence non plus selon la durée de vie sans domicile, le temps passé dans le système d'hébergement, le nombre de déménagements, le revenu par unité de consommation du ménage, le nombre d'enfants vivant dans le foyer, le nombre de grossesses de la mère, le statut administratif ou le fait que la famille bénéficie ou non d'un suivi social.

Le seul facteur associé à l'anémie des enfants est la durée de vie en France : en moyenne, les mères des enfants anémiés de 1 an et plus sont en France depuis plus longtemps que celles des enfants non anémiés (6,7 ans, $IC_{95\%}$ [5,5 ; 7,8] *versus* 4,8 ans ($IC_{95\%}$ [4,1 ; 5,5]), $p<0,01$). Ce résultat pose question dans la mesure où même si les enfants venaient d'un pays où la prévalence de l'anémie était forte, la situation ne se normalise pas après un certain temps passé sur le territoire, bien au contraire.

Tout comme chez les mères, l'importance de la prévalence de l'anémie chez les enfants doit être également mise en regard des résultats sur l'insécurité alimentaire. Même si on ne retrouve pas de lien significatif, l'anémie est en effet d'autant plus préoccupante que l'insécurité alimentaire est prépondérante chez une grande part des enfants anémiés (67,6% sont en insécurité alimentaire, $IC_{95\%}$ [57,3 ; 76,4]). Comme pour les mères, le traitement de l'anémie de ces enfants sera insuffisant à terme car il sera difficile de mettre en place les règles hygiéno-diététiques, compte tenu de la forte prévalence de l'insécurité alimentaire.

3. L'obésité touche plus de trois mères sur dix et le surpoids (obésité incluse) un quart des enfants

Le poids et la taille ont été mesurés chez 606 mères (non enceintes) et 478 enfants : les mesures se faisaient à 100 grammes près pour le poids et au centimètre près pour la taille, à l'aide de balances et de toises. Les participants étaient vêtus en tenue légère. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé selon la formule IMC = poids/taille^2 (kg/m^2).

Chez l'adulte, la maigreur, le surpoids et l'obésité ont été définis en fonction des normes internationales établies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (WHO, 1997). La maigreur est définie pour des valeurs de l'IMC inférieures à 18,5 kg/m^2 ; le surpoids par des

valeurs supérieures ou égales à 25 kg/m^2 mais inférieures à 30 kg/m^2 ; l'obésité par des valeurs supérieures ou égales à 30 kg/m^2. Différents niveaux d'obésité (classes I à III) sont détaillés dans le tableau suivant.

Tableau 118. Indice de masse corporelle (IMC) et obésité selon la définition de l'OMS

Classification	IMC (kg/m^2)
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Surpoids	25,0 – 29,9
Obésité classe I (modérée ou commune)	30,0 – 34,9
Obésité classe II (sévère)	35,0 – 39,9
Obésité classe III (massive ou morbide)	≥ 40,0

Source : OMS

Chez l'enfant, la maigreur, le surpoids et l'obésité ont également été définis à partir de l'IMC, en fonction de la définition internationale du surpoids et de l'obésité établie en 2000 par le *Childhood Obesity Working Group* de *l'International Obesity Task Force* (IOTF) (Cole, 2000), étendue depuis à la maigreur (Cole, 2007). La population de référence est issue de l'intégration des données nationales de six grandes enquêtes transversales (Brésil, Grande Bretagne, Hong-Kong, Pays-Bas, Singapour et Etats-Unis). Les valeurs seuil de l'IMC définissant la maigreur, le surpoids et l'obésité sont spécifiques à l'âge et au sexe des enfants. Elles correspondent aux courbes de percentiles de l'IMC de la population de référence atteignant à 18 ans les valeurs de 18,5 ; 25 et 30 kg/m^2.

Pour des raisons méthodologiques, les analyses se sont appuyées sur une définition du statut pondéral en trois catégories chez l'adulte (1. maigreur ou normalité ; 2. surpoids (obésité exclue) ; 3. obésité) et en deux catégories chez l'enfant (1. maigreur ou normalité, 2. surpoids (obésité incluse)).

3.1. Prévalence de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les mères et les enfants

La maigreur touche un nombre négligeable de mères (1,1%), alors que le surpoids et l'obésité les concernent respectivement à hauteur de 38,2% et 31,7%. Il faut également noter la prévalence élevée (10,2%) de l'obésité sévère (classe II) ou morbide (classe III).

Tableau 119. Prévalences de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les mères

	%	IC95%
Maigreur	1,1	[0,2; 2,1]
Normalité	29,0	[24,2; 33,7]
Surpoids	38,2	[33,3; 43,1]
Obésité (classe I à III)	31,7	[26,7; 36,6]
dont :		
Obésité (classe I)	21,5	[17,1; 25,8]
Obésité (classe II)	7,6	[4,7; 10,6]
Obésité (classe III)	2,6	[1,1; 4,1]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 713 mères rencontrées par l'infirmière, 606 non enceintes pour lesquelles on dispose de mesures anthropométriques.
Lecture : 1,1% des mères sont en situation de maigreur, 29,0% en situation de normalité, 38,2% sont en surpoids et 31,7% sont obèses.

Chez les enfants, sur l'ensemble de l'échantillon de l'étude, la maigreur, le surpoids et l'obésité concernent respectivement 9,5%, 21,6% et 4,0% des enfants.

Tableau 120. Prévalences de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 2 à 13 ans

	%	IC95%
Maigreur	9,5	[6,8; 12,2]
Normalité	64,9	[58,8; 71,0]
Surpoids (obésité exclue)	21,6	[15,2; 28,1]
Obésité	4,0	[1,7; 6,3]
Surpoids (obésité incluse)	25,6	[19,5; 31,7]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 495 enfants de 2 ans et plus rencontrés par l'infirmière, 478 pour lesquels on dispose de mesures anthropométriques.

Si les filles ont une prévalence de surpoids (obésité incluse) de 10 points supérieure à celle des garçons (30,8% pour les filles, $IC_{95\%}$ [21,7 ; 39,9], *versus* 20,2% $IC_{95\%}$ [12,9 ; 27,6] pour les garçons), cette différence n'est toutefois pas strictement significative (p=0,06).

La prévalence du surpoids (obésité incluse) est supérieure chez les enfants de 6 à 13 ans, atteignant 34,8%, *versus* 18,0% chez les enfants de 2 à 5 ans.

Tableau 121. Prévalences de la maigreur/normalité et du surpoids/obésité en fonction de l'âge chez les enfants de 2 à 13 ans

	2-5 ans		6-13 ans		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	
Maigreur ou normalité	82,0	[76,0 ; 88,1]	65,2	[55,2 ; 75,3]	<0,01
Surpoids ou obésité	18,0	[11,9 ; 24,0]	34,8	[24,7 ; 44,8]	
Total	100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 495 enfants de 2 ans et plus rencontrés par l'infirmière, 478 pour lesquels on dispose de mesures anthropométriques.

3.2. Comparaison avec les études nationales et internationales

La prévalence du surpoids chez les mères d'ENFAMS est supérieure d'environ 10 points à celle estimée récemment par l'étude ObEpi en 2012, et la prévalence de l'obésité (globale et selon les classes I à III) se situe au double. Ces taux sont très élevés, et voisins de ceux observés en population générale chez les femmes américaines (Ogden, 2014).

Tableau 122. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les femmes à partir d'autres enquêtes nationales

Enquête	Année	Population	Surpoids (obésité exclue) (%)	Obésité (%)	Surpoids (obésité incluse) (%)
ObEpi[1]	1997	Femmes âgées de 18 ans et plus[3]	23,3	8,3	31,6
	2000		23,5	10,0	33,5
	2003		24,5	11,9	36,4
	2006		24,2	13,6	37,8
	2009		26,0	15,1	41,1
	2012		26,3	15,7	42,0
Enquête santé INSEE[2]	2003	Femmes âgées de 18 ans et plus (Lanoë, 2005)	22,7	10,7	33,4
INCA2[2]	2007	Femmes âgées de 18 ans et plus (Fillol, 2011)	24,1	12,2	36,3

Enquête	Année	Population	Surpoids (obésité exclue) (%)	Obésité (%)	Surpoids (obésité incluse) (%)
ENFAMS	2013	Familles sans logement en Ile-de-France	38,2	31,7	69,9

[1]Le poids et la taille ont été déclarés par les sujets.
[2]Le poids et la taille ont été mesurés.
[3]Depuis 1997, Roche, en collaboration avec l'Inserm, réalise en partenariat avec la TNS SOFRES, une enquête épidémiologique triennale sur la prévalence du surpoids et de l'obésité auprès d'un échantillon représentatif de la population française. Le poids et la taille ont été déclarés par les sujets (on leur demandait toutefois de se peser au préalable). http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf.

Avant les années 1990, nous ne disposions pas, en France, d'estimations des prévalences d'excès pondéral chez l'enfant au niveau national. Néanmoins, des études régionales réalisées auprès d'enfants âgés entre 5 et 12 ans ont suggéré une tendance à la hausse des taux d'obésité (Inserm, 2000). Ces études ont reposé pour la plupart sur la mesure de l'IMC ainsi que sur la définition française de l'excès pondéral (97ème percentile des courbes de référence françaises établies en 1960 (Rolland-Cachera, 1991). En 1960, selon la définition alors retenue, 3% des enfants (de 1 mois à 16 ans) étaient en surpoids. Ce taux est monté à 6-8% dans les années 1980, pour atteindre 10-12% des enfants de 5 à 12 ans dans les années 1990 (Inserm, 2000).

La prise de conscience par les autorités sanitaires que l'excès pondéral chez l'enfant en France devenait un réel problème de santé publique a contribué à la réalisation de plusieurs enquêtes nationales incluant des mesures anthropométriques. Neuf études ont ainsi été menées entre 1999 et 2007, à la faveur de la nouvelle définition internationale établie par l'IOTF en 2000. Malgré la définition commune du surpoids et de l'obésité, ces études ne sont toutefois pas strictement comparables car elles portent sur des enfants de tranches d'âge différentes. Néanmoins, en fonction de l'âge considéré, les taux de surpoids (obésité incluse) oscillaient entre 13,3% et 20,0%. En général, ces études ne rapportaient pas de différence selon le sexe (Charles, 2007).

Il convient de noter qu'une tendance à la stabilisation des prévalences du surpoids (obésité incluse) chez l'enfant a été observée dans les études les plus récentes (Lioret, 2009 ; Salanave, 2009 ; Olds, 2011).

Tableau 123. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les enfants à partir d'autres enquêtes nationales (définition IOTF)

Enquête	Année	Population	Surpoids (obésité exclue) (%)	Obésité (%)	Surpoids (obésité incluse) (%)
INCA1[1]	1998-99	1016 enfants de 3 à14 ans (Lioret, 2006)	11,7	3,5	15,2
Etude nationale, protocole ECOG[2]	2000	1582 enfants de 7 à 9 ans (Rolland-Cachera, 2002)	14,3	3,8	18,1
ObEpi[1]	2000	6084 enfants de 2-17 ans (Charles, 2007)	10,9	2,4	13,3
	1999-2000	30 000 enfants de 5-6 ans (maternelle) (Labeyrie, 2004)	10,6	3,9	14,5
Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire[2]	2000-01	6500 enfants de 14-15 ans (3è) (Peretti, 2004)	12,4	3,3	15,7
	2001-02	8500 enfants de 10-11 ans (CM2) (Labeyrie, 2004)	16,0	4,0	20,0
WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HSBC) [1]	2006	7154 enfants de 11-15 ans (Dupuy, 2011)			10,4
INCA2[2]	2006-07	983 enfants de 3-17 ans (Lioret, 2009)	11,6	2,9	14,5
Etude nationale, protocole ECOG[2]	2007	1014 enfants de 7-9 ans (Salanave, 2009)	13,0	2,8	15,8
ENFAMS	2013	478 enfants de 2-13 ans de familles sans logement en Ile-de-France	21,6	4,0	25,6

[1]Le poids et la taille ont été déclarés par les sujets.
[2]Le poids et la taille ont été mesurés.

En comparaison avec les études nationales précédemment citées, la prévalence du surpoids (obésité incluse) apparaît ainsi supérieure d'environ dix points dans l'enquête ENFAMS, rejoignant ainsi les prévalences observées dans la population pédiatrique en population générale américaine (Ogden, 2014).

En revanche, la prévalence de la maigreur chez les enfants de l'enquête ENFAMS paraît comparable au taux nationaux (Salanave, 2009).

3.3. Caractéristiques des mères et des enfants en surpoids ou en obésité

3.3.1. Caractéristiques des mères selon leur statut pondéral

Comme dans d'autres études, un lien inverse a été observé entre l'obésité de la mère et son niveau d'éducation (Fillol, 2011 ; Vernay *et al.*, 2006 ; McLaren, 2007). Il a été suggéré que le niveau d'éducation était associé à de meilleures connaissances nutritionnelles et par conséquent à des modes de vie plus favorables (Sobal, 1991). Il est intéressant d'observer le fait que dans un contexte de grande précarité, ce lien habituellement observé persiste.

Tableau 124. Statut pondéral des mères, selon le niveau de diplôme

		Maigreur ou normalité	Surpoids	Obésité	Tot.	*p-value*
Aucun diplôme	%	23,5 [16,6; 30,4]	38,0 [29,4; 46,6]	38,5 [30,0 ; 47,0]	100	
Primaire / collège	%	34,4 [22,4; 46,5]	26,1 [17,1; 35,1]	39,4 [28,8; 50,0]	100	<0,01
Bac	%	35,4 [24,8; 45,9]	44,8 [33,6; 56,1]	19,8 [11,1; 28,5]	100	
Supérieur	%	33,9 [21,6; 46,1]	47,5 [33,5; 61,5]	18,6 [7,9; 29,4]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 713 mères rencontrées par l'infirmière, 576 non enceintes pour lesquelles on dispose de mesures anthropométriques et du niveau de diplôme.
Lecture : 38,5% des mères n'ayant aucun diplôme sont obèses, *versus* 18,6% pour celles qui ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur.

Nous n'avons en revanche pas mis en évidence de lien significatif entre le statut pondéral de la mère et les facteurs suivants : l'hébergement (hôtel, CHU, CADA ou CHRS), le nombre de déménagements, la durée de vie sans domicile, le type de couverture médicale, le fait de vivre seule ou en couple, les difficultés par rapport à la langue française, les revenus par unité de consommation et l'insécurité alimentaire mesurée au niveau du ménage.

3.3.2. Caractéristiques des enfants selon leur statut pondéral

Lorsque nous mentionnons ici le surpoids chez l'enfant, il s'agit du surpoids, obésité incluse. De manière attendue, les enfants sont plus fréquemment en surpoids lorsque leur mère présente elle aussi un excès pondéral : cette association, souvent décrite dans la littérature, vient à la fois de facteurs génétiques communs, mais aussi d'un environnement partagé. Ainsi,

dans ENFAMS, 18,3% des enfants sont en surpoids lorsque les mères sont de statut pondéral maigre ou normal, alors que 34,4% sont en surpoids lorsque les mères sont obèses. En outre, la prévalence du surpoids de l'enfant est bien supérieure (15 points de différence) lorsque le parent répondant est en état de dépression. Ce résultat est retrouvé dans la littérature : les mères dépressives ont plus souvent tendance à suralimenter leur enfant (Curdy, 2014 ; Gross, 2013). Bien que ce phénomène ait été largement décrit récemment, les relations entre santé mentale, alimentation et indice de masse corporelle ne sont pas encore vraiment élucidées. Ce résultat souligne néanmoins l'importance de lutter contre la dépression maternelle, si l'on veut agir sur le surpoids de l'enfant, et cet élément doit être pris en compte dans les programmes de prévention et de lutte contre l'obésité infantile : les mères célibataires adoptent plus facilement ces pratiques et représentent, comme décrit précédemment, une proportion importante de notre population. En ce sens, le développement de politiques de soutien familial peut jouer un rôle important sur les pratiques d'alimentation.

Nous retrouvons également dans le tableau suivant le lien inverse souvent décrit entre le surpoids de l'enfant et le niveau d'éducation parentale (Salanave, 2009 ; Lioret, 2009 ; Shrewsbury, 2008). A titre de comparaison, si le gradient du surpoids entre les niveaux plus bas et plus élevé d'instruction est comparable avec celui de l'étude nationale INCA2 (portant sur une tranche d'âge similaire), les prévalences du surpoids de l'enfant par niveau d'éducation parental sont en revanche supérieures d'environ cinq points dans l'enquête ENFAMS (Lioret, 2009).

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 était de moins de 14 mois ou de plus de 35 mois. Le surpoids étant la résultante d'un déséquilibre chronique de l'équation énergétique, il est possible que le statut sans-domicile soit associé à des modes de vie plus délétères, que ce soit au niveau de l'alimentation, de l'activité physique ou de la sédentarité. Plus la durée sans domicile est longue, plus ces facteurs de risques s'additionneraient au cours du temps, entraînant un gain de poids chez l'enfant. Si la sédentarité, mesurée par le temps passé devant un écran, paraît associée au surpoids chez les enfants de 6 à 13 ans, cette hypothèse sera ultérieurement testée par des analyses plus approfondies de l'ensemble de ces facteurs de risques comportementaux.

Nous n'avons en revanche pas mis en évidence de lien significatif entre le surpoids de l'enfant et le type d'hébergement, le nombre de déménagements, le type de couverture

médicale, le fait que le répondant vive seul ou en couple, les difficultés par rapport à la langue française, les revenus par unité de consommation, la perception qu'a la mère de l'activité physique de son enfant, et l'insécurité alimentaire mesurée au niveau du ménage.

Tableau 125. Caractéristiques des enfants de 2 à 13 ans selon leur statut pondéral

		Maigreur ou normalité	Surpoids (obésité incluse)	Tot.	*p-value*
Statut pondéral de la mère					
Maigreur ou normalité	%	81,7 [73,1; 90,2]	18,3 [9,8; 26,9]	100	
Surpoids	%	76,1 [65,6; 86,6]	23,9 [13,4; 34,4]	100	0,06
Obésité	%	65,6 [55,9; 75,3]	34,4 [24,7; 44,1]	100	
Dépression du répondant					
Non	%	78,2 [71,3 ; 85,1]	21,8 [14,9 ; 28,7]	100	<0,05
Oui	%	63,7 [52,8 ; 74,6]	36,3 [25,4 ; 47,2]	100	
Diplôme du répondant					
Aucun diplôme	%	67,0 [56,3 ; 77,7]	33,0 [22,3; 43,7]	100	
Primaire / collège	%	76,4 [67,5 ; 85,2]	23,6 [14,8; 32,5]	100	
Bac	%	78,7 [69,0 ; 88,4]	21,3 [11,6; 31,0]	100	0,05
Supérieur	%	86,6 [75,0 ; 98,3]	13,4 [1,7; 25,0]	100	
Autre / NSP	%	95,3 [86,4; 100,0]	4,7 [0,0; 13,6]	100	
Durée sans domicile (mois, tertiles)					
[1; 14]	%	85,2 [78,0; 92,3]	14,8 [7,7; 22,0]	100	
[14.5; 34]	%	72,9 [62,9 ; 82,8]	27,1 [17,1; 37,1]	100	<0,05
[35; 228]	%	69,7 [60,3 ; 79,0]	30,3 [21,0; 39,7]	100	

		Maigreur ou normalité	Surpoids (obésité incluse)	Tot.	*p-value*
Temps passé devant un écran les jours d'école (enfants âgés de 6-12 ans)					
Moins d'1h par jour	%	84,2 [75,5 ; 92,9]	15,8 [7,1; 24,5]	100	
1 à 2h par jour	%	58,7 [45,6 ; 71,8]	41,3 [28,1; 54,4]	100	<0,05
Plus de 2h par jour	%	62,0 [43,3; 80,8]	38,0 [19,2; 56,7]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 495 enfants de 2 ans et plus rencontrés par l'infirmière, 442 pour lesquels on dispose des mesures anthropométriques de la mère et de l'enfant, 453 pour lesquels on dispose des mesures de l'enfant et de l'état dépressif du parent répondant, 476 des mesures de l'enfant et du diplôme du parent répondant, 478 des mesures de l'enfant et de la durée de vie sans domicile, et 202 enfants de 6 ans et plus pour lesquels on dispose des mesures et du temps passé devant un écran.
Lecture : 14,8% des enfants ayant passé moins de 14 mois sans domicile sont en surpoids, alors que ce taux atteint 30,3% quand la durée de vie sans domicile est supérieure à 35 mois (soit 2 fois plus).

CHAPITRE 3. LA SANTE MENTALE DES MERES ET DES ENFANTS

La santé mentale des personnes sans logement fait l'objet de nombreux préjugés (Snow *et al.*, 1988 ; Hopper, 1988). De nombreux travaux internationaux (Fazel, 2009) et quelques études en France (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999 ; Parizot *et al.*, 2004 ; Guesdon et Roelandt, 1998) ont montré que cet amalgame entre pathologie mentale et exclusion sociale n'avait pas lieu d'être, même si l'on retrouve une surreprésentation de troubles psychiatriques sévères chez les sans-domicile, par rapport à la population générale. L'étude Samenta (Laporte *et al.*, 2010) a en outre montré que la nature de ces pathologies diffère selon le type d'hébergement et donc le type de population hébergée. Ainsi les personnes sans logement en famille souffrent plus fréquemment de troubles anxieux[115] et de troubles de l'humeur sévères (Laporte *et al.*, 2010) et moins de troubles psychotiques que les personnes dites « isolées ». Par ailleurs, les migrants réfugiés et les personnes d'origine étrangère ayant vécu des traumatismes dans leur pays d'origine sont plus exposés aux troubles de stress post-traumatique et de dépression que les non migrants (Heeren, 2014 ; Levecque *et al.*, 2007 ; Orozco, 2013 ; Alegria, 2007 ; Breslau, 2009). Les facteurs comme le stress vécu dans un pays en guerre, la torture ou les viols, le stress lié à la migration elle-même se surajoutent aux facteurs d'insécurité financière ou alimentaire, à la pauvreté et aux piètres conditions d'hébergement.

Nous avons ainsi choisi de nous intéresser à la santé mentale dans l'enquête, et en particulier aux composantes de dépression et de stress post-traumatique chez les parents. Les facteurs sociaux pouvant avoir une influence sur la santé mentale ont été largement décrits dans la littérature anglo-saxonne (Gilman, 2003 ; Ritsher, 2001) et européenne (Morvan, 2007) : les revenus et le statut social, le réseau social et l'environnement, le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail, la maîtrise de la langue, la migration, la discrimination perçue, etc. Tous ces facteurs sont multiples et complexes, et ils peuvent jouer à différents titres sur la prévalence de la santé mentale, que ce soit comme facteur de vulnérabilité, facteur contributif de la maladie ou facteur limitatif aux soins.

L'origine précoce de nombreux troubles de santé mentale incite à porter une attention particulière à la santé mentale des enfants. Quelques études aux Etats-Unis se sont intéressées à la santé mentale des enfants des familles sans domicile. D'après une revue de la littérature (Roy Grant, 2013 ; Samuels, 2010), elles montrent toutes des troubles de la santé mentale plus

[115] Voir l'encadré 3 pour les définitions des troubles.

fréquents chez les enfants sans logement que dans la population générale. Ces études ont mis en évidence des facteurs associés à la santé mentale des enfants, comme par exemple la santé mentale de la mère (Conrad, 1998), les conditions d'hébergement (Rog, 2007) et l'instabilité de l'hébergement (Roy Grant, 2013), l'expérience d'évènements de vie stressants comme le viol, le décès d'un proche, être témoin d'une agression, etc. (Grant 2013 ; Buckner *et al.*, 2004 ; Samuels, 2010)

Les enfants des familles sans logement vivent dans des conditions de vie particulièrement adverses, dont le sans-abrisme (Grant, 2013 ; Samuels, 2010). Plusieurs études ont donc comparé les enfants sans domicile aux enfants pauvres mais logés : cinq d'entre elles montrent une différence et quatre études ne montrent pas de différence entre ces deux groupes.

D'autres études anglo-saxonnes se sont intéressées à la réversibilité de ces troubles après le relogement de la famille ou à leur association à la durée de présence depuis l'arrivée dans le logement ordinaire (Vostanis, 2001). Elles montrent que les troubles de la santé mentale culminent au 4ème mois de la durée sans domicile (Buckner *et al.*, 1999), qu'ils s'améliorent après un à deux ans d'hébergement pérenne dans un logement ordinaire (Buckner *et al.*, 2004) et qu'après 55 mois dans un logement ordinaire, ils sont semblables à ceux des enfants des familles pauvres mais logées (Shinn *et al.*, 2008).

Cette partie décrit donc à la fois la santé mentale des mères mais aussi celle des enfants. Elle sera approfondie et mise en articulation avec de prochaines analyses sur le développement de l'enfant. Les résultats présentés ici ne doivent pas occulter que les facteurs « individuels » présentés dans ces analyses ne sont qu'un éclairage partiel – comme pour les autres déterminants – et que les déterminants macrosociaux, comme la crise du logement, la crise du marché du travail, le durcissement des politiques migratoires jouent un rôle déterminant sur l'état de santé de ces populations.

Encadré 3. Les troubles de la santé mentale

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), est un ouvrage de référence qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Les définitions des troubles

mentaux des mères sont issues de ce manuel.

- Les troubles anxieux forment un groupe de syndromes caractérisés par des symptômes de préoccupation excessive, de peurs intenses, d'hyper vigilance ou de symptômes somatiques, en l'absence de toute situation dangereuse.
- Les troubles de l'humeur sévère/dépression, sont quant à eux définis par la présence d'au moins 5 des symptômes suivants depuis au moins 2 semaines :
    - humeur dépressive : sentiment de tristesse, de vide, de broyer du noir, de désespoir / pleurs fréquents (irritabilité chez l'enfant et l'adolescent),
    - diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie) pour toutes ou presque toutes les activités, notamment de loisirs,
    - troubles de l'appétit ou modification du poids: le plus souvent diminué (anorexie) parfois augmenté (hyperphagie),
    - troubles du sommeil : le plus souvent insomnie parfois hypersomnie,
    - ralentissement psychomoteur (lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, latence dans les réponses, voix monocorde…) ou agitation (déambulation, impossibilité de rester assis, tortillement des mains…),
    - perte d'énergie, lassitude et fatigue (asthénie) continue,
    - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ruminations sur des erreurs passées mineures
    - difficultés à penser, à se concentrer, à prendre des décisions, distractibilité et troubles de la mémoire,
    - pensées de mort, idéation suicidaire (vague ou plan) ou tentative de suicide.
- Les troubles psychotiques sont définis comme étant des maladies mentales caractérisées par la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations (comprend la schizophrénie, la psychose maniacodépressive, la psychose hallucinatoire chronique….).
- Les troubles de stress post-traumatique sont des troubles anxieux sévères manifestés à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale de l'enfant comme « la

capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimums. Elle est directement liée au niveau atteint et aux aptitudes acquises en matière du fonctionnement psychologique et social » (OMS, 2005). Le taux de prévalence globale des troubles de la santé mentale chez les enfants serait d'environ 20% dans différents contextes nationaux et culturels (OMS, 2005 ; Bird, 1996).

La santé mentale regroupe les troubles internalisés tels que les troubles émotionnels, le sens de l'identité et la confiance en soi, mais aussi les troubles externalisés comme les troubles du comportement ou les symptômes d'hyperactivité/inattention, les troubles relationnels avec les pairs, la capacité de s'adapter, les troubles du développement et le retard mental. Une bonne santé mentale de l'enfant « constitue un préalable à un développement psychologique optimal, à des rapports sociaux productifs, à un apprentissage efficace, à l'aptitude à s'occuper de soi […] » (OMS, 2005).

Chez l'enfant de 4 à 6 ans, les troubles les plus courants sont les troubles du comportement (agressivité, troubles oppositionnels, symptômes d'hyperactivité/inattention). Ils ont un impact important sur le développement social de l'enfant.

Les troubles émotionnels sont beaucoup plus difficiles à détecter puisqu'ils sont intériorisés et subjectifs. Ces troubles de l'humeur peuvent faire suspecter un syndrome anxieux, une dépression ou un trouble obsessionnel compulsif par exemple.

1. La santé mentale des mères

1.1. Trois mères sur dix sont déprimées, quatre fois plus qu'en population générale

La fixation du seuil de pathologie pour la dépression est, comme pour beaucoup de pathologies psychiatriques, quelque peu arbitraire, dans la mesure où le phénomène est probablement continu. La classification utilisée ici pour mesurer la dépression, le CIDI, est une classification qui découpe le spectre de la dépression selon deux dimensions : l'épisode dépressif majeur ou caractérisé, et la dysthymie ou névrose dépressive. Cette classification utilise des listes de critères symptomatiques et évolutifs ainsi que des critères d'exclusion. L'appréciation diagnostique est effectuée par la structuration du questionnaire et la multiplicité des questions posées. La pertinence clinique de cet outil n'est pas aisée à mesurer

(Hudson *et al.*, 2007), mais il est toutefois largement utilisé en épidémiologie, et apporte un éclairage sur l'ordre de grandeur des prévalences observées en France, dans la mesure où les résultats sont globalement convergents.

En population générale, la prévalence des états dépressifs majeurs varie ainsi de 6 à 12% selon les études, avec des divergences plutôt dues à des différences méthodologiques (Bellamy, 2004 ; Lamboy, 2007 ; Lepine, 2005). En France, l'étude Baromètre santé 2008 rapporte une prévalence de 7,8% et celle de l'Inpes (étude Anadep) de 5%[116]. La complémentarité et la convergence des résultats des études dans ce domaine ont mis en lumière des profils similaires de personnes davantage concernées par la problématique : les femmes, les personnes veuves, divorcées, au chômage, invalides ou en congé maladie. Ces travaux ont montré le rôle des co-déterminants de maladie physique et des conditions socioéconomiques. Hormis les études européennes, l'étude américaine *National Comorbidity Survey*, ou NCS, donne une prévalence de 8,6%, l'étude hollandaise NEMESIS de 5,8%, l'étude canadienne de 10,4%, des prévalences du même ordre de grandeur que dans les enquêtes européennes.

La prévalence de 29% d'épisode dépressif majeur retrouvée dans notre enquête est 4 fois supérieure à celle retrouvée en population générale, ce qui tend à confirmer le rôle des conditions socioéconomiques sur la survenue de ces troubles. Cette valeur est également bien supérieure à celle trouvée dans l'enquête Samenta (Laporte *et al.*, 2010). Dans cette dernière enquête, des troubles sévères de l'humeur (et des troubles dépressifs sévères) concernaient 6,7% (et 4,7%) de la population[117]. La proportion n'atteignait que 4,5% ($IC_{95\%}$ [2,2 ; 9,3]) chez les habitants d'hôtel (c'est-à-dire essentiellement des parents). L'enquête couvrait un champ d'observation semblable mais n'interrogeait pas les non-francophones et utilisait le MINI. Ceci pourrait peut-être expliquer une partie des différences constatées[118], comme la prise en compte des habitants de CADA dans l'étude ENFAMS. De plus, la précision des mesures était probablement plus fiable et restrictive dans l'enquête Samenta[119]. Malgré tout,

[116] La différence des estimations est due à des approches différentes, notamment à l'intégration ou non de la question portant sur la vie entière.

[117]Dans deux enquêtes françaises antérieures sur les sans-domicile, où les familles comptaient selon toute vraisemblance pour une moindre part des personnes interrogées, les troubles dépressifs majeurs, mesurés comme dans ENFAMS par le CIDI-S affectaient 23,7% (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) et 29% (Guesdon et Roelandt, 1998) de la population. Dans une méta-analyse des enquêtes sur les sans-domicile en Europe, en Australie et aux Etats-Unis, Fazel *et al.* (2009), trouvaient un prévalence de 11,4% [8,4 ;14,4].

[118]Aucune différence significative n'était cependant remarquée dans les prévalences de troubles de l'humeur sévères entre personnes nées en France et nées à l'étranger (Laporte *et al.*, 2010).

[119] Dans cette enquête, le questionnaire était passé par un enquêteur, en présence d'un psychologue clinicien. Ce dernier avait pour rôle d'observer l'entretien, notamment l'interaction entre l'enquêté et l'enquêteur, de noter des

l'écart demeure spectaculaire et interroge un possible changement dans la composition des familles, et une plausible dégradation des conditions d'accueil et du mode d'hébergement des familles sans logement depuis quelques années, en hôtel notamment (Le Méner et Oppenchaim, 2012).

Les intrications retrouvées dans la littérature sur ses conséquences sur la santé physique (notamment sur l'obésité) non seulement des mères elles-mêmes, mais aussi sur la santé des enfants, rendent ces résultats particulièrement alarmants.

L'état de stress post traumatique est mesuré dans notre étude par le MINI. Cet instrument permet d'évaluer l'impact d'un évènement traumatisant en intensité, dans les manifestations qui y sont associées (sidération, panique) et dans ses conséquences post-traumatique, sur la santé psychique et physique ou sur la vie sociale. Les études épidémiologiques dans le domaine du traumatisme psychique sont en plein essor depuis les années 1980 et essentiellement dans le monde anglosaxon. Elles s'intéressent historiquement à des populations de vétérans, de victimes de conflits, de catastrophes, ou d'agressions sexuelles. Elles ont été depuis développées en population générale. Selon l'échantillonnage ou la méthodologie employée, la prévalence est estimée entre 1 et 10% en population générale (Seedat et Stein, 2001). Les femmes seraient plus touchées, en raison notamment des agressions sexuelles dont elles sont victimes. Le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder* : trouble de stress post-traumatique) sera approfondi dans des analyses ultérieures, et mis en relation avec les évènements vécus dans les différents pays de migration ou lors du parcours migratoire ; une attention propre sera portée aux demandeurs d'asile.

1.2. Les caractéristiques des mères déprimées

Les mères souffrant de dépression étaient 18,4% à ne pas avoir de sécurité sociale ($IC_{95\%}$ [12,2 ; 24,7]) et 52,6% à ne pas avoir de couverture complémentaire de santé ($IC_{95\%}$ [43,8 ; 61,5]) : autant de freins à un suivi ou une prise en charge de leur dépression. Si aucune variation significative de la dépression n'a été observée selon le département, plusieurs variables ressortent de manière significative. Ainsi par exemple, les femmes souffrant de dépression vivent plus souvent seules : 57,0% *versus* 42,6% ($p<0,01$)

éléments cliniques et de réaliser, à l'issue de la passation du questionnaire, un entretien clinique ouvert afin d'étayer un éventuel diagnostique (Laporte *et al.*, 2010).

que les femmes non déprimées. En considérant le découpage géographique en sous-régions[120] aucune variation significative n'est observée ; en revanche, si l'on opère un découpage par continent, en isolant par ailleurs la France, les femmes déprimées sont plus souvent nées en France (elles représentent 8,5%, $IC_{95\%}$ [3,5 ; 13,6] des femmes déprimées, *versus* 3,7%, $IC_{95\%}$ [2,2 ; 5,2] des non déprimées), ou en Afrique: 69,7% des femmes déprimées ($IC_{95\%}$ [60,7 ; 77,9]) *versus* 62,6% des non déprimées ($IC_{95\%}$ [56,8 ; 68,4]) ($p<0,05$).

Les femmes déprimées ont plus souvent un niveau bac ou supérieur au bac : 57,9% *versus* 44,7% ($p<0,05$). Elles ont moins souvent d'activités extérieures que les femmes ne souffrant pas de dépression : 92,0% *versus* 96,1% ($p<0,05$) ; ont moins souvent des contacts avec leur famille au cours de l'année : 91,9% *versus* 95,9% ($p<0,05$).

Leur état de santé diffère des autres femmes : elles souffrent plus souvent d'insécurité alimentaire sévère : 20,3% *versus* 6,3% ($p<0,001$) ; ressentent plus souvent leur état psychique comme mauvais ou très mauvais : respectivement 22,4% *versus* 9,2% et 15,7% *versus* 5,0% ($p<0,001$) ; elles ont plus souvent pensé, fait un projet, ou une tentative de suicide que les autres : 38,0% *versus* 9,7% ($p<0,001$) et déclarent plus souvent avoir vécu un évènement terrible : 85,4% *versus* 52,4% ($p<0,001$). Elles ont en moyenne déménagé plus souvent que les femmes ne souffrant pas de dépression : 4,2 déménagements en moyenne dans l'année *versus* 2,8 ; ont un délai de séjour moyen dans l'hébergement moins important que les autres : 10,0 mois *versus* 13,6 mois ($p<0,01$).

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, début du parcours, insécurité alimentaire). De prochaines analyses seront menées pour étudier les possibles interactions entre ces facteurs et leurs rôles respectifs. En effet, il faut souligner le poids des comorbidités entre la dépression et les autres indicateurs de santé, comme sur l'insécurité alimentaire et le surpoids ou l'obésité, comme le montrent les chapitres précédents.

Tableau 126. Caractéristiques des femmes déprimées

	Non déprimée	**IC95%**	**Déprimée**	**IC95%**	***p-value***
Département d'entretien					

[120] Afrique subsaharienne, Maghreb, autre Afrique, Proche et Moyen Orient, CEI, UE, autre Europe, Asie, Amérique et Océanie, voir en annexe pour la justification de ce découpage.

	Non déprimée	IC95%	Déprimée	IC95%	*p-value*
75	18,4%	[13,1 ; 23,7]	27,2%	[17,8 ; 36,7]	<0,05
77	9,7%	[7 ; 12,4]	5,6%	[2,7 ; 8,4]	
78	3,8%	[2,2 ; 5,4]	2,8%	[0,8 ; 4,8]	
91	16,2%	[10,7 ; 21,7]	9,0%	[3,8 ; 14,2]	
92	4,8%	[1,7 ; 7,9]	2,0%	[0,0 ; 4,5]	
93	27,2%	[19,7 ; 34,7]	23,1%	[15,4 ; 30,8]	
94	12,5%	[9 ; 16]	19,8%	[13,7 ; 25,9]	
95	7,4%	[5,2 ; 9,6]	10,6%	[6,2 ; 14,9]	
Vie en couple					
Oui	57,4%	[51,7 ; 63,2]	43,0%	[33,6 ; 52,4]	<0,01
Non	42,6%	[36,8 ; 48,3]	57,0%	[47,6 ; 66,4]	
Statut administratif					
En voie de régularisation	50,7%	[44,3 ; 57,1]	40,5%	[31,3 ; 49,7]	<0,05
«Régularisé»	8,3%	[3,5 ; 13,2]	15,1%	[5,1 ; 25,1]	
Demandeur d'asile	13,7%	[10,3 ; 17,1]	9,7%	[5,6 ; 13,8]	
Titre de séjour	27,3%	[21,7 ; 32,8]	34,7%	[25,5 ; 43,9]	
Niveau de diplôme					
Bac et supérieur	44,7%	[38,4 ; 50,9]	57,9%	[48,4 ; 67,3]	<0,05
Inférieur au bac	55,3%	[49,1 ; 61,6]	42,1%	[32,7 ; 51,6]	
Difficultés à parler, écrire, lire ou comprendre le français					
Oui	68,4%	[60,5 ; 76,3]	49,2%	[39,5 ; 58,9]	<0,01
Non	31,6%	[23,7 ; 39,5]	50,8%	[41,1 ; 60,5]	
A pu se confier à au moins une personne					
Oui	63,5%	[57,7 ; 69,3]	74,5%	[66,5 ; 82,4]	<0,05
Non	36,5%	[30,7 ; 42,3]	25,5%	[17,6 ; 33,5]	
A des contacts avec sa famille 1 ou plusieurs fois par an					
Oui	95,9%	[94,5 ; 97,4]	91,9%	[87,1 ; 96,8]	<0,05
Non	4,1%	[2,6 ; 5,5]	8,1%	[3,2 ; 12,9]	
Pratique une activité extérieure					
Oui, 1 ou plusieurs	96,1%	[94,3 ; 98]	92,0%	[87,7 ; 96,3]	0,05
Non, aucune	3,9%	[2 ; 5,7]	8,0%	[3,7 ; 12,3]	
A pu quitter la région parisienne durant plus d'une journée durant les douze derniers mois					
Oui	15,0%	[11,4 ; 18,7]	30,4%	[22,5 ; 38,4]	<0,001
Non	85,0%	[81,3 ; 88,6]	69,6%	[61,6 ; 77,5]	
Eprouve des difficultés à se déplacer en transport en commun					

	Non déprimée	IC95%	Déprimée	IC95%	*p-value*
Oui	36,8%	[30,9 ; 42,7]	48,4%	[40,1 ; 56,6]	<0,05
Non	63,2%	[57,3 ; 69,1]	51,6%	[43,4 ; 59,9]	
Sécurité alimentaire					
Sécurité alimentaire	16,0%	[11,9 ; 20,2]	7,4%	[2,2 ; 12,6]	<0,001
Insécurité légère	35,6%	[28,2 ; 42,9]	29,6%	[20,6 ; 38,6]	
Insécurité modérée	42,1%	[35,1 ; 49,1]	42,7%	[34,1 ; 51,3]	
Insécurité sévère	6,3%	[3,9 ; 8,7]	20,3%	[14,2 ; 26,5]	
Etat de santé psychique perçu par la mère					
Très bon	12,2%	[8,7 ; 15,6]	4,9%	[1,1 ; 8,8]	<0,001
Bon	33,2%	[27,6 ; 38,7]	16,2%	[7,7 ; 24,8]	
Moyen	40,4%	[34,6 ; 46,3]	40,8%	[33 ; 48,5]	
Mauvais	9,2%	[5,6 ; 12,9]	22,4%	[15,3 ; 29,5]	
Très mauvais	5,0%	[2,5 ; 7,6]	15,7%	[9,1 ; 22,3]	
Etat de santé physique perçu par la mère					
Très bon	12,9%	[9,5 ; 16,3]	9,1%	[3,9 ; 14,4]	<0,001
Bon	42,1%	[35,3 ; 48,9]	20,2%	[13,2 ; 27,2]	
Moyen	41,0%	[34,2 ; 47,7]	41,3%	[32,6 ; 50,1]	
Mauvais	3,0%	[1,4 ; 4,7]	23,5%	[14,2 ; 32,9]	
Très mauvais	1,0%	[0 ; 2]	5,8%	[1,9 ; 9,7]	
Etat de santé global perçu par la mère					
Très bon	14,8%	[10,1 ; 19,5]	16,1%	[7,8 ; 24,4]	<0,001
Bon	44,0%	[37,2 ; 50,8]	24,8%	[17,9 ; 31,8]	
Moyen	33,4%	[27,5 ; 39,3]	35,5%	[27,6 ; 43,4]	
Mauvais	6,6%	[3,4 ; 9,9]	16,0%	[9,5 ; 22,4]	
Très mauvais	1,1%	[0 ; 2,3]	7,6%	[3 ; 12,2]	
Tentative, idée, projet de suicide chez la mère					
Oui	9,7%	[6,1 ; 13,2]	38,0%	[30,1 ; 46]	<0,001
Non	90,3%	[86,8 ; 93,9]	62,0%	[54 ; 69,9]	
Vécu d'évènement terrible par la mère					
Oui	52,4%	[45,8 ; 59]	85,4%	[79,9 ; 90,8]	<0,001
Non	47,6%	[41 ; 54,2]	14,6%	[9,2 ; 20,1]	
Autre caractéristiques					
Nbre de déména-gement/an depuis SD en France	2,8	[2,3 ; 3,2]	4,2	[3,3 ; 5,1]	<0,01

	Non déprimée	IC95%	Déprimée	IC95%	*p-value*
Durée de séjour dans le logement actuel (en mois)	13,6	[11,7 ; 15,5]	10,0	[7,6 ; 12,4]	<0,01
Nbre de pièces dans le logement actuel	1,4	[1,3 ; 1,4]	1,2	[1,1 ; 1,3]	<0,01
Nbre de personnes dans le logement actuel	3,4	[3,3 ; 3,6]	3,1	[2,9 ; 3,3]	<0,01

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées.
Lecture : 18,4% des femmes non déprimées vivent à Paris ; 27,2% des femmes déprimées vivent à Paris.

2. Santé mentale des enfants

Le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (voir annexe) n'est pas un outil clinique et ne peut donc pas être utilisé à des fins diagnostiques. Cependant, sa fiabilité, sa bonne sensibilité et sa validité (Goodman, 2000 ; Goodman, 2001) font de ce test psychométrique un outil largement utilisé en épidémiologie pour évaluer les symptômes internalisés et externalisés des enfants (Shojaei, 2009a ; Tischler *et al.*, 2001 ; Vostanis, 2001). Nous parlerons donc dans ce chapitre de troubles suspectés plutôt que de troubles.

Il est utilisé dans cette enquête pour étudier la santé mentale des enfants et est constitué de cinq catégories évaluées chacune par un score (de zéro, indiquant l'absence de trouble, à dix, indiquant la présence de trouble suspecté) :

- les troubles émotionnels ;
- les troubles comportementaux ;
- les troubles d'hyperactivité ;
- les troubles relationnels ;
- les rapports sociaux de l'enfant (échelle prosociale).

Un score total de difficultés (de 0 à 40), évaluant la santé mentale globale de l'enfant est obtenu en additionnant les 4 premiers scores. A partir de ces scores, des seuils ont été définis pour classer chaque sous-échelle et le score total en score normal, limite et anormal.

Parmi les 801 enfants interrogés dans l'enquête ENFAMS, 347 avaient plus de 4 ans et devaient répondre au questionnaire SDQ. Nous avons obtenu un taux de participation de 98,8%. Ainsi 343 enfants ont répondu au questionnaire SDQ, dont :

- 47,5% de garçons et 52,5% de filles ;
- 33,8% de moins de 6 ans, 66,2% de plus de 6 ans ;
- 34,7% nés en France, 25,6% nés ailleurs en Europe, 25,6% nés en Afrique et 12,5% nés en Asie ou en Amérique.

2.1. Des troubles suspectés chez deux enfants sur dix

La prévalence globale des troubles suspectés de la santé mentale est de 19,2%. Ils ont été repérés chez 25,4% des garçons et 16,8% des filles. Ils touchent 23,2% des plus de 6 ans et 18,9% des moins de 6 ans. Plus précisément :

- La prévalence des troubles émotionnels suspectés est de 27,4%. Ils ont été repérés chez 32,0% des garçons et 24,1% des filles. Ils concernent 27,0% des moins de 6 ans et 28,8% des plus de 6 ans.
- Les troubles du comportement suspectés touchent 23,6% de la population et sont repérés chez 30,6% des garçons et chez 18,7% des filles. La prévalence de ces troubles suspectés est de 21,6% chez les moins de 6 ans et de 27,4% chez les plus de 6 ans.
- Les troubles d'inattention/hyperactivité suspectés concernent 17,7% de la population. Leur fréquence est de 20,5% chez les garçons et de 15,8% chez les filles. Ils touchent 16,3% des moins de 6 ans et 20,0% des plus de 6 ans.
- Les troubles relationnels suspectés sont présents chez 10,1% de la population. Ils concernent 11,3% des garçons et 10,1% des filles. Ils sont repérés chez 9,6% des moins de 6 ans et chez 11,8% des plus de 6 ans.

Les troubles suspectés de la santé mentale globale sont plus fréquents dans la population d'étude (19,2%) qu'en population générale (8%) (Shojaei, 2009a). La prévalence des troubles émotionnels et des troubles du comportement est plus importante dans la population d'étude

(respectivement 27,4% et 23,6%) que dans la population générale (respectivement 11% et 12%).

Tableau 127. Comparaison des classes du SDQ entre la population ENFAMS et la population générale en France en 2008 (Shojaei, 2009a)

	Normal ou limite		Anormal		
	ENFAMS	France	ENFAMS	France	
	%	%	%	%	*p-value**
Ensemble des troubles	72,5	92	19,2	8	<0,05
Troubles émotionnels	71,2	89	27,4	11	<0,01
Troubles comportementaux	73,4	88	23,6	12	<0,05
Hyperactivité	80,5	88	17,7	12	0,323
Troubles relationnels	84,6	93	10,1	7	0,516

Source : enquête ENFAMS 2013 et Shojaei, 2009a
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets
* : différence entre normal ou limite et anormal.
Lecture : 72,5% des enfants de la population ENFAMS ont un score SDQ total normal ou limite et 11% des enfants de la population française ont un sous-score SDQ des troubles émotionnels anormal.

Tableau 128. Comparaison des moyennes du SDQ entre la population ENFAMS et la population générale en France en 2008 (Shojaei, 2009a)

	ENFAMS		France	
	Moyenne	IC95%	Moyenne	IC95%
Ensemble des troubles				
Filles	11,9	[10,7;13,1]	8,3	[7,9;8,7]
Garçons	10,5	[9,3;11,7]	9,5	[9,1;9,9]
Ensemble	11,2	[10,4;12]	8,9	[8,6;9,2]
Troubles émotionnels				
Filles	3,4	[2,9;3,9]	2,1	[1,9;2,3]
Garçons	3,3	[2,8;3,8]	2,0	[1,9;2,2]
Ensemble	3,4	[3,1;3,7]	2,1	[2,0;2,2]
Troubles comportementaux				
Filles	2,5	[2,1;2,9]	1,5	[1,3;1,6]
Garçons	1,9	[1,6;2,2]	1,9	[1,7;2,0]
Ensemble	2,1	[1,8;2,4]	1,7	[1,6;1,8]
Hyperactivité				
Filles	4,3	[3,8;4,8]	3,0	[2,8;3,1]
Garçons	3,5	[3,0;4,0]	3,7	[3,5;3,9]

	ENFAMS		France	
	Moyenne	**IC95%**	**Moyenne**	**IC95%**
Ensemble	3,8	[3,5;4,1]	3,3	[3,2;3,5]
Troubles relationnels				
Filles	1,9	[1,6;2,2]	1,8	[1,7;1,9]
Garçons	2,0	[1,7;2,3]	1,9	[1,8;2,0]
Ensemble	2,0	[1,8;2,2]	1,8	[1,7;1,9]

Source : enquête ENFAMS 2013 et Shojaei, 2009a
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.
Lecture : les filles de la population ENFAMS ont en moyenne un score SDQ total de 11,9 et les garçons de la population française ont en moyenne un sous-score SDQ des troubles émotionnels de 2,0.
NB : p<0,001 sauf pour les troubles comportementaux.

2.2. Caractéristiques des enfants

Aucune variation significative des résultats du SDQ n'a été mesurée selon le sexe de l'enfant, son âge ou son pays de naissance.

En comparant selon les caractéristiques sociales du parent enquêté, aucune variation significative n'apparaît non plus selon la situation matrimoniale, la structure d'hébergement, la situation administrative, le département d'enquête, la couverture médicale, la perception d'aides sociales, le niveau de diplôme ou encore la situation professionnelle.

Une variation significative a en revanche été observée en fonction de la maîtrise du français du parent répondant, avec une proportion de scores anormaux plus élevée parmi les enfants de parents maîtrisant le français.

Tableau 129. Scores SDQ des enfants, selon la maîtrise du français par le parent répondant

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot.	*p-value*
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**		
Oui, difficultés en français	85,2	[79,2 ; 89,7]	14,8	[10,3 ; 20,8]	100	<0,01
Non, pas de difficultés en français	71,0	[58,7 ; 80,8]	29,0	[19,2 ; 41,3]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.

Les résultats du score du SDQ de l'enfant semblent liés à l'état de santé, et en particulier la santé psychique, de la mère. On note que parmi les enfants des mères se percevant en très

mauvais état de santé psychique, presque la moitié (42,4%) avait un score de santé mentale globale anormal. Alors que chez les enfants dont la mère se sent en très bonne santé psychique, ils ne sont que 8,9% à avoir un score de santé mentale global anormal (p<0,05).

On retrouve des résultats similaires chez les enfants de mères déprimées, ayant des idées suicidaires, et/ou ayant vécu un évènement terrible. Aucune variation significative n'a été observée selon l'état de santé global perçu par le répondant, ni selon les violences conjugales vécues.

Tableau 130. Scores SDQ selon les caractéristiques de la santé de la mère de l'enfant

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot	*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%		
Etat de santé physique perçue						
Très bon	99,4	[96,5 ; 99,9]	0,6	[0,1 ; 3,5]	100	
Bon	80,3	[69,8 ; 87,8]	19,7	[12,2 ; 30,2]	100	
Moyen	76,9	[67,8 ; 84,1]	23,1	[15,9 ; 32,2]	100	<0,001
Mauvais	52,1	[31,2 ; 72,2]	47,9	[27,8 ; 68,8]	100	
Très mauvais	100,0	[100,0 ; 100,0]	0,0	[0,0 ; 0,0]	100	
Etat de santé psychique perçue						
Très bon	91,1	[81,1 ; 96,0]	8,9	[4,0 ; 18,9]	100	
Bon	85,0	[75,7 ; 91,2]	15,0	[8,8 ; 24,3]	100	
Moyen	77,7	[68,5 ; 84,7]	22,3	[15,3 ; 31,5]	100	<0,05
Mauvais	69,4	[47,5 ; 85]	30,6	[15 ; 52,5]	100	
Très mauvais	57,6	[35,4 ; 77,2]	42,4	[22,8 ; 64,6]	100	
Dépression						
Oui	58,2	[45,3 ; 70,1]	41,8	[29,9 ; 54,7]	100	<0,001
Non	85,5	[77,7 ; 90,8]	14,5	[9,2 ; 22,3]	100	
Tentative, projets ou idées suicidaires						
Oui	47,2	[29 ; 66,1]	52,8	[33,9 ; 71,0]	100	<0,001
Non	83,7	[78,3 ; 87,9]	16,3	[12,1 ; 21,7]	100	
Vécu d'évènement terrible						
Oui	72,2	[62,5 ; 80,2]	27,8	[19,8 ; 37,5]	100	<0,01
Non	88,1	[80 ; 93,2]	11,9	[6,8 ; 20,0]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.

Les enfants avec un statut pondéral élevé ont un score SDQ plus souvent anormal que les enfants avec un statut pondéral normal ou inférieur à la normale. En effet, un tiers des enfants en surpoids ou en obésité ont une suspicion de trouble de la santé mentale globale, *versus* 17,9% des enfants sans surpoids (p<0,05).

Tableau 131. Scores SDQ selon les caractéristiques de la santé de l'enfant

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot.	*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%		
Statut pondéral de l'enfant						
Maigreur ou statut pondéral normal	82,1	[75,1 ; 87,4]	17,9	[12,6 ; 24,9]	100	<0,05
Surpoids ou obésité	67,0	[54,6 ; 77,5]	33,0	[22,5 ; 45,4]	100	
Heure du coucher après 22h						
Coucher avant 22h	82,8	[75,1 ; 88,4]	17,2	[11,6 ; 24,9]	100	<0,05
Coucher après 22h	69,6	[57,4 ; 79,5]	30,4	[20,5 ; 42,6]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.

Si, comme indiqué auparavant, aucun lien n'apparaît de manière significative entre le type de structure d'hébergement et la santé mentale de l'enfant, il n'en est pas de même quant au ressenti de l'enfant vis-à-vis de son habitation. L'habitation semble avoir ainsi un retentissement sur la santé mentale des enfants des familles sans domicile en Ile-de-France. Les enfants n'aimant pas leur habitation ou ne pouvant pas y faire ce qu'ils veulent ont un score SDQ global anormal.

Tableau 132. Scores SDQ selon la perception de l'habitation par l'enfant

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot.	*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%		
Aime son habitation						
Oui beaucoup	83,7	[70,8 ; 91,6]	16,3	[8,4 ; 29,2]	100	<0,05
Oui un peu	89,5	[78,6 ; 95,2]	10,5	[4,8 ; 21,4]	100	
Non pas du tout	67,6	[54,1 ; 78,8]	32,4	[21,2 ; 45,9]	100	
Choses que l'enfant aimerait faire, mais qu'il ne peut pas faire dans son habitation						
Oui	74,8	[64,1 ; 83,2]	25,2	[16,8 ; 35,9]	100	<0,05

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot.	*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%		
Non	89,2	[80,1 ; 94,5]	10,8	[5,5 ; 19,9]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.

Par ailleurs, les résultats au score SDQ semblent liés au ressenti de l'enfant. Les enfants ayant été témoins de violence, se sentant mal à l'école ou victime de moqueries avaient des scores plus problématiques que les autres.

Tableau 133. Scores SDQ selon le ressenti de l'enfant vis-à-vis de l'école et son statut de témoin

	Scores normaux ou limite		Scores anormaux		Tot.	*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%		
Se sent bien à l'école						
Très bien	79,7	[69,5 ; 87,1]	20,3	[12,9 ; 30,5]	100	<0,01
Plutôt bien	90,3	[82,1 ; 94,9]	9,7	[5,1 ; 17,9]	100	
Pas très bien	88,8	[55,4 ; 98,1]	11,2	[1,9 ; 44,6]	100	
Pas bien du tout	21,9	[*ns ; ns*]	78,1	[*ns ; ns*]	100	
Victime de moqueries à l'école						
Non jamais	91,7	[84,8 ; 95,7]	8,3	[4,3 ; 15,2]	100	<0,001
Oui 1 ou 2 fois	87,3	[73 ; 94,6]	12,7	[5,4 ; 27]	100	
Oui souvent	46,3	[28,2 ; 65,4]	53,7	[34,6 ; 71,8]	100	
Oui très souvent	93,9	[82,7 ; 98]	6,1	[2 ; 17,3]	100	
A été témoin de l'agression de sa mère						
Oui	58,0	[32,1 ; 80,1]	42,0	[19,9 ; 67,9]	100	<0,01
Non	93,3	[78,5 ; 98,2]	6,7	[1,8 ; 21,5]	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 347 enfants de 4 ans et plus enquêtés, 343 répondants, 313 questionnaires SDQ complets.

Ces résultats ne sont que préliminaires mais ils permettent de mettre en évidence certains déterminants de la santé mentale des enfants. De plus ces déterminants semblent proches de ceux observés dans les études américaines : la santé mentale de la mère (Conrad, 1998), les conditions d'hébergement – ou du moins le ressenti qu'en ont les enfants (Rog, 2007) –, et les évènements de vie stressants (Samuels, 2010 ; Buckner, 2004 ; Shinn, 2008).

CHAPITRE 4. LE RECOURS AUX SOINS ET AU DEPISTAGE DES CANCERS FEMININS

L'Ile-de-France se caractérise par des inégalités sociales et territoriales de recours aux services de soins et à la prévention particulièrement marquées (Chauvin, 2009). Des études récentes ont montré le rôle de facteurs sociaux individuels « classiques » (le niveau d'éducation, l'emploi, les revenus ou la couverture maladie) sur le recours aux soins (Grillo *et al.*, 2012), mais aussi celui de facteurs plus originaux comme la situation familiale, les origines migratoires, l'étendue des espaces d'activité quotidiens, l'intensité des liens sociaux (Vallée *et al.*, 2010). Ces études ont estimé leur poids relatif en population générale, et elles ont ainsi objectivé la situation de certains sous-groupes de femmes, notamment les plus vulnérables et/ou défavorisées dans l'agglomération parisienne. Il est probable que les femmes sans logement personnel soient confrontées à une difficulté supplémentaire : nombre de services s'adressant à la population sans logement ont été conçus pour les hommes isolés, et ne peuvent répondre de façon adéquate aux besoins des femmes (et de leurs enfants), en particulier à leurs besoins en terme de santé gynécologique (contraception, dépistage des cancers féminins, voire suivi de grossesse) (Riley, 2007). Les données suivantes dressent un état des lieux du recours aux soins des femmes, avec un focus sur le recours au dépistage des cancers féminins.

1. Recours aux soins

1.1. Contexte

Les femmes sans logement rencontrent de nombreuses barrières au recours aux soins (Gelberg *et al.*, 1997 ; Gallagher *et al.*, 1997 ; Wenzel *et al.*, 2001 ; Lewis *et al.*, 2003 ; Teruya *et al.*, 2010 ; Kushel *et al.*, 2001). La compétitivité de leurs besoins[121], notamment alimentaires, vestimentaires, résidentiels, le déni des besoins de soins, les coûts, le transport, le défaut de couverture maladie, la langue et la méfiance face au système de soins sont les principaux facteurs associés à l'absence de recours aux soins et à la prévention chez les femmes sans logement.

[121] La recherche d'un logement, la recherche de nourriture pour elles et leurs enfants, les aller-retour à l'école des enfants, les démarches administratives sont des actions réalisées au quotidien par ces femmes et rentrent en compétition avec d'autres besoins tels que la santé.

L'étude de l'Observatoire du Samusocial de Paris sur les femmes en grande précarité, réalisée en 2005, indique que les femmes sans logement adoptent plusieurs types d'attitudes face au recours aux soins (préventive, curative, tardive) en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de leurs parcours dans la rue et de leur expérience de vie (Laporte *et al.*, 2005).

1.2. Couverture maladie

La majorité de la population enquêtée (80%) bénéficie d'une couverture maladie, que ce soit par la CMU (41,0%), l'AME (27,7%) ou la sécurité sociale (10,5%). Les personnes n'ayant aucune couverture maladie représentent environ 20% de la population mais pour la moitié d'entre elles, une demande de couverture maladie est en cours.

Plus de la moitié de la population (57,9%) ne dispose pas de couverture maladie complémentaire. Les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire déclarent pour la plupart avoir la couverture maladie universelle complémentaire CMU-C (33,4%).

Notre population est donc moins couverte par l'assurance maladie que la population générale francilienne. En effet, à titre comparatif, les franciliens en général sont 99% à être couverts par l'Assurance Maladie et le taux de couverture par une complémentaire santé (CMU compris) est de 83% des assurés et ayant-droits franciliens qui peuvent donc bénéficier d'une couverture complémentaire en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation (Insee Ile-de-France, 2007). Notre population est également moins couverte que les femmes franciliennes les plus démunies des études régionales des enquêtes santé et protection sociale de l'Irdes 2008-2010 : 22,8% des femmes ayant un revenu mensuel moyen inférieur à 876 euros par unité de consommation ne bénéficiaient d'aucune couverture santé complémentaire (*versus* 57,9% dans notre population).

Tableau 134. Couvertures maladie et complémentaire santé parmi la population interrogée

	n	%	IC95%
Couverture maladie			
Couverture maladie universelle (CMU)	375	41,0	[36,4 ; 45,6]
Aide médicale d'état (AME)	212	27,7	[23,7 ; 31,7]
Sécurité sociale	57	10,5	[7,9 ; 13,1]
En cours de demande	76	10,5	[7,9 ; 13,1]
Aucune couverture maladie	79	9,8	[7,5 ; 12,1]

	n	%	IC95%
Couverture complémentaire santé			
Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)	253	33,4	[29,2 ; 37,6]
Mutuelle	20	4,0	[2,2 ; 5,7]
Ayant droit	5	<1	[0,1 ; 0,5]
Aucune aide complémentaire	408	57,9	[53,5 ; 62,2]
Aide complémentaire mais ne sait pas laquelle	9	1,5	[0,2 ; 2,7]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants pour la couverture maladie, 714 pour la complémentaire santé.
Lecture : 41,0% des personnes enquêtées disposent de la couverture maladie universelle.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.
NB' : la pondération explique que deux modalités avec des effectifs différents (« sécurité sociale » et « en cours de demande » puissent représenter une même proportion.

1.3. Consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste dans l'année

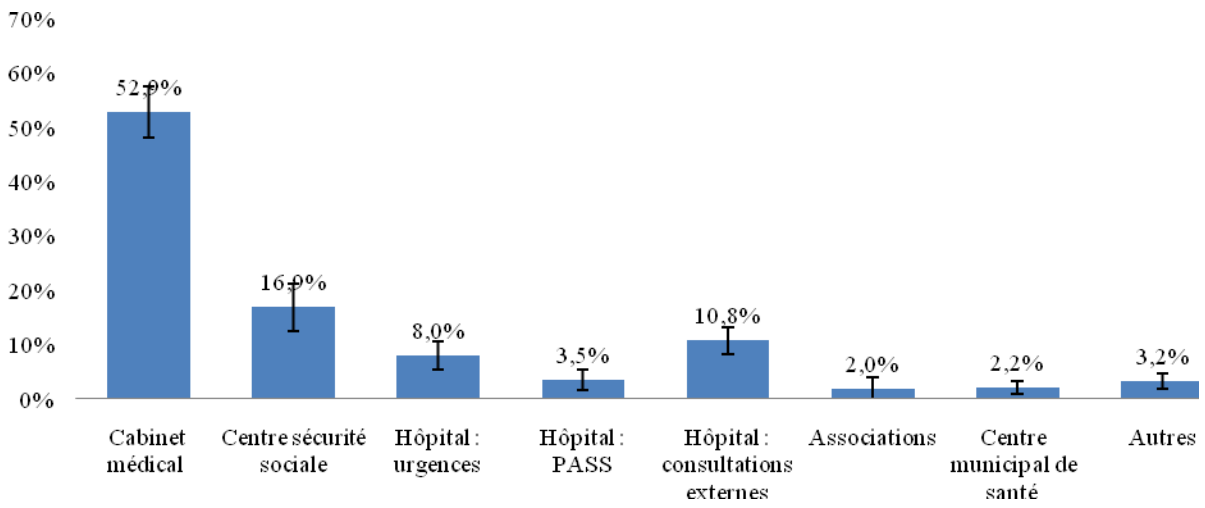
Dans l'année, 80% de la population interrogée déclare avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au moins une fois. Le lieu de la dernière consultation d'un médecin est principalement un cabinet médical en ville (52,9%), à l'hôpital (22,3%) – en consultations externes ou autres, aux urgences ou aux permanences d'accès aux soins (PASS) – et également dans un centre de sécurité sociale (16,9%).

Dans les enquêtes ESPS 2008-2010 (Beltzer, 2014), les franciliennes sont 88,9% à avoir consulté au moins une fois un généraliste dans les douze derniers mois et 73,5% à avoir consulté un spécialiste. Les auteurs soulignent que le recours aux professionnels de santé des franciliennes est connu pour être différent de celui des autres régions, dans la mesure où les femmes sont plus nombreuses à aller chez un spécialiste qu'un généraliste, ce résultat étant probablement lié à la densité régionale de l'offre de soins. Notre population a globalement moins souvent consulté un médecin généraliste ou spécialiste dans l'année que la population francilienne.

Par rapport à la population générale, l'utilisation du système de soins par notre population se fait plus fréquemment à l'hôpital et en centre de santé et moins souvent dans le cabinet de ville qu'en population générale : en effet, en Ile-de-France, 75% des consultations ont lieu au cabinet du médecin, 12% à l'hôpital et 6% en centre de santé (Insee Ile-de-France, 2007). Cela pourrait s'expliquer d'une part par une consultation plus tardive et donc un plus mauvais

état de santé et d'autre part par l'absence d'avance de somme d'argent importante pour les personnes mal couvertes par l'assurance maladie (Baubeau et Carrasco, 2003).

Figure 15. Type de dernière consultation médicale dans les douze derniers mois



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 633 répondants.
Lecture : 52,9% des personnes ayant consulté un médecin dans les 12 derniers mois, se sont rendues dans un cabinet médical lors de leur dernière consultation. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir (« I »).

1.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois – comparées à celles ayant eu recours – sont davantage originaires des pays de la CEI (35,3% *versus* 13,4%). La régularisation administrative est en proportion moins importante chez les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année. Les personnes n'ayant pas eu recours dans l'année sont également plus nombreuses à avoir des difficultés à comprendre, parler, lire ou écrire le français (78,4% *versus* 55,1%), à être sans emploi (88,8% *versus* 75,6%), à avoir des revenus mensuels inférieurs à 211€ par unité de consommation (62,9% *versus* 43,6%), à n'avoir perçu aucune prestation sociale au cours des douze derniers mois (56,1% *versus* 33,7%). Les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin sont en moyenne arrivées en France depuis moins longtemps (48 mois *versus* 66 mois).

Le sexe, l'âge et le niveau de diplômes ne sont quant à eux pas significativement associés au recours aux soins.

Tableau 135. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois

	Ayant eu recours à un médecin	IC95%	N'ayant pas eu recours à un médecin	IC95%	*p-value*
Région de naissance					
Afrique subsaharienne	36,7%	[32,5 ; 41,0]	27,4%	[20,3 ; 34,5]	<0,001
Maghreb	14,1%	[10,5 ; 17,8]	3,0%	[0,0 ; 6,7]	
Autres régions de l'Afrique	16,0%	[12,7 ; 19,4]	12,7%	[8,0 ; 17,4]	
Asie, proche et moyen orient	4,6%	[2,8 ; 6,4]	3,0%	[0,0 ; 6,1]	
CEI et autre pays de l'Europe	13,4%	[10,4 ; 16,4]	35,3%	[27,0 ; 43,6]	
UE, Amérique et Océanie	15,1%	[11,5 ; 18,8]	18,6%	[11,1 ; 26,2]	
Statut administratif					
« Régularisé »	69,9%	[65,5 ; 74,4]	44,2%	[36,0 ; 52,4]	<0,001
En voie de régularisation	29,9%	[25,5 ; 34,4]	55,6%	[47,4 ; 63,9]	
Avoir une difficulté en français (comprendre, lire, écrire, parler)					
Oui	55,1%	[48,9 ; 61,3]	78,4%	[71,6 ; 85,2]	<0,001
Non	38,1%	[31,8 ; 44,4]	17,9%	[11,3 ; 24,4]	
Situation professionnelle					
Emploi /formation	23,8%	[19,2 ; 28,4]	11,1%	[6,0 ; 16,2]	<0,01
Sans emploi	75,6%	[71,0 ; 80,2]	88,8%	[83,7 ; 93,9]	
Revenus mensuels par (€/UC)					
Inférieur à 211	43,6%	[38,9 ; 48,3]	62,9%	[54,7 ; 71,1]	<0,001
Supérieur à 211	53,2%	[48,4 ; 57,9]	34,5%	[26,5 ; 42,6]	
A reçu des prestations sociales en France au cours des douze derniers mois					
Aucune	33,7%	[29,0 ; 38,4]	56,1%	[47,1 ; 65,1]	<0,001
Au moins une	66,3%	[61,6 ; 71,0]	43,9%	[34,9 ; 52,9]	
Durée moyenne depuis l'arrivée en France					
Moyenne (en mois)	65,9	[58,9 ; 73,0]	47,6	[35,7 ; 59,5]	<0,01

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 33,7% des répondants ayant consulté un médecin généraliste ou spécialiste dans les 12 derniers mois, n'ont reçu aucune prestation sociale au cours de cette même période.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.3.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement

Les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois – comparées à celles y ayant eu recours – sont sans logement depuis moins longtemps (26 mois *versus* 36 mois). Le nombre moyen de déménagements par an est 2 fois plus élevé chez les personnes n'ayant pas consulté (5,1 déménagements/an *versus* 2,6). La distribution du type d'hébergement n'est pas le même au sein des deux groupes : la proportion de personnes hébergées en hôtel est plus importante parmi les personnes n'ayant pas eu recours (86,6% *versus* 73,0% parmi celles ayant consulté), et la proportion de personnes hébergées en CADA et en CHRS est également plus faible parmi les personnes n'ayant pas eu recours (respectivement 4,2% *versus* 6,6% et 6,6% *versus* 15,7%).

Tableau 136. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année.

	Ayant eu recours à un médecin	IC95%	N'ayant pas eu recours à un médecin	IC95%	*p-value*
Durée de vie sans domicile et mobilité					
Délai moyen depuis la 1ère fois sans domicile	36,2	[32,4 ; 40,0]	26,3	[21,0 ; 31,7]	<0,01
Nombre moyen de déménagements par an	2,6	[2,3 ; 3,0]	5,1	[3,6 ; 6,7]	<0,01
Type de lieu d'hébergement					
Hôtel	73,0%	[69,3 ; 76,6]	86,6%	[82,5 ; 90,7]	<0,05
CHU	4,7%	[3,5 ; 6,0]	2,5%	[1,0 ; 4,0]	
CADA	6,6%	[5,7 ; 7,5]	4,2%	[2,7 ; 5,8]	
CHRS	15,7%	[11,9 ; 19,5]	6,6%	[2,8 ; 10,4]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : les personnes ayant eu recours à un médecin au cours des 12 derniers mois, ont déménagé 2,6 fois par an en moyenne.

1.3.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins

L'absence de couverture maladie et d'aide complémentaire est plus importante chez les personnes n'ayant pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois. Environ 44,6% des personnes n'ayant pas consulté n'ont pas de couverture maladie *versus* 14,7% parmi

celles qui ont consulté. De même, 73,2% des personnes n'ayant pas consulté n'ont pas d'aide complémentaire *versus* 48,3% parmi celles qui ont consulté. Les femmes n'ayant pas consulté un médecin sont moins nombreuses à avoir réalisé un frottis du col de l'utérus (51,4% *versus* 32,0%).

Aucune variation significative n'a été observée selon le suivi gynécologique régulier et la mammographie pour les femmes, ni selon le sentiment d'avoir déjà été moins bien reçus par un médecin que les autres patients.

Tableau 137. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins gynécologique chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année.

	Ayant eu recours à un médecin		**N'ayant pas eu recours à un médecin**		
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	***p-value***
Couverture maladie					
Oui	85,3	[82 ; 88,6]	55,4	[46,3 ; 64,5]	<0,001
Non	14,7	[11,4 ; 18,0]	44,6	[35,5 ; 53,7]	
Aide complémentaire					
Oui	39,8	[34,9 ; 44,8]	19,3	[13,0 ; 25,6]	<0,001
Non	48,3	[43,5 ; 53,1]	73,2	[66,2 ; 80,3]	
Non précisé	11,8	[8,8 ; 14,9]	7,5	[2,9 ; 12,0]	
Avoir déjà réalisé un frottis du col de l'utérus					
Oui	62,6	[57,0 ; 68,2]	44,2	[30,9 ; 57,6]	<0,001
Non	32,0	[26,5 ; 37,5]	51,4	[37,6 ; 65,1]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 85,3% des personnes ayant eu recours à un médecin au cours des 12 derniers mois disposent d'une couverture maladie.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.3.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée

Les personnes déclarant avoir un état psychologique très bon, bon ou moyen sont en plus grande proportion parmi les personnes n'ayant pas consulté un médecin que parmi celles y ayant eu recours (87,4% des personnes n'ayant pas eu recours à un médecin se disent en bon ou moyen état psychologique $IC_{95\%}$ [82,2 ; 92,6], *versus* 74,8% de celles ayant eu recours à un médecin $IC_{95\%}$ [70,9 ; 78,8], p<0,01).

Aucune variation significative n'a été observée selon le nombre de grossesses, la déclaration d'un problème de santé important, l'état de santé général perçu, l'état physique perçu, la dépression, l'IMC, l'anémie ou encore l'insécurité alimentaire.

1.3.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions

Les personnes n'ayant pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois sont plus nombreuses à fumer que les personnes ayant consulté (18,7%, $IC_{95\%}$ [10,7 ; 26,7], *versus* 11,2%, $IC_{95\%}$ [8,3 ; 14,1], $p<0,05$).

Aucune variation significative n'a été observée selon le fait d'être ou non excisée ou d'avoir été victime de violences conjugales pour les femmes, d'avoir été victime de violence physique ou sexuelle, d'avoir connu une période de consommation excessive d'alcool ou encore d'avoir connu une période de consommation régulière de drogues.

1.3.6. Caractéristiques relatives au réseau social

La proportion de personnes vivant en couple est plus importante parmi les personnes n'ayant pas eu recours que celles ayant consulté un médecin dans l'année (61,8% *versus* 45,9%). Les personnes interrogées n'ayant pas consulté un médecin dans l'année sont moins nombreuses à avoir des membres de la famille (en dehors du ménage) présents en Ile-de-France (38,8% *versus* 50,3%) ; à s'être confiées à au moins une personne en dehors du conjoint et des enfants dans l'année (57,2% *versus* 68,9%) ; à avoir rencontré des amis en dehors de la structure d'hébergement au cours des 15 derniers jours (35,9% *versus* 49,0%) ; et à avoir été invité par de la famille ou des amis pour une cérémonie au cours des 15 derniers jours (45,3% *versus* 57,9%).

Aucune variation significative n'a été observée selon le nombre de contacts (par texto, mails, téléphone, courrier) avec la famille ou les amis, ni selon la visite de membres de la famille ou d'amis dans le lieu d'hébergement.

Tableau 138. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année.

	Ayant eu recours à un médecin	IC95%	N'ayant pas eu recours à un médecin	IC95%	*p-value*
Vie en couple					
En couple	45,9%	[40,8 ; 50,9]	61,8%	[54,0 ; 69,6]	<0,01
Seule	54,1%	[49,1 ; 59,2]	38,2%	[30,4 ; 46,0]	
Nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée					
Moyenne (enfants)	1,8	[1,7 ; 1,9]	2,1	[1,9 ; 2,3]	<0,05
Présence de membres de la famille (en dehors du ménage) en Ile-de-France					
Oui	50,3%	[45,0 ; 55,6]	38,8%	[30,3 ; 47,3]	<0,05
Non	49,4%	[44,2 ; 54,7]	61,1%	[52,6 ; 69,5]	
S'est confié à au moins une personne au cours des douze derniers mois (en dehors du conjoint et des enfants)					
Oui	68,9%	[64,2 ; 73,5]	57,2%	[48,5 ; 66,0]	<0,05
Non	30,7%	[26,0 ; 35,3]	42,4%	[33,7 ; 51,2]	
A rencontré des amis en dehors de la structure d'hébergement au cours des quinze derniers jours					
Oui	49,0%	[44,1 ; 53,9]	35,9%	[28,0 ; 43,8]	<0,01
Non	50,3%	[45,4 ; 55,3]	63,5%	[55,6 ; 71,4]	
A été invité par des amis ou de la famille pour une cérémonie au cours des douze derniers mois					
Oui	57,9%	[53,1 ; 62,7]	45,3%	[36,8 ; 53,9]	<0,05
Non	41,8%	[37,0 ; 46,6]	54,4%	[45,9 ; 63,0]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 49,0% des personnes ayant eu recours à un médecin au cours des 12 derniers mois, ont rencontré des amis en dehors de la structure d'hébergement au cours des 15 derniers jours.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.3.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne

Les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année sont plus nombreuses à ne pas avoir bénéficié d'une aide au transport (71,7% *versus* 40,7%), et à déclarer avoir des difficultés à se déplacer en transport en commun (51,5% *versus* 38,4%).

Aucune variation significative n'a été observée selon la possession d'un véhicule motorisé, ou le fait d'avoir quitté la région parisienne pendant plus d'une journée au cours des douze derniers mois.

Tableau 139. Comparaison des caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année.

	Ayant eu recours à un médecin dans l'année		N'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année		p-*value*
	%	IC95%	%	IC95%	
A bénéficié d'une aide au transport					
Oui	58,9	[54,1 ; 63,6]	24,7	[17,3 ; 32,2]	<0,001
Non	40,7	[36,0 ; 45,5]	71,7	[63,9 ; 79,5]	
A des difficultés à se déplacer en transports en commun					
Oui	38,4	[33,5 ; 43,3]	51,5	[43,1 ; 59,8]	<0,01
Non	60,8	[55,9 ; 65,7]	44,2	[35,8 ; 52,5]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 799 répondants.
Lecture : 38,4% des personnes ayant eu recours à un médecin au cours des 12 derniers mois, déclarent avoir des difficultés à se déplacer en transport en commun.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Au terme de ces premières analyses, les barrières du recours aux soins chez les personnes sans domicile apparaissent donc nombreuses et variées. Concernant les caractéristiques sociodémographiques, le fait d'être né dans un pays de la CEI, d'être en voie de régularisation, d'avoir des difficultés dans la langue, d'être arrivée en France depuis peu, d'être sans emploi, avoir de faibles revenus et ne pas avoir reçu de prestations sociales constituent autant de barrières au recours à un médecin.

Les caractéristiques liées à l'hébergement semblent également jouer un rôle dans l'absence du recours à un médecin dans l'année. En effet, les personnes interrogées qui n'ont pas consulté déménagent deux fois plus que celles qui ont consulté, vivent majoritairement en hôtel, et sont sans-domicile depuis moins longtemps.

La couverture maladie joue un rôle important dans le recours à un médecin puisque les personnes n'ayant pas consulté sont trois fois plus nombreuses à ne pas disposer de couverture maladie et plus nombreuses à ne pas avoir de couverture complémentaire.

On voit par ailleurs apparaître que le réseau social des personnes n'ayant pas consulté un médecin est très différent de celles qui ont consulté : elles apparaissent beaucoup plus isolées (moins de contact, moins de membres de la famille vivant en Ile-de-France, moins d'invitations à une cérémonie, moins de possibilités de se confier à une personne).

La mobilité quotidienne semble également être plus restreinte chez les personnes n'ayant pas eu recours puisqu'elles déclarent avoir plus de difficultés à se déplacer en transports en commun et sont moins nombreuses à disposer d'aide au transport.

L'enquête ESPS 2010 indique que les franciliennes les moins diplômées, ayant un faible revenu, seules ou en famille monoparentale, consultent plus fréquemment un médecin généraliste que les femmes plus aisées, mais sont moins nombreuses à avoir recours à un médecin spécialiste (Beltzer, 2014).

Le recours aux soins est donc influencé à la fois par des caractéristiques sociodémographiques (l'emploi, les revenus, le fait de vivre seule ou en couple…) ; le parcours migratoire (durée de séjour en France, origine géographique, maîtrise de la langue française, statut administratif), les prestations sociales perçues (que ce soit celles de la couverture maladie, mais aussi d'autres prestations comme une aide au transport) ; les conditions de vie (type d'hébergement, mobilité résidentielle) et bien sûr l'état de santé (santé perçue notamment).

Le rôle de ces facteurs et leurs interactions seront étudiés plus précisément dans des analyses ultérieures, mais on peut d'ores et déjà supposer que leur prépondérance dans notre population joue un rôle certain sur le moindre recours aux soins observé par rapport à la population francilienne.

1.4. Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins est une notion complexe qui sous-tend à la fois avoir eu envie de recourir aux soins et ne pas l'avoir fait (pour des raisons qui peuvent être extrêmement diverses : financières, organisationnelles, sociales ou encore en raison de représentations et de relation à la médecine, etc.)

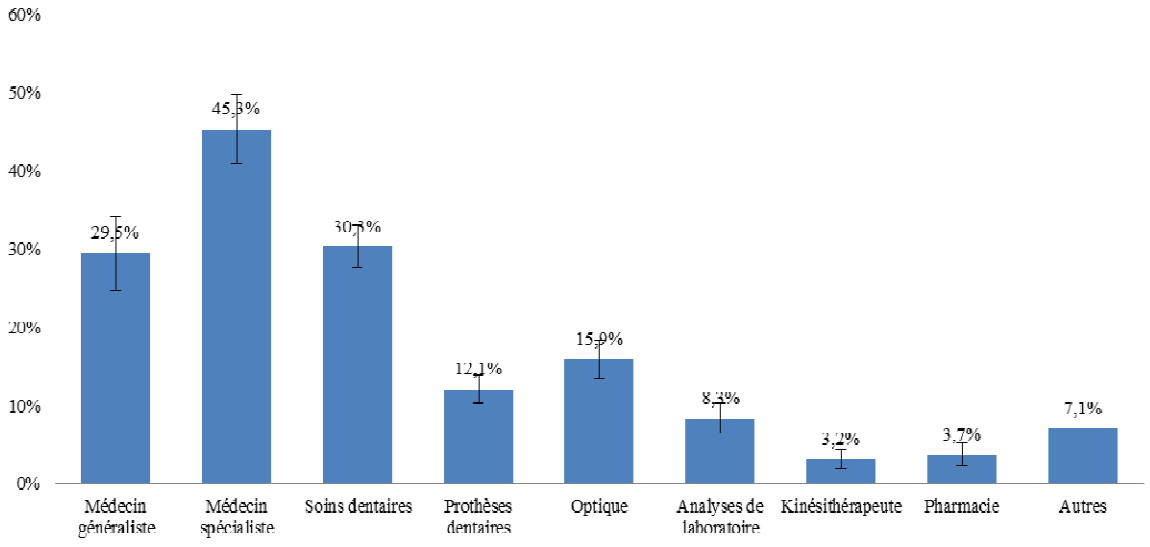
Dans notre population, environ un quart des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à consulter un médecin ou à des soins au cours des douze derniers mois, ce qui est moins que

dans la population de la cohorte SIRS. Ainsi, en 2010, dans la cohorte SIRS, 30,9% des habitants de l'agglomération parisienne déclaraient avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, quelle qu'en soit la raison (Renahy *et al.*, 2012). Les franciliens interrogés par l'enquête ESPS déclarent avoir renoncé à un soin au cours des derniers mois pour environ 20% d'entre eux. La proportion de personnes ayant renoncé à au moins un soin paraît assez similaire mais les populations n'ayant pas la même structure d'âge, ces proportions sont difficilement comparables. Toutefois, comme le souligne le rapport de l'ESPS, ce n'est pas parce que les femmes moins favorisées renoncent moins aux soins qu'elles ont un accès facilité au système de soins mais plutôt que l'expression de cette demande est moins importante. Les études américaines auprès des femmes sans logement rapportent que la compétitivité des besoins constitue une vraie barrière à l'accès aux soins. On peut aisément supposer que cette compétitivité des besoins implique un déni de besoin en soins et diminue donc la demande en soins chez ces familles sans logement.

Dans ENFAMS, les soins concernés par le renoncement sont principalement la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, les soins et les prothèses dentaires et l'optique. Les raisons de renoncement aux soins sont principalement financières, le manque de temps, l'oubli ou le fait d'avoir d'autres préoccupations. En population générale, les enquêtes SIRS et ESPS 2010 indiquent que la raison principale est également financière.

Si le renoncement aux soins n'est pas si remarquable en fréquence, le type de renoncement est en revanche bien différent de la population francilienne. En effet, dans notre population, les personnes déclarent avoir renoncé principalement à une consultation de médecine générale (29,5%) ou de médecine spécialisée (45,3%). Les soins et prothèses dentaires ainsi que les soins concernant l'optique ont été déclarés comme soins renoncés respectivement par 30,3% et 12,1% de la population. Dans la population de la cohorte SIRS, les personnes avaient renoncé principalement à des soins dentaires et des lunettes, puis à des consultations de spécialistes ou de pharmacie, le généraliste étant très peu évoqué.

Figure 16. Type de soin auquel le répondant déclare avoir renoncé



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 196 concernés.
Lecture : 45,3% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à un soin, ont renoncé à consulter un médecin spécialiste. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en-dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir (« I »).

Les raisons du renoncement aux soins durant l'année passée pouvaient être multiples et sont principalement l'absence de couverture santé ou une raison financière (60,1%), le manque de temps, l'oubli ou le fait d'avoir d'autre préoccupation (17,7%), le fait d'attendre que cela se soigne tout seul (7,1%) et le fait que le lieu soit éloigné (5,8%). Ces raisons sont les mêmes et du même ordre de grandeur que celles retrouvées dans la cohorte SIRS.

Tableau 140. Raisons du renoncement à un soin au cours des douze derniers mois (plusieurs réponses possibles)

	n	%	IC95%
Raison financière/pas de couverture santé	106	60,1	[52,3 ; 68]
Autre souci/manque de temps/oubli	37	17,7	[11 ; 24,4]
Attend que ça se soigne tout seul	12	7,1	[0,9 ; 13,3]

	n	%	IC95%
Lieu éloigné	7	5,8	[2,6 ; 9]
Fatigue/Grossesse	6	3,0	[0,1 ; 5,9]
Peur de consulter	9	2,9	[0,7 ; 5,2]
N'aime pas le médecin/médicaments	8	2,6	[0,4 ; 4,8]
Refus des professionnels de santé	5	2,0	[0,2 ; 3,8]
Ne savait pas où aller consulter	6	1,9	[0,2 ; 3,6]
Délai d'attente	2	<1	[0,0 ; 0,5]
Difficultés à se faire comprendre en français	1	<1	[0,0; 0,6]
Aucune raison	4	<1	[0,0 ; 1,8]
Autres	7	3,2	[0,5 ; 5,8]

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 196 concernés.
Lecture : 60,1% des personnes ayant renoncé à un soin ont déclaré avoir renoncé pour raison financière.

1.4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes ayant renoncé à un soin au cours des douze derniers mois sont plus nombreuses à être nées au Maghreb et à être arrivées en France (pour celles qui n'y résidaient pas) depuis longtemps.

Aucune variation significative n'a été observée selon le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le statut administratif, les difficultés de maîtrise du français, la situation professionnelle, les revenus, ou encore les prestations sociales.

Tableau 141. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.

	N'ont pas renoncé à un soin	IC95%	Ont renoncé à un soin	IC95%	*p-value*
Région de naissance					
Afrique subsaharienne	34,9%	[30,1 ; 39,7]	35,0%	[27,0 ; 43,1]	
Maghreb	9,0%	[5,5 ; 12,6]	20,9%	[14,7 ; 27,1]	
Autres régions de l'Afrique	15,5%	[12,4 ; 18,7]	15,0%	[9,4 ; 20,6]	<0,01
Asie, proche et moyen orient	4,8%	[2,9 ; 6,7]	2,7%	[0,3 ; 5,1]	

	N'ont pas renoncé à un soin	IC95%	Ont renoncé à un soin	IC95%	*p-value*
CEI et autre pays de l'Europe	19,5%	[15,7 ; 23,3]	11,8%	[8,2 ; 15,3]	
UE, Amérique et Océanie	16,2%	[12,3 ; 20,1]	14,6%	[10,0 ; 19,2]	
Durée moyenne depuis l'arrivée en France					
Moyenne (en mois)	57,9	[50,6 ; 65,3]	76,7	[63,5 ; 89,9]	<0,05

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 38,4% des personnes ayant renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois n'ont reçu aucune prestation au cours des 12 derniers mois.

1.4.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement

La distribution du type d'hébergement est différente entre les personnes ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé : parmi celles qui ont renoncé à un soin, la proportion de personnes vivant à l'hôtel est plus importante (81,5% *versus* 73,7%), et la proportion de personnes hébergées en CADA est moins importante (3,2% *versus* 7,1%).

Aucune variation significative n'a été observée selon la durée de vie sans domicile ou le nombre de déménagements.

Tableau 142. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.

	N'ont pas renoncé à un soin		Ont renoncé à un soin		
	%	IC95%	%	IC95%	*p-value*
Hôtel	73,7	[70,1 ; 77,2]	81,5	[75,9 ; 87,1]	<0,05
CHU	4,0	[2,6 ; 5,4]	5,2	[3,8 ; 6,7]	
CADA	7,1	[6,1 ; 8,0]	3,2	[1,9 ; 4,4]	
CHRS	15,2	[11,5 ; 18,9]	10,1	[4,3 ; 15,9]	
Total	100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 10,1% personnes ayant renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois, étaient hébergées en CHRS.

1.4.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins

Aucune différence n'a été notée entre les personnes ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois au niveau des caractéristiques relatives à la couverture maladie ou à l'aide complémentaire. Aucun lien n'a été relevé non plus entre le renoncement et les consultations médicales, qu'il s'agisse d'une consultation de généraliste ou de spécialiste, du fait d'y avoir été plus ou moins bien reçu ou encore du suivi gynécologique et des dépistages des cancers du sein ou de l'utérus pour les femmes.

1.4.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée

Les femmes qui ont renoncé à un soin ont en moyenne eu plus de grossesses (3,2 *versus* 2,9). Les personnes ayant renoncé à un soin sont plus nombreuses à déclarer un problème de santé important (41,1% *versus* 28,3%), à déclarer être en mauvais ou très mauvais état de santé (14,8% *versus* 8,9%). Elles sont également plus nombreuses à être en dépression (36,2% *versus* 24,3%), à avoir un IMC élevé ou très élevé (74,4% *versus* 64,4%), à être en insécurité alimentaire (93,7% *versus* 79,6%). Il n'y a en revanche pas de variation significative selon l'état physique ou psychologique perçu ou selon l'anémie.

Tableau 143. Comparaison des caractéristiques relatives à la santé des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.

	N'ont pas renoncé à un soin	IC95%	Ont renoncé à un soin	IC95%	*p-value*
Nombre moyen de grossesses					
Moyenne	2,9	[2,8 ; 3,1]	3,2	[3,0 ; 3,5]	<0,05
Déclaration d'un problème de santé important					
Oui	28,3%	[22,7 ; 33,9]	41,1%	[34,1 ; 48,2]	<0,01
Non	71,1%	[65,5 ; 76,7]	58,1%	[51,0 ; 65,2]	
Etat de santé perçu					
Bon/moyen	90,3%	[87,3 ; 93,4]	85,2%	[79,7 ; 90,7]	<0,05
Mauvais	8,9%	[5,9 ; 12,0]	14,8%	[9,3 ; 20,3]	
Dépression					
Oui	24,3%	[19,9 ; 28,6]	36,2%	[27,9 ; 44,4]	<0,01
Non	70,8%	[65,8 ; 75,8]	59,6%	[51,3 ; 68]	
IMC					
Maigreur/Normal	35,6%	[30,2 ; 40,9]	25,6%	[19 ; 32,2]	<0,05
Surpoids/Obèse	64,4%	[59,1 ; 69,8]	74,4%	[67,8 ; 81]	

	N'ont pas renoncé à un soin	IC95%	Ont renoncé à un soin	IC95%	*p-value*
Insécurité alimentaire					
Sécurité alimentaire	16,4%	[13,1 ; 19,8]	4,8%	[2,1 ; 7,4]	<0,001
Insécurité alimentaire	79,6%	[75,9 ; 83,4]	93,7%	[90,7 ; 96,8]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 41,1% des personnes ayant renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois déclarent un problème de santé important.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.4.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions

Les personnes ayant renoncé à un soin sont plus nombreuses à avoir connu une période de consommation excessive d'alcool (10,6% *versus* 5,5%) ou une période de consommation régulière de drogues (5,5% *versus* 0,7%). Aucune variation significative n'a été observée selon le fait d'être ou non excisée ou d'avoir été victime de violences conjugales pour les femmes, d'avoir été victime de violence physique ou sexuelle, ou encore d'être fumeur ou ancien fumeur.

Tableau 144. Comparaison des caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions chez les personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.

	N'ont pas renoncé à un soin		Ont renoncé à un soin		
	%	IC95%	%	IC95%	*p-value*
A connu une période de consommation excessive d'alcool					
Oui	5,5	[3,3 ; 7,7]	10,6	[5,6 ; 15,6]	<0,01
Non	94,5	[92,3 ; 96,6]	89,3	[84,3 ; 94,3]	
A connu une période de consommation régulière de drogues					
Oui	0,7	[0 ; 1,5]	5,5	[2,4 ; 8,6]	<0,001
Non	99,1	[98,3 ; 99,9]	94,0	[90,7 ; 97,3]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 10,6% personnes ayant renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois, déclarent avoir connu une période de consommation excessive d'alcool.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.4.6. Caractéristiques relatives au réseau social

Les personnes qui ont renoncé à un soin ont en moyenne plus de contact (téléphone, texto, internet, courrier) avec la famille et les amis (en moyenne 190 contacts/an *versus* 130). Elles sont plus nombreuses à avoir été invitées par des amis ou de la famille à une cérémonie au cours des douze derniers mois (63% *versus* 53%).

Aucune variation significative n'a été observée selon la situation matrimoniale, le nombre d'enfants vivant avec l'enquêté, la présence de membres de la famille en Ile-de-France, le fait de s'être confié à une personne au cours des douze derniers mois (en dehors du conjoint et des enfants), le fait d'avoir rencontré des amis en dehors de la structure d'hébergement au cours des 15 derniers jours ou d'avoir reçu de la visite sur le lieu d'hébergement,

Tableau 145. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois.

	N'ont pas renoncé à un soin	IC95%	Ont renoncé à un soin	IC95%	*p-value*
Nombre moyen de contacts par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis					
Moyenne (contact/an)	130	[111 ; 149]	190	[142 ; 238]	<0,05
A été invité par des amis ou de la famille pour une cérémonie au cours des douze derniers mois					
Oui	53,0%	[47,9 ; 58,2]	62,8%	[55,4 ; 70,2]	<0,05
Non	46,6%	[41,5 ; 51,7]	37,2%	[29,8 ; 44,6]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 798 répondants.
Lecture : 62,8% personnes ayant renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois, déclarent avoir été invitées par des amis ou de la famille pour une cérémonie au cours des 12 derniers mois.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

1.4.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne

Les personnes ayant renoncé à un soin sont plus nombreuses à avoir quitté la région parisienne durant plus d'une journée (29,6%, $IC_{95\%}$ [21,7 ; 37,4] *versus* 19,0%, $IC_{95\%}$ [15,6 ; 22,4], p<0,01). Aucune variation n'a été relevée selon la possession d'un véhicule motorisé, l'existence d'une aide aux transports ou le fait que l'enquêté éprouve des difficultés à se déplacer dans les transports en commun.

Au terme de ces premières analyses, les facteurs qui semblent associés au renoncement aux soins chez les familles sans logement sont nombreux. Le facteur qui semble le plus intervenir

est, paradoxalement, la santé. Les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à un soin au cours des douze mois précédent l'enquête ont davantage déclaré avoir des problèmes de santé, se percevoir en mauvaise santé, être en dépression, souffrir d'obésité, être en insécurité alimentaire. Nous avons mis en évidence que les personnes ayant renoncé à un soin sont plus nombreuses à avoir des conduites addictives (consommation excessive d'alcool et consommation régulière de drogue). D'autres facteurs semblent par ailleurs intervenir, tels que le temps de présence en France et l'hébergement en hôtel.

Il est donc particulièrement paradoxal et préoccupant d'observer que ce sont les personnes les plus en besoin qui renoncent aux soins.

2. Dépistage des cancers féminins

2.1. Contexte

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, avec plus de 48 000 nouveaux cas en 2012. Il représente également la première cause de mortalité par cancer chez les femmes avec 11 886 décès estimés en 2012. Concernant le cancer du col de l'utérus, il est moins fréquent que le cancer du sein avec, 3 028 nouveaux cas par an, plaçant ce cancer au 11ème rang des cancers chez les femmes. La mortalité du cancer du col de l'utérus est quant à elle estimée à environ 1 000 cas en France en 2012, soit le 12ème cancer le plus meurtrier (Binfer-Foucard *et al.* 2013).

Depuis 2004, le dépistage du cancer du sein en France fait partie des dépistages organisés : 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) ; ce programme est pris en charge à 100% par l'assurance maladie (Haute Autorité de Santé (HAS), 2011). Le dépistage du cancer du sein peut être aussi individuel, c'est-à-dire à l'initiative de la femme ou du médecin.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, il existe deux types de prévention de ce cancer : la vaccination des jeunes filles contre certaines formes du virus HPV[122], responsable de la survenue de ce cancer dans 99% des cas (prévention primaire), et le dépistage des lésions précancéreuses (prévention secondaire). La technique de dépistage la

[122] 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 cutanéo-muqueux (nombreuses localisations et infections indirectes par les mains ou le linge).

plus répandue est le frottis cervico-utérin[123], destiné à prélever des cellules provenant du col de l'utérus. En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est individuel. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le frottis doit être pratiqué tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, après deux frottis normaux pratiqués à un an d'intervalle (Haute Autorité de Santé (HAS), 2010). Il peut être pratiqué par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.

La pratique du dépistage des cancers féminins en France est associée au niveau d'éducation, à la situation professionnelle, aux revenus du ménage, au suivi médical et à l'accès aux soins (Duport *et al.*, 2008 ; Vallée *et al.* 2010 ; Duport, 2012 ; Grillo *et al.*, 2012). La littérature sur les dépistages des cancers féminins chez les femmes sans logement est assez éparse et provient principalement d'Amérique du Nord. Quelques études menées en population générale montrent que les cancers féminins sont plus fréquents chez les femmes sans logement qu'en population générale (Quinlivan *et al.*, 2004), qu'elles sont moins dépistées (Nijhawan *et al.*, 2010 ; Branković *et al.*, 2013) et qu'elles ont également un moins bon suivi (Engelstad *et al.*, 2001 ; Coker *et al.*, 2006). Les études sur la participation aux pratiques de dépistage des cancers féminins chez les femmes sans domicile traitent pour la plupart du cancer du col de l'utérus (Weinreb *et al.*, 1998 ; Chau *et al.*, 2002 ; Hogenmiller *et al.*, 2007 ; Bharel *et al.*, 2009). Ces études indiquent que ces femmes rencontrent de nombreuses barrières à l'accès aux dépistages (langue, transport, coût, déni des besoins en soins, compétitivité des besoins…).

En France, l'étude réalisée en 2005 par l'Observatoire du Samusocial auprès de 30 femmes prises en charge par le Samusocial de Paris s'intéressait notamment au recours aux soins gynécologiques (Laporte *et al.*, 2005). Cette étude mettait en évidence plusieurs types de profils de femmes face au recours aux soins gynécologiques (préventifs, curatifs et actifs ou passifs). Le délai depuis lequel elles sont sans logement, les violences conjugales, les antécédents addictifs et leur état de santé sont des éléments qui paraissent 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 dépistages, ainsi qu'un déficit de connaissances sur les pratiques préventives chez ces femmes (Médecins du Monde, 2013).

[123] Le frottis est un prélèvement réalisé en frottant au fond du vagin avec une spatule pendant un examen gynécologique.

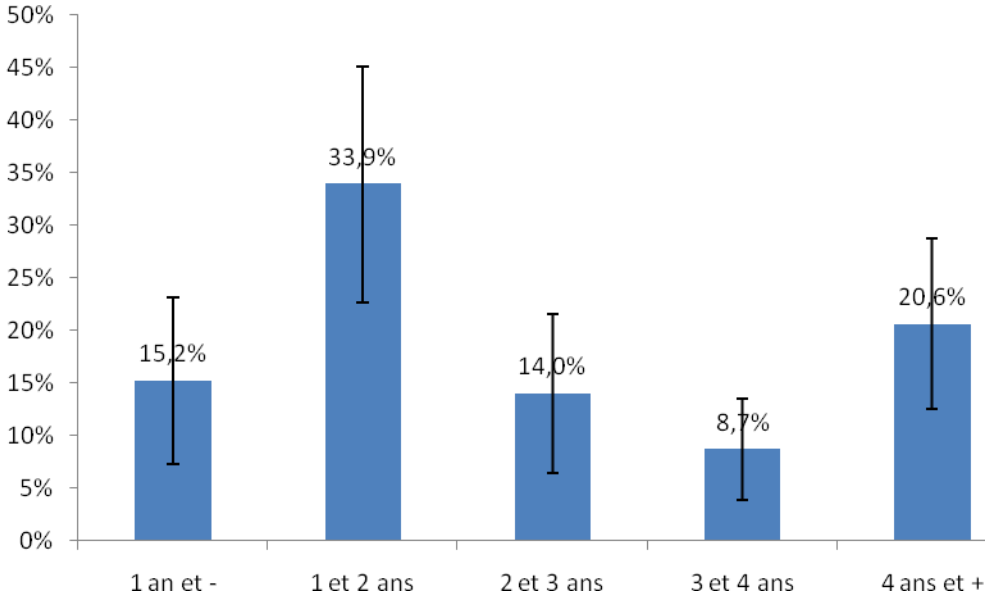
Quelles sont donc les barrières d'accès au dépistage des cancers féminins chez les femmes sans logement personnel en Île-de-France ?

2.2. Taux de couverture

2.2.1 Taux de couverture de la mammographie

Parmi les 764 femmes ayant participé à l'étude ENFAMS, 135 ont déjà réalisé une mammographie soit environ 20% des femmes ($IC_{95\%}$ [16,0 ; 23,6]). Les femmes âgées de 50 ans et plus (n=11), ainsi concernées par le dépistage institutionnel organisé, ont déjà réalisé une mammographie dans 71,9% des cas ($IC_{95\%}$ [35,4 ; 92,3]). Sur les 135 femmes ayant réalisé une mammographie, environ 50% d'entre elles déclarent l'avoir réalisée dans les deux dernières années et environ 30% l'ont réalisé il y a plus de trois ans.

Figure 17. Distribution du délai depuis la dernière mammographie réalisée



Source : enquête ENFAMS 2013
Lecture : 33,9% des femmes ayant réalisé une mammographie, ont réalisé leur dernière mammographie 1 à 2 ans avant l'enquête ENFAMS. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en-dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir (« I »).

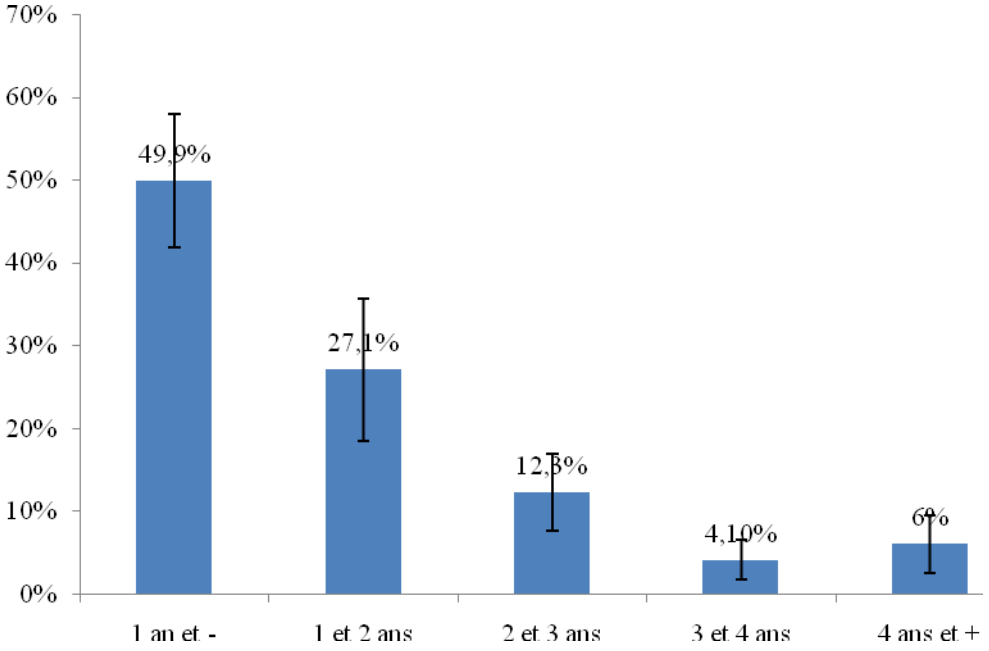
2.2.2 Taux de couverture du frottis

Parmi l'ensemble des femmes ayant participé à l'étude ENFAMS, 320 femmes ont déjà réalisé un frottis, soit environ 40% d'entre elles ($IC_{95\%}$ [35,3 ; 43,3]). Chez les femmes âgées

de plus de 25 ans – population ciblée par les recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus – on retrouve la même proportion de femmes dépistées.

Parmi les 320 femmes dépistées, la moitié ont réalisé le dernier frottis l'année passée et 10% l'ont réalisé il y a plus de 3 ans.

Figure 18. Distribution du délai depuis le dernier frottis réalisé



Source : enquête ENFAMS 2013
Lecture : 49,9% des femmes ayant réalisé un frottis du col de l'utérus l'ont réalisé dans l'année précédant l'enquête ENFAMS. L'intervalle de confiance à 95% est indiqué en-dessous de chaque pourcentage à l'aide d'un segment noir (« I »).

2.3. Comparaison des femmes dépistées et non dépistées

2.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes ayant réalisé une mammographie sont significativement plus âgées, elles ont en moyenne 34,6 ans *versus* 31,7 ans pour celles n'ayant jamais réalisé de mammographie. Les femmes non dépistées sont plus nombreuses à être nées en Afrique subsaharienne (37,8% *versus* 25,4%). Les femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie sont plus nombreuses à avoir des difficultés à comprendre, lire, écrire ou parler le français (62,5% *versus* 42,3% pour celles ayant déjà réalisé une mammographie). Il n'existe pas de différence entre les femmes ayant réalisé une mammographie et celles n'en ayant pas réalisé selon le niveau de diplôme,

le statut administratif, la durée de vie en France, la situation professionnelle, les revenus ou la perception de prestations sociales.

Tableau 146. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein.

	Mammographie				
	Non dépistées	**IC95%**	**Dépistées**	**IC95%**	***p-value***
Âge					
Moyenne	31,7	[31,1 ; 32,3]	34,6	[32,9 ; 36,4]	<0,01
Région de naissance					
Afrique subsaharienne	37,8%	[33,6 ; 42]	25,4%	[16,5 ; 34,3]	<0,001
Maghreb	9,4%	[6,6 ; 12,3]	22,6%	[13 ; 32,1]	
Autres régions de l'Afrique	16,9%	[13,8 ; 20,1]	11,6%	[4,0 ; 19,2]	
Asie, proche et moyen orient	4,6%	[2,7 ; 6,5]	2,9%	[1,0 ; 4,8]	
CEI et autre pays de l'Europe	16,5%	[13,2 ; 19,7]	14,8%	[8,9 ; 20,8]	
UE, Amérique et Océanie	14,8%	[11,5 ; 18,1]	22,8%	[10,9 ; 34,6]	
Avoir une difficulté en français (comprendre, lire, écrire, parler)					
Oui	62,5%	[57,0 ; 67,9]	42,3%	[31,0 ; 53,5]	<0,001
Non	31,0%	[25,7 ; 36,2]	51,5%	[39,0 ; 64,0]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie.
Lecture : 37,8% des femmes non dépistées sont nées en Afrique subsaharienne.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les femmes n'ayant jamais réalisé de frottis sont plus nombreuses à être nées en Afrique (autre que subsaharienne ou Maghreb) (19,1% *versus* 10,7%), à avoir un niveau d'éducation inférieur ou égal au bac (89,3% *versus* 79,0%), à être sans emploi (82,2% *versus* 71,5%), à avoir des difficultés à comprendre, parler, lire ou écrire le français (65,9% *versus* 47,9%). Il n'existe pas de différence entre les femmes ayant réalisé un frottis du col de l'utérus et celles n'en ayant pas réalisé selon l'âge, le statut administratif ou les revenus.

Tableau 147. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus.

	Frottis du col de l'utérus				
	Non dépistées	**IC95%**	**Dépistées**	**IC95%**	***p-value***

	Frottis du col de l'utérus				
	Non dépistées	**IC95%**	**Dépistées**	**IC95%**	***p-value***
Région de naissance					
Afrique subsaharienne	36,6%	[31,2 ; 42,1]	35,2%	[29,3 ; 41,1]	<0,001
Maghreb	8,2%	[4,6 ; 11,8]	17,7%	[12,0 ; 23,4]	
Autres régions de l'Afrique	19,1%	[14,9 ; 23,3]	10,7%	[6,5 ; 15,0]	
Asie, proche et moyen orient	4,9%	[2,7 ; 7,2]	3,7%	[1,1 ; 6,3]	
CEI et autre pays de l'Europe	13,7%	[10,3 ; 17,0]	20,3%	[15,1 ; 25,4]	
UE, Amérique et Océanie	17,5%	[12,7 ; 22,2]	12,4%	[7,6 ; 17,2]	
Niveau d'éducation					
Niveau inf. ou égal au bac	89,3%	[86,1 ; 92,5]	79,0%	[73,6 ; 84,5]	<0,001
Niveau supérieur au bac	10,7%	[7,5 ; 13,9]	21,0%	[15,5 ; 26,4]	
Avoir une difficulté en français (comprendre, lire, écrire, parler)					
Oui	65,9%	[59,5 ; 72,3]	47,9%	[40,5 ; 55,4]	<0,001
Non	27,7%	[21,5 ; 34,0]	45,4%	[37,5 ; 53,2]	
Durée moyenne depuis l'arrivée en France					
Moyenne (en mois)	47,8	[42,2 ; 53,3]	78,4	[67,7 ; 89,0]	<0,001
Situation professionnelle					
Emploi /formation	17,3%	[13,0 ; 21,5]	27,9%	[20,0 ; 35,8]	<0,05
Sans emploi	82,2%	[78,0 ; 86,5]	71,5%	[63,7 ; 79,3]	
A reçu des prestations sociales en France au cours des douze derniers mois					
Aucune	42,1%	[36,5 ; 47,6]	29,8%	[23,5 ; 36,0]	<0,01
Au moins une	57,9%	[52,4 ; 63,5]	70,2%	[64,0 ; 76,5]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes pour le frottis du col de l'utérus.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

2.3.2. Caractéristiques relatives à l'hébergement

Les femmes non dépistées du cancer du col de l'utérus – par rapport aux femmes dépistées – sont en moyenne depuis moins longtemps sans domicile (30 mois *versus* 39 mois). Elles sont plus nombreuses à être hébergées dans les hôtels sociaux (77,8% *versus* 70,8%) et moins nombreuses dans les CHRS (11,6% *versus* 18,8%). Le nombre de déménagements n'a en revanche aucun impact significatif sur le dépistage.

Concernant le dépistage du cancer du sein, aucun lien n'a été mesuré selon la durée de vie sans domicile, le type de structure d'hébergement ou les déménagements.

Tableau 148. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus

	Frottis du col de l'utérus				*p-value*
	Non dépistées	**IC95%**	**Dépistées**	**IC95%**	
Durée depuis le 1er épisode sans domicile					
Moyenne (mois)	30,1	[26,3 ; 34,0]	39,2	[33,2 ; 45,3]	<0,01
Type de lieu d'hébergement					
Hôtel	77,8%	[73,9 ; 81,7]	70,8%	[65,6 ; 76,0]	<0,05
CHU	4,3%	[3,0 ; 5,5]	5,0%	[3,3 ; 6,7]	
CADA	6,3%	[5,3 ; 7,4]	5,4%	[4,2 ; 6,6]	
CHRS	11,6%	[7,8 ; 15,5]	18,8%	[13,3 ; 24,2]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes pour le frottis du col de l'utérus.

2.3.3. Caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins

Les femmes n'ayant pas réalisé de mammographie sont plus nombreuses à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois (19,3% *versus* 13,0%), ne pas avoir pas de suivi gynécologique régulier (70,2% *versus* 49,8%), et ne jamais avoir réalisé de frottis de col de l'utérus (38,2% *versus* 20,2%).

Tableau 149. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein

	Mammographie				*p-value*
	Non dépistées		**Dépistées**		
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois					
Oui, une fois	15,7	[11,9 ; 19,4]	5,3	[1,9 ; 8,6]	<0,001
Oui, plusieurs fois	65,0	[60,6 ; 69,5]	81,7	[75,2 ; 88,3]	
Non	19,3	[16,0 ; 22,6]	13,0	[7,3 ; 18,6]	
Avoir un suivi gynécologique régulier					
Oui	29,0	[24,1 ; 33,9]	50,2	[36,9 ; 63,6]	<0,01

	Mammographie				*p-value*
	Non dépistées		Dépistées		
	%	IC95%	%	IC95%	
Non	70,2	[65,3 ; 75,1]	49,8	[36,4 ; 63,1]	
Avoir déjà réalisé un frottis du col de l'utérus					
Oui	55,7	[49,7 ; 61,6]	77,3	[64,8 ; 89,7]	<0,001
Non	38,2	[32,6 ; 43,9]	20,2	[8,1 ; 32,4]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Les femmes n'ayant pas réalisé de frottis – par rapport aux femmes dépistées –sont plus nombreuses à n'avoir pas consulté un médecin au cours des douze derniers mois (26,1% *versus* 8,1%), à ne pas avoir de suivi gynécologique régulier (73,3% *versus* 59,7%), à ne pas avoir réalisé de mammographie (86,7% *versus* 71,1%).

Tableau 150. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus

	Frottis du col de l'utérus				*p-value*
	Non dépistées		Dépistées		
	%	IC95%	%	IC95%	
Avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois					
Oui, une fois	13,5	[9,4 ; 17,7]	14,0	[8,8 ; 19,2]	
Oui, plusieurs fois	60,3	[54,7 ; 66,0]	77,9	[72,2 ; 83,6]	<0,001
Non	26,1	[21,5 ; 30,8]	8,1	[5,1 ; 11,2]	
Avoir un suivi gynécologique régulier					
Oui	26,0	[18,4 ; 33,6]	39,8	[33,0 ; 46,6]	<0,01
Non	73,3	[65,6 ; 81,0]	59,7	[52,8 ; 66,5]	
Avoir déjà réalisé une mammographie					
Oui	13,1	[8,5 ; 17,8]	28,8	[22,0 ; 35,5]	<0,001
Non	86,7	[82,1 ; 91,4]	71,1	[64,3 ; 77,8]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes pour le frottis du col de l'utérus.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Qu'il s'agisse du dépistage du cancer du sein ou de celui de l'utérus, aucune variation significative n'a été observée selon la couverture médicale ou la complémentaire, ni selon le sentiment d'avoir été moins bien reçu par un médecin que les autres patients.

2.3.4. Caractéristiques relatives à la santé perçue et mesurée

Les femmes n'ayant pas réalisé de mammographie sont plus nombreuses à se percevoir dans un état physique très bon, bon ou moyen (90,2%, $IC_{95\%}$ [87,2 ; 93,2], *versus* 84,2%, $IC_{95\%}$ [75,4 ; 92,9], p<0,05). Aucun lien en revanche n'a été mesuré selon l'état de santé général ou psychologique perçu, la déclaration d'un problème de santé important, la dépression, l'IMC, l'anémie ou le nombre de grossesses.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les femmes dépistées et non dépistées ont des caractéristiques similaires en termes de santé, si ce n'est pour l'insécurité alimentaire où les femmes n'ayant pas été dépistées sont 80,5% ($IC_{95\%}$ [76,3 ; 84,7]) à être en insécurité alimentaire, *versus* 87,0% de celles ayant été dépistées ($IC_{95\%}$ [82,9 ; 91,0], p<0,01).

2.3.5. Caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions

Les femmes non dépistées du cancer du sein sont plus nombreuses à avoir été excisées (22,0% *versus* 10,0%), à avoir été victimes de violences conjugales (21,1% *versus* 13,9%). En revanche, la proportion de femmes ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles est plus élevée parmi les femmes dépistées (20,8% *versus* 11,6%). Aucun lien significatif n'a été mesuré entre le dépistage du cancer du sein et le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues.

Tableau 151. Comparaison des caractéristiques relatives aux événements de vie difficiles et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein

	Mammographie				***p-value***
	Non dépistées		**Dépistées**		
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Excision					
Oui	22,0	[18,2 ; 25,7]	10,0	[4,8 ; 15,3]	<0,001

	Mammographie				*p-value*
	Non dépistées		Dépistées		
	%	IC95%	%	IC95%	
Non	76,2	[72,3 ; 80,2]	86,3	[78,3 ; 94,3]	
Avoir été victime de violences conjugales (conjoint ou ex-conjoint)					
Oui	21,1	[17,0 ; 25,1]	13,9	[7,3 ; 20,6]	
Non	62,6	[58,1 ; 67,2]	70,6	[60,9 ; 80,3]	<0,05
Non précisé	16,3	[12,9 ; 19,7]	15,5	[7,6 ; 23,4]	
Avoir subi une violence physique ou sexuelle					
Oui	11,6	[8,4 ; 14,7]	20,8	[10,5 ; 31,2]	<0,01
Non	83,1	[79,8 ; 86,4]	77,4	[67,0 ; 87,8]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 759 répondantes pour la mammographie.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Concernant le cancer du col de l'utérus, les femmes non dépistées ont davantage connu une ou plusieurs périodes de consommation régulière de drogues (2,9%, $IC_{95\%}$ [0,3 ; 5,4] *versus* moins de 0,8%, $IC_{95\%}$ [0,2 ; 1,5], p<0,001). Aucun lien significatif n'a été mesuré entre le dépistage du cancer de l'utérus et l'excision, les violences conjugales, les violences physiques ou sexuelles, ou encore le tabagisme ou la consommation d'alcool.

2.3.6. Caractéristiques relatives au réseau social

Aucune des variables relatives au réseau social ne paraît associée à la réalisation de la mammographie, que ce soit la situation matrimoniale, le nombre d'enfants vivant avec l'enquêtée, les contacts avec la famille ou les amis, la présence de membres de la famille en Ile-de-France, le fait de s'être confiée à un proche en dehors du conjoint et des enfants, d'avoir rencontré des amis au cours des douze derniers mois, d'avoir reçu de la visite, ou d'avoir été invitée par des amis ou de la famille pour une cérémonie.

En revanche, concernant le cancer du col de l'utérus, les femmes non dépistées ont moins de contacts par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis ; sont moins nombreuses à avoir de la famille en Ile-de-France (41,9% *versus* 53,2% chez les femmes dépistées) ; se sont moins confiées à une personne en dehors du ménage dans l'année (62,9% *versus* 74,7%). Elles sont moins nombreuses à avoir reçu la visite d'amis ou de la famille dans le lieu d'hébergement au cours des 15 derniers jours (24,9% *versus* 35,1%) et à avoir été invitées pour une fête ou une cérémonie familiale dans l'année (48,0% *versus* 63,3%).

Tableau 152. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus.

	Frottis du col de l'utérus				
	Non dépistées	**IC95%**	**Dépistées**	**IC95%**	***p-value***
Nombre moyen de contact par téléphone, texto, internet, courrier avec la famille et les amis					
Moyenne (contact)	122	[102 ; 143]	185	[149 ; 222]	<0,01
Présence de membres de la famille (en dehors du ménage) en Ile-de-France					
Oui	41,9%	[35,9 ; 47,9]	53,2%	[46,4 ; 60,0]	<0,01
Non	58,0%	[52,0 ; 64,0]	46,3%	[39,5 ; 53,0]	
S'est confié à au moins une personne au cours des douze derniers mois (en dehors du conjoint et des enfants)					
Oui	62,9%	[57,5 ; 68,3]	74,7%	[68,4 ; 80,9]	<0,01
Non	36,8%	[31,4 ; 42,2]	25,2%	[18,9 ; 31,4]	
A reçu la visite d'amis ou de la famille dans le lieu d'hébergement					
Oui	24,9%	[20,1 ; 29,6]	35,1%	[27,3 ; 42,9]	<0,05
Non	75,1%	[70,4 ; 79,9]	64,8%	[57,1 ; 72,6]	
A été invité par des amis ou de la famille pour une cérémonie au cours des douze derniers mois					
Oui	48,0%	[42,5 ; 53,4]	63,3%	[56,0 ; 70,6]	<0,001
Non	52,0%	[46,6 ; 57,5]	36,1%	[28,9 ; 43,4]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes pour le frottis du col de l'utérus.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

2.3.7. Caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne

Les femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie sont moins nombreuses à avoir quitté la région parisienne plus d'une journée, comparé aux femmes dépistées (18,3%, $IC_{95\%}$ [15,0 ; 21,6] *versus* 34,1%, $IC_{95\%}$ [23,0 ; 45,2], p<0,001). Les autres variables concernant la mobilité (être motorisé, bénéficier d'une aide au transport ou avoir des difficultés à se déplacer en transports en commun) n'ont pas d'effet sur le dépistage du cancer du sein.

Les femmes n'ayant jamais réalisé de frottis sont également moins nombreuses à avoir quitté la région parisienne plus d'une journée, comparé aux femmes dépistées (18,2% *versus* 26,9%). Elles sont aussi moins nombreuses à disposer d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé (91,4% *versus* 85,1%) et sont plus nombreuses à déclarer avoir des difficultés à se déplacer en transports en commun (43,2% *versus* 35,1%).

Tableau 153. Comparaison des caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus.

	Frottis du col de l'utérus				
	Non dépistées		Dépistées		
	%	IC95%	%	IC95%	*p-value*
Est propriétaire d'une voiture ou d'un deux-roues motorisé					
Oui	8,6	[5,5 ; 11,8]	14,9	[8,5 ; 21,2]	<0,05
Non	91,4	[88,2 ; 94,5]	85,1	[78,8 ; 91,5]	
A quitté la région parisienne durant plus d'une journée					
Oui	18,2	[13,9 ; 22,5]	26,9	[19,7 ; 34,1]	<0,05
Non	81,2	[76,9 ; 85,6]	72,8	[65,5 ; 80,0]	
A des difficultés à se déplacer en transport en commun					
Oui	43,2	[37,8 ; 48,6]	35,1	[28,4 ; 41,7]	<0,05
Non	55,6	[50,2 ; 61,0]	64,3	[57,7 ; 7,01]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 734 répondantes pour le frottis du col de l'utérus.
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

2.4. Comparaison à la population générale

Les femmes ayant participé à l'enquête ENFAMS ont déjà réalisé une mammographie pour 20% d'entre elles et un frottis pour 40% d'entre elles.

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Île-de-France, a exploité les données de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008-2010 menée auprès de 2 661 femmes en dans la région (Beltzer, 2014). Cette étude montre que chez les femmes dans la tranche d'âge concernée par le dépistage du cancer du sein (50-74), seules 4% des femmes n'ont jamais réalisé de mammographie en Ile-de-France (7% en France entière). Par ailleurs, dans la tranche d'âge des 18-49 ans, 60% des femmes d'Ile-de-France n'auraient jamais réalisé de

mammographie. Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 5 à 9% des 25-65ans ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis.

L'enquête SIRS, menée en 2010 auprès d'un échantillon représentatif de la population générale de l'agglomération parisienne (dont plus de 1 800 femmes), indique que 35% des femmes n'ont jamais réalisé de mammographie et qu'à partir de 50 ans cette proportion approche les 7% (Rondet *et al.*, 2014).

Les résultats sont difficilement comparables avec notre étude étant donnée la différence de structure d'âge. En effet, les femmes des enquêtes ESPS et SIRS sont âgées en moyenne de 47 ans, *versus* 32 ans environ pour les femmes de l'étude ENFAMS. Cette différence d'âge est à prendre en considération dans la comparaison des proportions de femmes dépistées.

L'enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité, en France » menée par Médecins 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 couverture des dépistages des cancers féminins (Médecins du Monde, 2013). Seules 30,2% des femmes âgées de 50 à 74 ans ont déjà réalisé une mammographie et 33,1% des femmes âgées de 25 à 65 ans ont déclaré avoir réalisé un frottis au cours de leur vie. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude ENFAMS, indiquant des taux de dépistage faibles chez des femmes ayant des caractéristiques proches de celles faisant partie de l'étude de Médecins du Monde (femmes précaires âgées en moyenne de 35 ans).

Les problèmes de langue, l'absence de recours aux soins, l'absence d'activités et de mobilité quotidiennes constituent des obstacles à la participation aux dépistages des cancers féminins chez les femmes sans logement. L'âge, la perception d'un bon état physique, et les expériences de vie difficiles constituent également des barrières dans l'accès au dépistage du cancer du sein. Les facteurs associés à l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus sont plus nombreux : le niveau d'études, la durée de vie en France, la sécurité alimentaire, la consommation de drogues, l'isolement social et les transports.

Ces facteurs sont assez similaires à ceux rencontrés dans la littérature (Chau *et al.* 2002; Bharel *et al.*, 2009). La comparaison des facteurs associés à l'absence de dépistage chez ces femmes nécessite davantage d'analyses (modélisation statistique). Ainsi la comparaison avec d'autres études est, à ce stade, relativement précoce.

Ce travail constitue une première approche sur les comportements de dépistage chez les femmes sans domicile. Des études sur le contexte de réalisation des examens de dépistages (organisé, individuel ; motif de réalisation dans le cadre d'un dépistage individuel ; lieu de réalisation), ainsi que sur le suivi des résultats anormaux sont nécessaires afin de pouvoir agir sur chaque étape dans le parcours de dépistage.

CHAPITRE 5. LA SANTE PERINATALE

La grossesse, l'accouchement et la période autour de la naissance influent de manière durable sur la santé de l'enfant et de la mère. Cette période périnatale est donc cruciale et mérite une attention particulière.

Les enquêtes périnatales font partie des plans périnatalité définis par le ministère de la santé et sont réalisées à intervalles réguliers pour suivre les indicateurs. Elles ont lieu tous les trois à cinq ans (1995, 1998, 2003, 2010). La dernière enquête en date, réalisée en 2010, confirme les résultats de 2003 sur l'influence du gradient social sur la santé périnatale, en particulier du suivi prénatal des mères : les femmes jeunes et de classe sociale défavorisée sont plus nombreuses à avoir un suivi de grossesse insuffisant (Blondel *et al.*, 2011).

Pour toutes les grossesses, un suivi précoce et régulier permet d'identifier les facteurs de risque et d'améliorer la santé périnatale[124]. Le suivi recommandé comprend une consultation au premier trimestre, une au cours de chacun des six mois suivants, trois consultations échographiques, ainsi qu'un entretien prénatal précoce, le dépistage de pathologies comme le diabète ou l'hypertension, la vérification du statut vaccinal et autres dépistages (trisomie 21 etc.).

Selon les enquêtes périnatales (Blondel, 2003), la déclaration tardive de la grossesse à l'Assurance Maladie est corrélée au nombre de grossesses, au fait d'être une famille monoparentale, à un revenu inférieur à 1000 euros par unité de consommation, à l'absence d'emploi, à un faible niveau d'études, au fait d'être bénéficiaire de l'AME ou de ne pas avoir de mutuelle santé, et à une nationalité étrangère : autant de facteurs de risque retrouvés dans notre population. A titre d'exemple, les enquêtes périnatales estiment que 4% des femmes déclarent leur grossesse hors délai en 2003, mais cette valeur passe à 21% chez les femmes nées en Afrique subsaharienne. D'après les mêmes enquêtes, 6% des femmes n'avaient pas eu les 7 consultations par grossesse, mais cette proportion passait à 24% chez les mères qui n'avaient jamais été scolarisées.

Or, les complications obstétricales dues à l'absence de suivi sont bien documentées : l'enquête périnatale de 1995 (Blondel *et al.*, 2011) et les études du groupe AUDIPOG[125] ont

[124] Voir à ce sujet les recommandations HAS « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations identifiées », mai 2007.

[125] Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. Le réseau sentinelle AUDIPOG est constitué depuis 1994 d'un ensemble de maternités publiques et privées de France,

montré qu'une patiente ayant consulté moins de trois fois pendant sa grossesse a dix fois plus de risque d'accoucher prématurément.

1. Santé périnatale des femmes ayant un enfant de moins de 1 an

Dans notre étude, sur les 566 enfants de 0 à 5 ans révolus, 146 avaient moins de 1 an. Sur les 139 mères d'enfants de moins de 1 an ayant répondu au questionnaire sur la grossesse, 10,8% n'avaient pas déclaré leur grossesse à l'Assurance Maladie ($IC_{95\%}$ [6,3 ; 17,9]) et 13,8% l'avaient déclarée au cours du troisième trimestre seulement ($IC_{95\%}$ [7,5 ; 23,8]). Cette forte proportion de déclarations tardives, voire inexistantes, de la grossesse contraste avec les données d'Eurostat selon lesquelles 95% des femmes françaises ont eu une prise en charge précoce et ont consulté pendant le premier trimestre de grossesse en France[126]. Dans notre population des femmes ayant un enfant de moins de 1 an, 3,5% des femmes ($IC_{95\%}$ [1,3 ; 8,8]) ont déclaré ne pas avoir eu de suivi pour la grossesse concernant l'enfant interrogé.

En outre, parmi les femmes ayant eu un suivi, environ 12% avaient consulté avant la fin du premier trimestre (12,3%, $IC_{95\%}$ [6,1 ; 23,3]), et 19,6% ont eu au moins trois consultations au cours de leur grossesse ($IC_{95\%}$ [12,9 ; 79,2]). La majorité des femmes – soit 68,1% d'entre elles ($IC_{95\%}$ [54,6 ; 79,2]) – ont eu une consultation prénatale programmée tous les un mois et demi. Le nombre de consultations déclaré est inférieur à celui retrouvé dans les enquêtes périnatales, où 89,4% des femmes vivant dans le bassin parisien avaient bénéficié en 2010 d'au moins 7 consultations durant leur grossesse.

L'hospitalisation au cours de la grossesse a concerné 21,1% des répondantes ($IC_{95\%}$ [13,6 ; 31,2]). Pour plus d'un quart, il s'agissait d'une menace d'accouchement prématuré (27,4%, $IC_{95\%}$ [12,6 ; 49,7]). A titre comparatif, le taux d'hospitalisation était de 18,8% dans l'enquête périnatale de 2010, stable depuis 2003, mais les femmes ayant des ressources précaires étaient plus souvent hospitalisées pendant la grossesse (24%) que les autres (18%). Nos résultats sont donc du même ordre et confirment les tendances des enquêtes périnatales sur le rôle des inégalités sociales dans le suivi et la surveillance périnatale (Blondel *et al.*, 2009 ; Scheidegger et Vilain, 2007).

---

dans le but de surveiller des indicateurs de santé périnatale pour fournir aux maternités un outil d'évaluation de leurs pratiques.

[126] Voir (Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home 17 février 2013)

La grossesse et la période périnatale sont une phase de remaniements psychiques intenses chez la femme. Les facteurs de risque principaux pouvant altérer la santé psychique de la mère pendant cette période critique restent l'absence de soutien social et l'isolement affectif (Lancaster, 2010). Or, dans notre étude la quasi-totalité des femmes déclarent vivre leur grossesse seules (il s'agit là d'un ressenti déclaré). Qu'il s'agisse de la grossesse ou de l'accouchement, elles sont 90,4% à déclarer n'avoir reçu aucun soutien de leur famille ($IC_{95\%}$ [85,1 ; 93,9]) et 84,4% aucun soutien de leurs amis ($IC_{95\%}$ [76,0 ; 90,3]). Seulement 5,4% estiment avoir été accompagnées par un membre d'une association ($IC_{95\%}$ [2,8 ; 10,2]) et 8,1% par des professionnels du soin ($IC_{95\%}$ [4,3 ; 14,8]). A la sortie de la maternité, plus de la moitié des femmes (57,0%, $IC_{95\%}$ [42,5 ; 70,4]) n'a bénéficié d'aucun suivi : ni sage-femme, ni puéricultrice ne leur ont rendu visite dans les premiers jours après la naissance. A la sortie de la maternité, seules 13% des femmes trouvent une place dans un centre d'hébergement (12,8%, $IC_{95\%}$ [8,3 ; 19,3]). La majorité d'entre elles (71,4%, $IC_{95\%}$ [56,0 ; 83,1]) sont hébergées en hôtel social. Avant la naissance de l'enfant, elles étaient 52,6% à vivre dans ces conditions ($IC_{95\%}$ [40,6 ; 64,4]), tandis que 11,4% habitaient dans leur famille ($IC_{95\%}$ [3,2 ; 33,3]) et 18,6% chez des tiers ($IC_{95\%}$ [12,0 ; 27,7]). A la venue de l'enfant, elles sont moins nombreuses à pouvoir compter sur leur réseau : si 11,5% sont toujours dans leur famille ($IC_{95\%}$ [3,2 ; 33,4]) seules 3,9% vont chez des tiers ($IC_{95\%}$ [1,3 ; 10,8]). La grossesse peut perturber les liens familiaux ou épuiser les liens de soutien qui peuvent être apportés par des tiers – notamment par le biais d'un hébergement –, ce qui peut inciter les femmes à chercher un autre abri quand l'enfant naît (Tucker, 2012).

Par ailleurs, la mobilité résidentielle pendant la grossesse est conséquente. Parmi les 129 répondantes, seulement un peu plus de la moitié n'a pas déménagé pendant cette grossesse (52,7%, $IC_{95\%}$ [39,1 ; 65,9]). Les autres ont déménagé de 1 à 30 fois, presque 3 fois en moyenne (2,95, $IC_{95\%}$ [1,2 ; 4,6]), et la moitié ont déménagé plus de 2 fois. Ces chiffres soulignent l'instabilité résidentielle que les femmes enceintes subissent, avec toute la difficulté de pouvoir accueillir un enfant et de lui porter toute l'attention qu'il nécessite dans un contexte de menace permanente de quitter le lieu d'hébergement. Les professionnels se sont déjà alarmés des conséquences de ces ruptures au cours de la grossesse sur l'enfant à venir : le fait d'être « indésirable » a des conséquences transgénérationnelles maintenant reconnues (Davoudian, 2012).

Tableau 154. Type d'hébergement des femmes avant et après leur accouchement.

	Avant l'accouchement		Après l'accouchement	
	%	IC95%	%	I 95%
Dans la famille	11,4	[3,2 ; 33,3]	11,5	[3,2 ; 33,4]
Chez des tiers	18,6	[12,0 ; 27,7]	3,9	[1,3 ; 10,8]
Dans un hôtel payé par une association	52,6	[40,6 ; 64,4]	71,4	[56,0 ; 83,1]
Dans un logement personnel	1,5	[0,4 ; 5,0]	0,4	[0,1 ; 2,7]
Dans un centre d'hébergement	13,5	[8,5 ; 20,6]	12,8	[8,3 ; 19,3]
Autre	2,4	[0,7 ; 7,3]	0,0	-
Total	100		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 139 femmes interrogées, ayant un enfant âgé de moins de 1 an. 137 répondantes.

2. La santé des femmes enceintes

Lors de l'entretien avec l'enquêteur et le psychologue, 55 femmes ont déclaré être enceintes, représentant ainsi 8,0% des 764 femmes de l'enquête ($IC_{95\%}$ [5,1 ; 12,2]).

Près d'un tiers des femmes enceintes ont été rencontrées en Seine-Saint-Denis, tandis qu'un autre quart l'a été dans l'Essonne ; elles étaient majoritairement hébergées en hôtel (81,4%, $IC_{95\%}$ [72,6 ; 87,8]).

Tableau 155. Département d'hébergement des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Paris	6	9,9	[3,7 ; 23,9]
Seine-et-Marne	6	9,9	[4,5 ; 20,7]
Yvelines	6	6,0	[2,8 ; 12,3]
Essonne	14	27,0	[14,9 ; 43,8]
Hauts-de-Seine	4	5,4	[2,1 ;13,2]
Seine-Saint-Denis	12	29,6	[17,0 ; 46,3]
Val-de-Marne	4	9,3	[3,0 ; 25,1]
Val d'Oise	3	2,9	[0,8 ; 10,1]
Total	55	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes.

Tableau 156. Structures d'hébergement des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Hôtels	35	81,4	[72,6 ; 87,8]
CHU	6	5,9	[3,8 ; 9,0]
CADA	11	9,7	[6,4 ; 14,4]
CHRS	3	3,0	[1,4 ; 6,3]
Total	55	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes.

Les femmes enceintes avaient de 21 à 44 ans et une moyenne d'âge de 30,3 ans ($IC_{95\%}$ [29,2 ; 31,4]), la médiane étant à 30 ans. Près d'un tiers indiquaient avoir pour dernier diplôme un diplôme de niveau primaire ; 73,1% indiquaient avoir des difficultés en français, que ce soit pour le lire, l'écrire, le parler ou le comprendre. Plus de la moitié des femmes enceintes étaient en voie de régularisation. La majorité avait une couverture médicale mais seules 36,4% déclaraient être prise en charge à 100%. Enfin, près des deux tiers déclaraient avoir une couverture maladie complémentaire valable en France. Concernant le recours aux soins, bien qu'enceinte, 20,4% déclaraient ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois et 26,8% déclaraient avoir renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux sur cette même période. A peine la moitié des femmes enceintes déclaraient avoir consulté un médecin pour des questions de gynécologie et un peu plus des deux tiers étaient régulièrement suivies pour des questions de gynécologie.

Tableau 157. Caractéristiques des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Age des mères enceintes			
[18-30 ans[	23	47,5	[35,2 ; 60,1]
[30-40 ans[	30	50,7	[38,3 ; 62,9]
[40-50 ans[	2	1,8	[0,5 ; 7,1]
Diplôme obtenu le plus élevé			
Aucun	23	28,8	[15,3 ; 47,6]
Primaire/collège	11	33,2	[19,6 ; 50,3]
BAC	14	29,4	[17,0 ; 45,9]
Supérieur	6	7,7	[4,1 ; 14,3]

	n	%	IC95%
Autre et NSP	1	0,9	[0,2 ; 4,8]
Difficultés en français			
Oui	40	73,1	[57,0 ; 84,7]
Non	14	26,9	[15,3 ; 43,0]
Statut administratif			
En voie de régularisation	31	56,2	[31,2 ; 78,5]
« Régularisé »	3	12,5	[2,7 ; 42,6]
Demandeuse d'asile	11	12,9	[7,1 ; 22,1]
Titre de séjour	7	18,4	[6,9 ; 40,6]
Couverture maladie			
Oui, la Sécurité sociale (bénéficiaire ou ayant droit)	4	13,1	[3,1 ; 41,0]
Oui, la Sécurité sociale de base par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle)	25	42,3	[29,1 ; 56,8]
Oui, l'Aide médicale d'Etat (AME)	13	21,4	[10,3 ; 39,2]
Oui, mais ne sait pas laquelle	0	0,0	[-]
En cours de demande	5	6,9	[3,0 ; 15,2]
Aucune couverture maladie	8	16,3	[7,1 ; 33,3]
Prise en charge à 100%			
Oui, pour une maladie grave,	0	0,0	[-]
Oui, pour une autre raison (grossesse, invalidité, etc,)	25	36,4	[19,3 ; 57,7]
Non	30	63,6	[42,3 ; 80,7]
Couverture maladie complémentaire			
Oui, par la CMU	12	58,2	[47,0 ; 68,6]
Aucune couverture maladie complémentaire	17	40,0	[29,3 ; 51,7]
Ne sait pas	1	1,8	[0,3 ; 11,5]
A consulté de médecin au cours des douze derniers mois			
Oui, une fois	3	3,5	[1,2 ; 10,0]
Oui, plusieurs fois	41	76,2	[60,1 ; 87,1]
Non	11	20,4	[10,7 ; 35,4]
A renoncé à voir un médecin ou a des soins médicaux au cours des douze derniers mois			
Oui	16	26,8	[13,5 ; 46,2]
Non	38	73,2	[53,8 ; 86,5]
A déjà consulté un médecin pour des questions de gynécologie			

	n	%	IC95%
Oui	35	49,7	[28,1 ; 71,4]
Non	20	50,3	[28,6 ; 72,0]
Est régulièrement suivie pour des questions de gynécologie			
Oui	22	67,9	[53,1 ; 79,7]
Non	13	32,1	[20,3 ; 46,9]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes.

Seules 5,8% des femmes enceintes étaient suivies par le réseau Solipam[127], mais 77,0% étaient suivies par un assistant ou un travailleur social.

Tableau 158. Suivi des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Suivi SOLIPAM			
Oui	3	5,8	[1,7 ; 17,7]
Non	48	94,2	[82,3 ; 98,3]
Suivi social			
Oui	43	77,0	[57,2 ; 89,4]
Non	12	23,0	[10,6 ; 42,8]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes, 51 répondant à la question sur le réseau SOLIPAM.

Les deux tiers des femmes enceintes sont originaires de pays d'Afrique. Elles sont en France depuis 2 mois à 12,3 ans, avec une présence moyenne sur le territoire français de 2,7 ans ($IC_{95\%}$ [2,3 ; 3,1]). Elles étaient sans domicile depuis 1 mois à 8 ans, avec une présence moyenne dans le système d'hébergement de 1,7 ans ($IC_{95\%}$ [1,4 ; 2,1]), et, depuis, avaient déménagé 4,6 fois en moyenne ($IC_{95\%}$ [3,3 ; 5,8]), le nombre de déménagements depuis leur entrée dans le système d'hébergement varie de 0 à 11.

[127] Solipam, solidarité Paris maman, est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France.

Tableau 159. Pays de naissance, temps de présence sur le territoire français, durée de vie sans domicile et nombre de déménagements des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Pays de naissance			
Afrique subsaharienne	25	30,4	[15,9 ; 50,1]
Maghreb	3	4,0	[1,3 ; 11,6]
Autre Afrique	11	33,5	[19,6 ; 51,0]
Proche et moyen orient	1	1,3	[0,3 ; 5,7]
CEI	10	14,2	[6,3 ; 29,2]
UE	3	5,2	[1,8 ; 14,5]
Autre Europe	0	0	0
Asie	2	11,4	[2,2 ; 42,5]
Amérique et Océanie	0	0	0
Temps de présence sur le territoire français			
< 19 mois	19	28,9	[15,4 ; 47,5]
[19 - 37 mois [	17	39,1	[25,1 ; 55,2]
[37 - 87 mois [	11	24,4	[12,2 ; 42,9]
≥ 87 mois	7	7,6	[3,2 ; 16,9]
Durée de vie sans domicile			
< 11 mois	16	29,0	[15,4 ; 47,9]
[11 - 24 mois [	19	30,7	[17,9 ; 47,4]
[24 - 45 mois [	12	32,0	[18,9 ; 48,8]
≥ 45 mois	8	8,2	[3,6 ; 47,9]
Nombre de déménagements			
< 2	9	11,2	[4,7 ; 24,4]
2	9	24,6	[11,3 ; 45,6]
[3 - 6 [	21	33,6	[17,1 ; 55,4]
≥ 6	13	30,5	[17,9 ; 47,0]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes (54 répondantes pour la durée de vie sans domicile, 52 pour le nombre de déménagements).

Les femmes enceintes ont eu entre 1 à 9 grossesses, menées à terme ou non (la grossesse en cours étant comptabilisée), soit 2,9 grossesses par femmes ($IC_{95\%}$ [2,3 ; 3,4]). Près d'un tiers déclaraient vivre sans conjoint au moment de l'enquête.

Tableau 160. Nombre de grossesses, de personnes dans le ménage et situation matrimoniale des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Nombre de grossesses			
≤ 2	20	49,4	[27,3 ; 71,8]
3	18	31,5	[18,0 ; 49,1]
≥ 4	17	19,1	[9,6; 34,4]
Nombre de personnes vivant avec le répondant			
1	34	72,0	[53,3 ; 85,2]
2	12	20,2	[10,1 ; 36,3]
3 et plus	9	7,8	[3,4; 17,1]
Vie en couple			
Oui	32	63,4	[43,7 ; 79,4]
Non	21	31,5	[17,1 ; 50,7]
NVPR	2	5,1	[1,1 ; 21,1]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes.

Le revenu mensuel moyen de leur ménage par unité de consommation était de 279,3 € ($IC_{95\%}$ [146,0 ; 412,6]) mais variait de 0 à 1209,2 €.

Tableau 161. Revenus mensuels du ménage des femmes enceintes, en euros.

	n	%	IC95%
< 47,6	14	27,7	[13,8 ; 47,6]
[47,6 – 221,25[	16	24,3	[12,8 ; 41,2]
[221,15 – 520 [	15	25,1	[12,9 ; 43,2]
≥ 520	8	22,9	[10,3 ; 43,6]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes, 53 répondantes.

Du fait de ces conditions de vie, la grande majorité des femmes enceintes étaient en insécurité alimentaire et plus d'un tiers souffrait de dépression, sans pour autant qu'on puisse remarquer un lien significatif entre la grossesse et ces deux problématiques.

Tableau 162. Insécurité alimentaire des femmes enceintes

	n	%	IC95%
Oui	48	84,7	[59,7 ; 95,4]
Non	5	15,3	[4,6 ; 40,3]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes, 53 répondantes.

Tableau 163. Dépression chez les femmes enceintes

	n	%	IC95%
Oui	12	36,0	[19,5 ; 56,7]
Non	39	64,0	[43,38 ; 80,6]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 764 femmes interrogées, 55 femmes enceintes, 51 répondantes.

Enfin, parmi les 703 femmes, non drépanocytaires, non VIH+, non tuberculeuses, ayant eu le rendez-vous infirmier et une mesure d'anémie, 7,9% étaient enceintes ($IC_{95\%}$ [5,4 ; 11,2]). Parmi elles, plus de la moitié étaient anémiées (51,0%, $IC_{95\%}$ [34,4 ; 67,3]), majoritairement en anémie légère, tandis que chez les femmes non enceintes la proportion de femmes anémiées était de 50,2% ($IC_{95\%}$ [45,4 ; 55,1]). En Europe, l'anémie est de 25,1% chez les femmes enceintes ($IC_{95\%}$ [18,6 ; 31,6]) et de 11,5% en France ($IC_{95\%}$ [2,5 ; 39,6]).

Tableau 164. L'anémie chez les femmes enceintes

	n	%	IC95%
Aucune	19	49,0	[32,7 ; 65,6]
Légère	16	30,4	[15,1 ; 51,6]
Modérée	17	20,6	[11,7 ; 33,7]
Grave	0	0,0	[-]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 703 femmes prélevées non drépanocytaires, non VIH+, non tuberculeuses ; 52 enceintes.

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. Elles se sentent seules, sont nombreuses à être peu suivies, se retrouvent dans une instabilité résidentielle, sont anémiées et souffrent de dépression et d'insécurité alimentaire pour une large majorité d'entre elles. Les conséquences en terme de santé publique sont d'autant plus alarmantes que ces conditions extrêmes auront un retentissement sur la santé de la mère elle-même mais probablement, comme l'ont largement montré les études nord-américaines, sur leur bébé.

3. Anémie chez l'enfant âgé de moins de 1 an

L'anémie chez les enfants âgés de moins de 1 an est très fréquente puisqu'elle concerne 45,3% d'entre eux ($IC_{95\%}$ [32,0 ; 59,2]). Même si les enfants allaités, même partiellement, paraissent moins anémiés que les enfants non allaités, aucune différence significative n'a été observée (p=0,4).

D'autres facteurs, en revanche, sont déterminants sur leur anémie : ainsi les enfants anémiés étaient majoritairement des filles. Comme chez les parents, et probablement pour les mêmes raisons : les enfants anémiés sont plus souvent d'origine subsaharienne ou originaire d'Asie (pays de forte endémicité d'helminthiases, de paludisme, et d'autres pathologies pouvant entrainer d'autres causes d'anémie comme les hémoglobinopathies, le VIH, etc. L'OMS a estimé à 75% les anémies d'origine ferriprives). Les revenus sont aussi un facteur significatif, ainsi que le fait de percevoir des prestations sociales : les enfants anémiés sont seulement 1% à avoir des parents qui perçoivent le RSA, *versus* 20,4% chez les enfants non anémiés.

Tableau 165. Prévalences de l'anémie chez les enfants de moins 1 an

	Pas d'anémie			**Anémie**			
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	***p-value***
Sexe							
Masculin	39	72,8	[57,5 ; 84,1]	26	28,5	[15,9 ; 45,6]	<0,001
Féminin	30	27,2	[15,9 ; 42,5]	33	71,5	[54,4 ; 84,1]	
Pays de naissance de la mère							
Afrique subsaharienne	28	33,6	[20,1 ; 50,4]	30	47,1	[28,4 ; 66,6]	<0,001

	Pas d'anémie			Anémie			
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	***p-value***
Maghreb	6	10,9	[4,5 ; 24,1]	2	1,7	[0,7 ; 3,8]	
Autre Afrique	12	12,5	[5,3 ; 26,9]	13	15,1	[7,2 ; 29,0]	
Proche et moyen orient	0	0,0		0			
CEI	10	25,6	[10,6 ; 49,9]	7	11,4	[4,8 ; 24,7]	
UE	10	12,9	[6,1 ; 25,2]	1	1,6	[0,2 ; 10,6]	
autre Europe	0	0,0		0	0,0		
Asie	2	1,1	[0,2 ; 4,8]	5	23,1	[5,6 ; 60,1]	
Amérique et Océanie	1	3,4	[0,6 ; 16,3]	0	0,0		
Temps de présence de la mère sur le territoire français							
< 19 mois	24	25,5	[14,5 ; 40,9]	25	23,0	[13,0 ; 37,4]	
[19 - 37 mois [	24	40,0	[24,2 ; 58,1]	19	43,8	[25,1 ; 64,3]	<0,05
[37 - 87 mois [	8	31,2	[13,2 ; 57,7]	7	7,4	[2,9 ; 17,9]	
≥ 87 mois	2	3,3	[0,6 ; 16,2]	5	25,8	[7,3 ; 60,7]	
Diplôme de la mère							
Aucun diplôme	21	33,3	[19,5 ; 50,7]	18	22,6	[12,2 ; 37,9]	
Primaire/collège	12	15,5	[7,9 ; 28,1]	14	44,8	[24,0 ; 67,7]	
BAC	16	20,6	[10,0 ; 37,6]	13	18,9	[9,4 ; 34,3]	<0,05
Supérieur	14	26,1	[10,8 ; 50,7]	11	13,7	[6,3 ; 27,4]	
Autre et NSP	2	4,5	[1,8 ; 10,7]	0	0,0		
Revenus mensuels du ménage (€/unité de consommation)							
< 47,6	20	33,8	[19,5 ; 52,0]	20	40,8	[23,5 ; 60,8]	
[47,6 – 221,25[	20	22,4	[13,1 ; 35,6]	19	15,3	[8,1 ; 26,8]	<0,01
[221,15 – 520 [	17	35,2	[18,1 ; 57,1]	11	15,5	[7,2 ; 29,8]	
≥ 520	8	8,5	[3,3 ; 20,3]	8	28,4	[9,2 ; 60,9]	
RMI/RSA							
Oui	9	20,4	[6,3 ; 49,4]	2	1,0	[0,3 ; 2,8]	<0,001
Non	60	79,6	[50,6 ; 93,7]	57	99,0	[97,2 ; 99,7]	
Total		100			100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 128 enfants de moins de 1 an prélevés

4. Le recours aux soins en périnatalité

En santé périnatale, les difficultés d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences sur le suivi de la grossesse puis du jeune enfant. Cette partie décrit le recours aux soins des mères ayant un enfant de moins de 6 ans auprès des trois acteurs les plus souvent impliqués que sont le médecin généraliste, le pédiatre ou le centre de PMI. Une attention particulière sera apportée aux centres de PMI[128]. En effet, l'article L2111-1 du *Code de la santé publique* précise que ses actions s'adressent notamment aux jeunes mères et aux femmes enceintes « particulièrement démunies ». La gratuité des consultations et l'inconditionnalité de l'accueil font de ces centres des établissements sanitaires fréquentés en particulier par les populations modestes qui n'ont pas les moyens de recourir à un médecin en cabinet libéral. Cependant, l'inconditionnalité de l'accueil et la gratuité des consultations ne peuvent suffire à garantir le recours aux soins (Riemer *et al.*, 1995). La mobilité des familles dans le système d'hébergement, les lieux d'hébergement parfois isolés géographiquement et les difficultés sociales et économiques que connaissent les familles sont des facteurs susceptibles d'entraver le recours.

Cette partie a pour objectif d'analyser le recours aux soins en terme de fréquence et de type de recours, et en particulier dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI) en analysant leur accessibilité selon la localisation des structures d'hébergement.

4.1. Fréquence et type de recours aux soins

4.1.1. La PMI, un établissement sanitaire très fréquenté par les familles

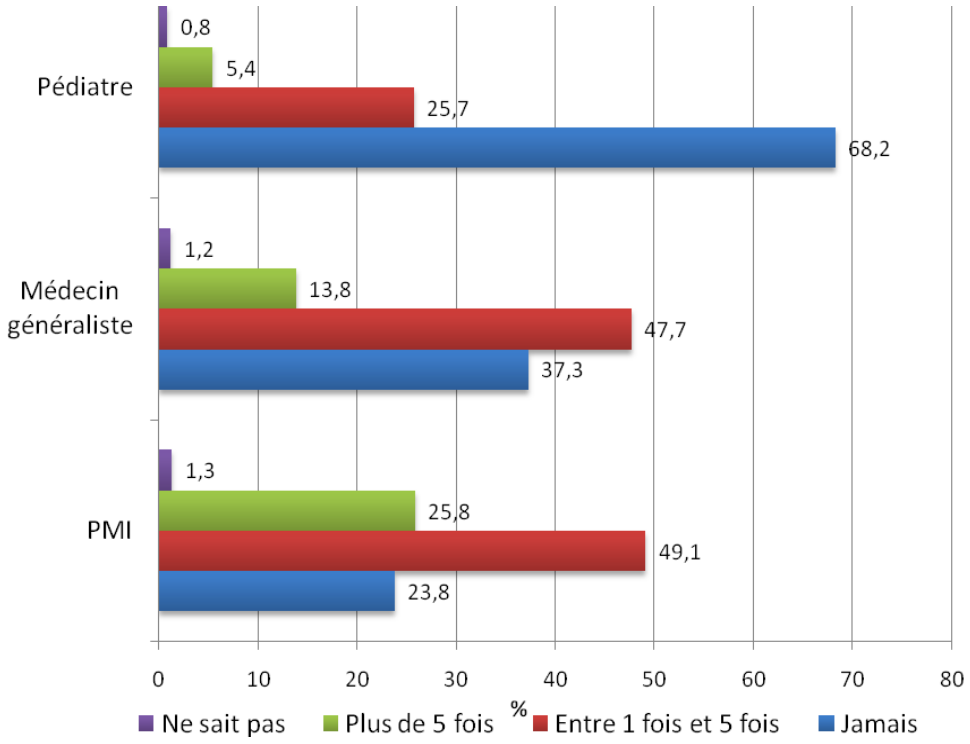
Chez les franciliens, en population générale, le pédiatre est le professionnel de choix pour les jeunes enfants : l'enquête décennale santé de l'Insee 2002-2003 montre que dans 46% des cas, les parents d'enfants franciliens recourent au pédiatre pour leurs consultations, notamment dans les deux premières années de vie de l'enfant, où il est ensuite devancé par le généraliste. Or, dans notre enquête, comme le montre la figure suivante, le recours au généraliste devance largement celle du pédiatre. En effet, on constate que les familles sont 68,2% ($IC_{95\%}$ [63,0 ;

[128] Sous l'autorité du Conseil général depuis la loi de décentralisation de 1983, la protection maternelle et infantile a pour principale mission la promotion de la santé maternelle et infantile. Elle organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes et les enfants âgés de 0-6 ans, en veillant au bon déroulement de la grossesse (consultation prénatale et post natale) puis au bon développement de l'enfant (pesée, vaccination, consultations en pédiatrie).

73,3]) à ne pas fréquenter de pédiatre et seulement un peu plus d'un tiers à ne pas fréquenter de généraliste.

Les familles se tournent essentiellement vers la consultation en centre de PMI : 76,2% ($IC_{95\%}$ [71,9 ; 80,5]) des enfants sont allés en centre de PMI au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Figure 19. Fréquentation des professionnels de santé au cours des douze derniers mois



Source: enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées, 563 répondants pour la PMI et le pédiatre, 562 répondants pour le médecin.

Un enfant sur quatre n'a pas été vu en PMI au cours des douze derniers mois, ce qui est bien moins que la population des enfants vus en consultation dans les CASO (centres d'accueil, de soins et d'orientation) de Médecins du monde, qui rapporte que 60% des enfants ne sont pas suivis en PMI (Médecins du monde, 2013)[129]. Dans notre population, la plupart des enfants ont consulté au moins une fois dans l'année un professionnel de santé, quel qu'il

[129] La différence observée entre les enfants d'ENFAMS et ceux des CASO s'explique par des profils différents. Les enfants consultants dans les CASO sont notamment arrivés en France plus récemment et ont des origines géographiques différentes, deux variables qui influent sur le recours aux soins, comme nous le verrons un peu plus loin dans ce chapitre.

soit. Les situations de non recours à tous types de professionnels de santé touchent en effet peu d'enfants enquêtés : seulement 3,4% d'entre eux sont concernés ($IC_{95\%}$ [1,6 ; 5,1]).

Ces premiers résultats exploratoires sur la fréquence et le type de recours montrent le rôle central de la PMI dans le recours aux soins. Ce résultat n'est pas surprenant lorsqu'on connaît la population ciblée par ces établissements, mais mérite d'être souligné.

Afin d'analyser plus finement le recours aux soins, quatre profils ont été définis à partir du recours auprès des professionnels les plus sollicités pour les enfants âgés de moins de 6 ans :

- l'absence de recours aux soins en centre de PMI, chez un médecin généraliste et chez un pédiatre,
- le recours aux soins en PMI uniquement, c'est-à-dire sans recours au médecin généraliste ni au pédiatre,
- l'absence de recours aux soins en PMI, mais avec un recours chez le médecin généraliste ou le pédiatre,
- le recours aux soins multiple : en PMI et chez le médecin généraliste et/ou pédiatre.

Au total 5,6% des enfants n'avaient fréquenté ni la PMI, ni le médecin généraliste, ni le pédiatre, ce qui n'excluait pas un recours au médecin hospitalier ou à un autre professionnel de santé (infirmière, kinésithérapeute..). On note ainsi que 21,1% des enfants ont uniquement un recours aux soins en PMI sans consulter le pédiatre ou le médecin généraliste (mais seulement 0,2% ($IC_{95\%}$ [0,0 ; 0,4]) des enfants ne consultaient aucun autre professionnel de santé, comme un médecin hospitalier ou autre professionnel de santé). Enfin, 18,4% des enfants ne consultaient pas en PMI mais avaient consulté un généraliste ou un pédiatre et 55,0% des enfants consultaient à la fois en PMI et auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste.

Tableau 166. Les différents types de soins pour les enfants

	n	**%**	**IC95%**
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste	35	5,6	[3,4 ; 7,7]
Recours aux soins uniquement en PMI	110	21,1	[15,7 ; 26,4]
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	96	18,4	[14,4 ; 22,3]

	n	%	IC95%
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	318	55,0	[49,4 ; 60,7]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ: 566 personnes interrogées, 559 répondants.

L'absence de recours aux soins chez le généraliste ou chez le pédiatre pour près d'un enfant sur quatre interpelle sur le rôle prépondérant que joue la PMI qui constitue le seul recours aux soins pour un enfant sur cinq. Il est fort probable que dans ces cas, la PMI ne joue plus seulement un rôle de médecine préventive, mais peut se trouver interpelée de plus en plus dans un rôle curatif.

4.1.2. Caractéristiques des familles ayant recours aux soins en PMI

Plusieurs études ont montré que les caractéristiques individuelles des familles (et notamment du référent familial) peuvent avoir un impact sur le recours aux soins (Boisguérin et Pichetti, 2008 ; Reijneveld, 1998). Ainsi, le revenu et l'origine géographique sont des facteurs connus pour leur influence sur le recours aux soins : les immigrés étrangers ont un taux de recours aux médecins (généralistes ou spécialistes) moindre que les personnes nées en France (Dourgnon *et al.*, 2009) tout comme les personnes ayant un bas niveau de revenu (Renahy, 2012).

4.1.2.1 .Les caractéristiques économiques

Le tableau suivant illustre le lien observé entre le recours aux soins et le niveau de revenu de la famille.

Tableau 167. Les revenus des familles selon les formes de leur recours aux soins

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/ généraliste		Recours aux soins uniquement en PMI		Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ ou généraliste		Recours aux soins en PMI et généraliste/ ou pédiatre		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Aucun	46,3	[23,8 ; 68,8]	22,7	[12,2 ; 33,3]	21,7	[7,9 ; 35,5]	19,5	[13,3 ; 25,6]	ns

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/ généraliste		Recours aux soins uniquement en PMI		Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ ou généraliste		Recours aux soins en PMI et généraliste/ ou pédiatre		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
revenu									
Entre 250 et 500 €	50,3	[27,8 ; 72,8]	35,3	[19,5 ; 51]	18,4	[9,4 ; 27,4]	30,9	[23,9 ; 37,8]	
Entre 500 et 1000 €	3,0	[0,0 ; 8,5]	29,6	[9,6 ; 49,6]	22,3	[7,5 ; 37,1]	27,4	[20,5 ; 34,3]	
Plus de 1000 €	0,5	[0,0; 1,2]	12,4	[4 ; 20,8]	37,6	[21,9 ; 53,3]	22,3	[14,1 ; 30,4]	
Total	100		100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants qui n'ont pu recevoir de soins de premier recours, 46% vivent dans une famille qui n'a aucun revenu.

La quasi-totalité des enfants qui n'ont pas fréquenté de professionnels de premiers recours vivent dans une famille sans revenu ou avec un revenu inférieur à 500 euros. Les enfants dont la famille perçoit un revenu entre 250 et 1000 euros sont plus représentés parmi les enfants qui bénéficient d'un recours aux soins essentiellement en PMI sans recourir au généraliste ni au pédiatre (64,9% d'entre eux), tandis que les enfants dont la famille a un revenu mensuel de plus de 1000 euros sont plus fortement représentés parmi la population qui bénéficie d'un recours multiple (22,3% des enfants concernés) ou d'un recours au médecin généraliste ou au pédiatre (37,6% des enfants dans ce cas).

Afin d'évaluer l'impact de la couverture maladie sur le recours aux soins, les types de recours en fonction de la couverture maladie ont été analysés. Celle-ci influence fortement les parents dans le choix des professionnels de santé consultés.

Tableau 168. Type de recours selon la couverture maladie du parent enquêté

	Sécurité sociale	CMU	AME	En cours	Aucune	*p-value*
	%	%	%	%	%	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/ généraliste	-	1,7	6,4	10,6	19,4	<0,001
	-	[0,3 ; 3,1]	[2,1 ; 10,6]	[2,3 ; 19,0]	[9,6 ; 29,2]	
Recours aux soins uniquement en PMI	31,4	13,2	18,1	17,9	39,5	
	[11 ; 51,8]	[5,4 ; 20,9]	[10,5 ; 25,7]	[3,7 ; 32,1]	[24,2 ; 54,8]	
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ ou généraliste	19,6	23,4	10,3	28,9	18,1	
	[5,3 ; 33,8]	[16,1 ; 30,8]	[5,4 ; 15,1]	[9,7 ; 48,2]	[5,4 ; 30,9]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ ou pédiatre	49,1	61,7	65,2	42,5	22,9	
	[28,3 ; 69,9]	[52,9 ; 70,5]	[56,1 ; 74,4]	[24,2 ; 60,8]	[10,5 ; 35,4]	
Total	100	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture: parmi les enfants bénéficiaires de l'AME, 6,4% n'ont pas eu recours aux soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.

Les enfants dont le parent bénéficie de la sécurité sociale n'ont pas d'absence de recours au cours des douze derniers mois. Ils sont 49,1% à bénéficier d'un recours multiple, tandis que 61,7% des enfants bénéficiaires de la CMU ont fréquenté plusieurs professionnels, tout comme 65,2% des enfants bénéficiaires de l'AME. Les enfants en situation de renouvellement ou sans aucune couverture maladie sont caractérisés par une absence de recours aux soins qui touche respectivement 10,6% et 19,4% des enquêtés. Les enfants qui n'ont pas de couverture maladie sont principalement suivis en centre de PMI, sans consulter en cabinet médical : ils sont 39,5% dans ce cas. Les enfants dont les parents sont en attente de renouvellement de couverture maladie restent nombreux à bénéficier d'un recours multiple ou d'un recours unique en cabinet médical. Ces enfants se différencient des enfants sans aucune couverture dans leur recours aux soins.

Le fait de bénéficier d'une complémentaire santé est également significatif : elle favorise le recours aux soins auprès d'un médecin généraliste et/ou spécialiste.

Tableau 169. Type de recours selon la couverture complémentaire santé

	Couverture complémentaire		Absence de couverture complémentaire		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/ généraliste	1,0	[0,0 ; 2,3]	9,3	[5,7 ; 13,0]	<0,01
Recours aux soins uniquement en PMI	16,1	[5,9 ; 26,3]	22,3	[16,1 ; 28,6]	
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	27,3	[19,2 ; 35,3]	15,1	[10,6 ; 19,6]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	55,6	[45,6 ; 65,7]	53,2	[46,1 ; 60,3]	
Total	100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture: parmi les enfants bénéficiaires d'une complémentaire santé, 55,6% ont eu un recours multiple en centre de PMI et/ou chez un médecin généraliste ou un pédiatre au cours des 12 derniers mois.

L'importance de la couverture santé sur le recours aux soins, notamment auprès du généraliste, a été largement démontrée dans plusieurs études en population générale (Marical et de Saint Pol, 2007) mais aussi chez les populations sans domicile (Kushel *et al.*, 2001). Ce constat est partagé dans notre population, plus touchée par l'absence de couverture santé et par les faibles revenus. Les enfants qui n'ont pas recours aux soins, ni en PMI ni auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste, sont ceux de familles sans revenu ou avec un revenu inférieur à 500 euros et qui n'ont pas de couverture maladie.

4.1.2.2. Les caractéristiques démographiques

Le pays de naissance du parent ayant répondu à l'enquête est déterminant sur le recours aux soins pour les enfants : ainsi, l'absence de recours aux soins est quasi inexistante pour les enfants dont les parents sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb, et elle est de l'ordre de 6% pour les enfants de parents nés dans un autre pays d'Afrique. En revanche elle augmente fortement pour les enfants dont les parents sont originaires de la CEI

ou de l'UE. Respectivement 12,4% et 11,9% des enfants n'ont pas connu de soin de premier recours au cours des douze derniers mois. Le recours multiple concerne une part importante des enfants pour les parents originaires d'Afrique subsaharienne : 72,0% ont un recours en centre de PMI et chez un généraliste et/ou spécialiste et plus de 60% des enfants issus de la région « Autre Afrique » sont dans ce cas. Ce pourcentage baisse sensiblement pour les enfants de parents nés dans un pays de la CEI et de l'UE (respectivement 45,6% et 26,3%) qui ont plus souvent un recours unique en centre de PMI voire aucun recours. Une attention particulière doit être accordée à cette population.

Tableau 170. Types de recours selon le pays de naissance du parent enquêté

	Afrique subsaha-rienne	**Maghreb**	**Autre Afrique**	**CEI**	**UE**	**Asie**	***p-value***
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste	1,1 [0,0 ; 2,3]	- -	6,3 [0,0 ; 12,9]	12,4 [5,0 ; 19,8]	11,9 [2,8 ; 21,0]	9,2 [0,0 ; 19,3]	<0,001
Recours aux soins uniquement en PMI	15,0 [8,8 ; 21,1]	5,0 [0,0 ; 10,2]	18,1 [9,4 ; 26,7]	30,2 [12,9 ; 47,5]	32,7 [16,4 ; 49,0]	22,9 [0,0 ; 50,5]	
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	11,9 [6,0 ; 17,9]	45,0 [28,6 ; 61,5]	13,7 [6,7 ; 20,8]	11,8 [4,8 ; 18,7]	29,1 [13,4 ; 44,8]	6,5 [0,0 ; 15,2]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	72,0 [64,2 ; 79,7]	49,9 [32,7 ; 67,2]	61,9 [49,6 ; 74,2]	45,6 [29,8 ; 61,4]	26,3 [15,2 ; 37,4]	61,5 [30,6 ; 92,3]	
Total	100	100	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants originaires de la CEI, 12,4% n'ont pas bénéficié de soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.
NB : en raison des faibles effectifs, les enfants dont les parents sont nés dans un pays d'Europe hors UE, au Proche et Moyen-Orient, ou encore en Amérique ou Océanie ne sont pas représentés.

Le temps de présence en France influence également le type de recours aux soins : les familles arrivées depuis peu en France sont près de 40% à ne pas avoir recours aux soins ni en

PMI, ni auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste et ne représentent que 5,8% des familles qui cumulent consultation en centre de PMI, chez un médecin généraliste et/ou un pédiatre. A l'inverse, les familles présentes depuis plus de quatre ans sur le sol français sont 45,3% à s'orienter vers la PMI et le médecin généraliste/ou le pédiatre, et représentent 30,2% des familles qui ont un recours exclusif en PMI.

Tableau 171. Temps de présence en France des familles selon les formes de leur recours aux soins

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste		**Recours aux soins uniquement en PMI**		**Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste**		**Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre**		***p-value***
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Moins de 1 an	39,7	[17,9 ; 61,5]	17,4	[7,4 ; 27,4]	18,0	[7,7 ; 28,3]	5,8	[3,2 ; 8,4]	<0,01
Entre 1 et 2 ans	17,7	[3 ; 32,3]	26,9	[9,7 ; 44,1]	14,7	[2,8 ; 26,6]	16,4	[11,1 ; 21,7]	
Entre 3 et 4 ans	26,1	[0,1 ; 52,1]	25,5	[13,7 ; 37,4]	23,1	[7,3 ; 38,9]	32,5	[25 ; 40]	
Plus de 4 ans	16,5	[0,0; 33,8]	30,2	[14 ; 46,4]	44,2	[29,2 ; 59,2]	45,3	[37 ; 53,5]	
Total	100		100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants qui ont bénéficié d'un recours multiple, en centre de PMI et chez un généraliste et/ou un pédiatre, 45% sont issus de familles présentes sur le territoire français depuis plus de 4 ans.

Ni le statut administratif, ni l'âge des parents, ni la composition familiale ou le nombre d'enfant n'ont de lien significatif avec le recours aux soins des enfants. En revanche, l'âge de l'enfant est un critère déterminant du type de recours aux soins.

Tableau 172. Types de recours selon l'âge des enfants

	Moins de 1 an		**Entre 1 an et 2 ans**		**3 ans et plus**		***p-value***
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	

	Moins de 1 an		Entre 1 an et 2 ans		3 ans et plus		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/ généraliste	1,3	[0,0 ; 2,6]	5,6	[2,3 ; 8,8]	7,8	[3,8 ; 11,7]	
Recours aux soins uniquement en PMI	38,2	[24,1 ; 52,2]	21,8	[14,7 ; 29]	11,4	[5,3 ; 17,6]	
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	0,7	[0,1 ; 1,3]	16,7	[9,1 ; 24,2]	29,1	[21,5 ; 36,8]	<0.001
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	59,8	[45,9 ; 73,7]	55,9	[46,0 ; 65,9]	51,7	[42,9 ; 60,5]	
Total	100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants de moins de 1 an, 1,3% n'ont pas bénéficié de soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.

A mesure que l'enfant grandit, l'absence de recours aux soins augmente : elle passe de 1,3% pour les enfants de moins de 1 an à près de 8% pour les enfants de 3 ans et plus. Les enfants de moins de 1 an sont près de 60% à bénéficier d'un recours multiple, ils sont également nombreux, près de 40%, à être suivis uniquement par un centre de PMI. Le recours en cabinet médical unique est quasi inexistant. Les consultations uniquement en cabinet médical augmentent pour les enfants âgés de 1 à 2 ans : elles passent de 0,7% à 16,7%. Les enfants âgés de 3 ans et plus bénéficient en majorité d'un recours multiple (près de 52% sont concernés) mais la consultation en cabinet médical de ville concerne près de 30% des enfants de cet âge, pourcentage plus élevé que pour les autres tranches d'âge. On peut donc distinguer des transitions dans les types de recours en fonction des tranches d'âge : si la majeure partie des enfants sont suivis, quel que soit l'âge, par plusieurs professionnels, on constate que les enfants âgés de moins de 1 an sont plus concernés par un suivi unique en centre de PMI, tandis que les enfants de 3 ans et plus sont davantage suivis par un cabinet médical. Les enfants âgés de 1 à 2 ans sont suivis soit par un centre de PMI soit par un cabinet médical. Il est néanmoins inquiétant de constater qu'au-delà de 3 ans, un enfant a plus de risque de ne pas voir de professionnel de santé au cours de l'année.

Le rôle central de la PMI est donc surtout focalisé sur les enfants de moins de 1 an et donc en périnatalité. Les enfants de familles nouvellement arrivées en France, et particulièrement les enfants de familles originaires de la CEI sont plus souvent sans aucun recours et doivent donc être l'objet d'une attention particulière.

4.1.2.3 Les lieux de vie des familles

Le lieu et l'espace d'hébergement des familles pourraient infléchir les situations de recours, comme le montre le tableau suivant. En effet, chaque département offre une organisation spatiale spécifique en termes de transports en commun, d'offre de soins ou de maillage associatif. Les familles sont hébergées dans des structures d'hébergement qui ont aussi des missions et des localisations différentes : certaines sont situées à Paris ou en petite couronne, d'autres en grande couronne, et dans des zones qui peuvent être géographiquement isolées ou intégrées à des centres névralgiques (près d'une gare, de la mairie, etc.).

Tableau 173. Type de recours selon la zone d'hébergement de l'enfant

	Paris		**Petite couronne**		**Grande couronne**		***p-value***
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste	2,9	[0,0 ; 6,1]	5,7	[1,7 ; 9,7]	7,1	[3,7 ; 10,5]	<0,05
Recours aux soins uniquement en PMI	17,4	[3,6 ; 31,2]	21,1	[12,5 ; 29,7]	23,4	[15,9 ; 31]	
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	7,2	[1,4 ; 13]	19,3	[12,5 ; 26,1]	24,5	[15,8 ; 33,1]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	72,6	[58,6 ; 86,5]	53,9	[45,2 ; 62,6]	45,0	[36,7 ; 53,3]	
Total	100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants hébergés en grande couronne, 7,1% n'ont pas bénéficié de soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.

Dans notre étude, la zone d'hébergement influe sur le recours des familles. En effet, la proportion d'enfants non suivis par un professionnel de premier recours augmente à mesure que la zone d'hébergement s'éloigne de Paris : seulement 2,9% des enfants hébergés à Paris n'ont vu aucun professionnel de santé, mais ce pourcentage atteint 5,7% en petite couronne et 7,1% en grande couronne. Inversement, le recours multiple diminue à mesure que l'on s'éloigne de Paris : si près 73% des enfants hébergés à Paris bénéficient de soins multiples, seulement 45% des enfants hébergés en grande couronne en bénéficient.

Tableau 174. Type de recours selon le département d'hébergement de l'enfant

	75	**77**	**91**	**93**	**94**	**95**	***p-value***
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste	2,9 [0,0 ; 6,1]	9,8 [1,3 ; 18,4]	3,5 [0,0 ; 7,7]	3,9 [0,0 ; 8,2]	10,6 [0,0 ; 24,8]	7,8 [0,4 ; 15,2]	
Recours aux soins uniquement en PMI	17,4 [3,6 ; 31,2]	26,1 [14,5 ; 37,6]	26,0 [11,4 ; 40,6]	23,2 [11,6 ; 34,7]	13,7 [0,0 ; 29,2]	16,9 [8,2 ; 25,6]	<0,05
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	7,2 [1,4 ; 13,0]	12,8 [6,0 ; 19,7]	31,4 [15,1 ; 47,7]	18,3 [9,0 ; 27,5]	28,8 [14,2 ; 43,5]	25,7 [10,5 ; 40,9]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	72,6 [58,6 ; 86,5]	51,3 [37,3 ; 65,3]	39,1 [25,9 ; 52,2]	54,7 [43,4 ; 66,0]	46,9 [25,9 ; 67,9]	49,6 [33,6 ; 65,7]	
Total	100	100	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants hébergés dans le Val d'Oise, 7,8% n'ont pas bénéficié de soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.
NB : le faible nombre d'enquêtés dans les départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine n'a pas permis de les intégrer à l'analyse.

L'analyse selon les départements permet d'évaluer les inégalités territoriales de recours aux soins. Les parents hébergés en grande couronne n'ont pas le même type de recours pour leurs enfants selon le département d'hébergement. En effet, près de 10% des enfants hébergés en Seine-et-Marne et 8% des enfants hébergés dans le Val d'Oise n'ont pas obtenu de soins de premier recours *versus* près de 4% des enfants hébergés en Essonne. Dans ce département, le

recours multiple est cependant plus faible puisque seul 39,1% des enfants en bénéficient. On constate cependant que 31,4% fréquentent un cabinet médical, pourcentage élevé au regard des autres départements. En petite couronne, le Val-de-Marne interpelle par le faible pourcentage d'enfants bénéficiant d'un recours multiple : seuls 46,9% sont concernés *versus* 54,7% en Seine-Saint-Denis. Néanmoins 28,8% bénéficient d'un recours en cabinet médical *versus* 18,3% en Seine-Saint-Denis. Ces inégalités de recours peuvent refléter une organisation territoriale différenciée des soins et un fonctionnement du système de soins spécifique à chaque département. Il serait nécessaire de comprendre et d'expliquer ces diversités pour en connaitre l'impact réel sur le recours aux soins et l'améliorer. Ceci est d'autant plus nécessaire que peu d'études approfondies ont été réalisées sur le fonctionnement des centres de PMI et leur organisation territoriale en Ile-de-France.

Par ailleurs, le lieu de vie des familles (notamment le quartier et le type d'hébergement) peut influencer le type de recours aux soins. On constate ainsi que 30,2% des familles qui n'ont aucun recours ne connaissent pas l'offre de soins au sein de leur quartier, ce qui pourrait en partie expliquer cette absence de recours. De plus, 29,2% des familles qui n'ont qu'un recours exclusif au centre de PMI ne sont pas satisfaites de l'offre de soins dans leur quartier ; alors que huit familles sur dix ayant une bonne perception de l'offre recourent aux soins de PMI, du pédiatre ou du généraliste.

Tableau 175. La perception de l'offre de soins et de transports dans le quartier, selon les formes de leur recours aux soins

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste		**Recours aux soins uniquement en PMI**		**Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste**		**Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre**		***p-value***
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
La perception de l'offre de soins dans le quartier d'hébergement									
NSP	30,2	[11,1 ; 49,3]	17,8	[7,4 ; 28,2]	15,6	[1,3 ; 30]	8,4	[5 ; 11,8]	<0,001
Bonne	58,6	[36,7 ; 80,5]	53,0	[38,2 ; 67,8]	68,3	[53,1 ; 83,5]	79,5	[74,5 ; 84,4]	
Mauvaise	11,2	[1,0 ; 21,4]	29,2	[17,8 ; 40,5]	16,1	[7,3 ; 24,9]	12,1	[8 ; 16,3]	
La perception de l'offre en transport en commun dans le quartier d'hébergement									
Bonne	91,9	[84,4 ; 99,3]	76,0	[66,5 ; 85,6]	65,2	[49,7 ; 80,6]	80,3	[73,7 ; 86,8]	<0,05
Mauvaise	8,1	[0,7 ; 15,6]	24,0	[14,4 ; 33,5]	34,8	[19,4 ; 50,3]	19,7	[13,2 ; 26,3]	
Total	100		100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013

Champ : 566 personnes interrogées
Lecture : 30,2% des familles n'ayant aucun recours aux soins pour leur enfant ne connaissent pas l'offre de soin dans leur quartier.

Enfin, la structure d'hébergement est également déterminante dans le recours. Elle oppose l'hébergement en CHRS/ CHU à l'hébergement en CADA/HOTEL.

Tableau 176. Types de recours selon la structure d'hébergement de l'enfant

	CADA	**CHRS**	**CHU**	**HOTEL**	***p-value***
	%	**%**	**%**	**%**	
Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste	4,0 [0,0 ; 9,3]	- -	7,9 [0,0 ; 19,9]	6,3 [3,7 ; 8,9]	
Recours aux soins uniquement en PMI	22,7 [13,0 ; 32,3]	20,8 [6,6 ; 35,0]	5,1 [0,0 ; 10,4]	21,9 [15,5 ; 28,4]	<0,05
Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste	16,2 [7,6 ; 24,8]	32,4 [19,2 ; 45,7]	39,2 [22,7 ; 55,8]	15,3 [11,1 ; 19,5]	
Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre	57,1 [46,8 ; 67,4]	46,8 [34,1 ; 59,5]	47,8 [35,0 ; 60,6]	56,5 [49,6 ; 63,3]	
Total	100	100	100	100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : parmi les enfants hébergés en CHU, 7,9% n'ont pas bénéficié de soins en centre de PMI, ni chez un pédiatre, ni chez un généraliste au cours des 12 derniers mois.

Précisons tout de même que le pourcentage le plus élevé de non recours concerne les enfants hébergés en CHU : ils sont près de 8% à ne pas avoir eu de recours aux soins au cours des douze derniers mois. En hôtel et en CADA, le recours multiple est par ailleurs plus fréquent qu'en CHRS/ CHU : les enfants hébergés en hôtel et en CADA sont 57% à bénéficier d'un multiple recours *versus* 48% en CHU et 47% en CHRS. Dans ces deux types de structures les parents des enfants privilégient un deuxième type de recours, le cabinet médical, alors que les parents des enfants hébergés en hôtel et en CADA privilégient la fréquentation unique du centre de PMI.

L'utilisation plus fréquente du médecin généraliste pour les familles hébergées en CHRS peut s'expliquer par leur situation administrative et la couverture santé dont elles bénéficient. Des entretiens avec certains professionnels de santé ont indiqué que des médecins refusent les bénéficiaires de l'AME, notamment lorsqu'ils sont hébergés dans un département qui n'est pas celui de leur domiciliation. Les délais de remboursement parfois longs peuvent expliquer cette réticence. Les familles hébergées en CHRS sont majoritairement bénéficiaires de la CMU et surtout elles sont domiciliées dans le même département que leur lieu d'hébergement. Ainsi, 67% d'entre elles ont la CMU ($IC_{95\%}$ [52,2 ; 82,7]), *versus* 34% des familles avec un enfant de moins 6 ans hébergées en hôtel ($IC_{95\%}$ [26,2 ; 41,3]) et 33% de celles en CHU ($IC_{95\%}$ [21,0 ; 45,5]) ($p < 0,001$).

4.1.2.4 La mobilité des familles

Les familles hébergées par les services sociaux et notamment par les 115 peuvent subir une mobilité forte dans le système d'hébergement. Celle-ci pourrait avoir un impact sur le recours aux soins des familles et les formes de celui-ci. Or, l'effet du nombre de déménagements sur le recours aux soins est complexe et l'on ne dégage pas de tendance nette dans un sens ou dans un autre : ainsi les familles qui ont connu au moins sept déménagements sur l'ensemble de leur parcours représentent à la fois 23,9% des familles qui n'ont aucun recours mais aussi 28,0% de celles qui fréquentent le médecin généraliste et/ou le pédiatre. En revanche, on constate que la période qui a précédé l'entrée dans le système d'hébergement distingue davantage les familles sur leur recours aux soins. Les familles qui se sont retrouvées sans logement dès leur arrivée en France représentent 61,6% des familles qui n'ont aucun recours aux soins. A l'inverse les familles qui sont entrées plus tardivement dans le système d'hébergement ont davantage recours à la PMI et au pédiatre ou au généraliste : 30,8% des familles qui adoptent ce type de recours ont vécu hors du système d'hébergement pendant 2 ans. De plus, le premier lieu d'hébergement connu après la perte du logement est également un facteur déterminant sur le recours aux soins : le fait de se retrouver à la rue après la perte du logement est associé à l'absence de soins de premier recours. Ainsi, 21,9% des familles qui n'ont aucun recours ont eu une expérience de rue après la perte de leur logement. Au contraire, celles qui ont bénéficié d'un hébergement en centre ou dans un appartement recourent plus souvent à la PMI et au généraliste ou au pédiatre : respectivement 14,6% et 20,6%.

La période qui suit la perte du logement et le temps de présence dans le système d'hébergement ont moins d'impact sur les types de recours aux soins. A noter toutefois que l'hébergement à Paris est le plus déterminant, dans la mesure où 58,2% des familles qui n'ont pas de recours n'ont jamais été hébergées à Paris au cours des six premiers mois suivant l'entrée dans le système d'hébergement. Le fait d'avoir connu pendant son parcours des épisodes de rue est aussi un facteur important sur l'absence de recours : quatre familles sur dix qui n'ont aucun recours ont connu des épisodes de rue pendant leurs parcours.

Tableau 177. La mobilité des familles selon les formes du recours

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste		Recours aux soins uniquement en PMI		Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste		Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Le temps entre l'arrivée en France et l'entrée dans le système d'hébergement									
Né en France	2,4	[0,0 ; 7,9]	4,4	[1,2 ; 7,5]	11,6	[3,1 ; 20,1]	5,2	[2,7 ; 7,7]	
Immédiat	61,6	[41,3 ; 81,9]	31,6	[17 ; 46,1]	34,2	[18,5 ; 49,9]	21,7	[16,5 ; 26,8]	
Moins de 3 mois	11,7	[0,4 ; 23]	17,9	[8,7 ; 27]	16,8	[5,7 ; 28]	17,2	[11,8 ; 22,6]	<0,01
Entre 3 m et 2 ans	17,1	[4,4 ; 29,7]	27,4	[11,3 ; 43,5]	8,0	[2,1 ; 13,8]	25,2	[19,2 ; 31,2]	
Plus de 2 ans	7,2	[0,0 ; 17,5]	18,8	[7,1 ; 30,4]	29,4	[14,5 ; 44,3]	30,8	[23,1 ; 38,5]	
Le premier lieu d'hébergement après la perte du logement									
Appartement	1,1	[0,0 ; 3,0]	13,5	[0,0 ; 28,3]	9,9	[2,5 ; 17,3]	20,6	[13,4 ; 27,7]	
Centres	0,5	[0,0 ; 1,2]	9,3	[1,9 ; 16,6]	10,5	[1,6 ; 19,4]	14,6	[8,9 ; 20,4]	
Dehors	21,9	[3,3 ; 40,5]	10,0	[4,7 ; 15,3]	8,0	[2,9 ; 13,1]	12,9	[8,3 ; 17,4]	
Hôpital	0,9	[0,0 ; 2,2]	5,2	[0,0 ; 11,1]	1,1	[0,0 ; 4,1]	4,5	[0,8 ; 8,1]	
Hôtel	68,2	[47,4 ; 88,9]	55,2	[40,0 ; 70,4]	64,2	[51,9 ; 76,5]	43,8	[36,1 ; 51,4]	<0,01
LNPH*	-	-	2,3	[0,0 ; 4,7]	1,7	[0,0 ; 4,1]	2,0	[0,2 ; 3,9]	
Local abrité	0,2	[0,0 ; 0,3]	1,5	[0,0 ; 3,6]	3,6	[1,0 ; 6,2]	1,2	[0,1 ; 2,3]	
Autre	5,5	[0,0 ; 15,6]	0,9	[0,0 ; 3,3]	-	-	0,2	[0,0 ; 0,5]	
NSP	-	-	1,4	[0,0 ; 4,1]	-	-	-	-	
Nombre de déménagements sur l'ensemble du parcours									

	Absence de recours aux soins PMI/pédiatre/généraliste		Recours aux soins uniquement en PMI		Absence de recours aux soins PMI mais recours aux soins pédiatre/ou généraliste		Recours aux soins en PMI et généraliste/ou pédiatre		*p-value*
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Aucun	10,5	[0,0 ; 21,4]	14,0	[0,0 ; 29,2]	6,3	[1,2 ; 11,4]	4,2	[1,8 ; 6,6]	<0,05
1 à 3	53,1	[31,1 ; 75]	39,5	[26,1 ; 53]	53,0	[36,3 ; 69,7]	44,8	[37,2 ; 52,4]	
4 à 6	10,8	[0,0 ; 22,1]	24,8	[10,3 ; 39,2]	11,8	[4,1 ; 19,6]	33,8	[25,8 ; 41,9]	
7 et +	23,9	[0,0 ; 48,9]	21,0	[11,4 ; 30,6]	28,0	[12,4 ; 43,6]	16,9	[11,1 ; 22,7]	
Nombre de changements de département au cours des six premiers mois									
Aucun	47,4	[23,0 ; 71,8]	43,6	[28,7 ; 58,5]	57,1	[44,1 ; 70,0]	44,5	[36,8 ; 52,3]	<0,05
1 à 3	43,8	[21,8 ; 65,8]	40,4	[26,2 ; 54,5]	34,8	[22,7 ; 46,8]	50,6	[42,7 ; 58,5]	
4 à 6	7,0	[0,0 ; 16,7]	15,2	[0,4 ; 30,1]	3,4	[0,0 ; 7,5]	4,6	[1,3 ; 7,9]	
7 et +	-	-	-	-	3,8	[0,0 ; 11,0]	-	-	
Nombre de lieux de vie à Paris eu cours des six premiers mois suivant la perte du logement									
Aucun	58,2	[35,7 ; 80,8]	54,2	[39,6 ; 68,8]	70,4	[59,3 ; 81,5]	47,5	[40,1 ; 54,9]	<0,05
1 à 2	38,2	[15,9 ; 60,4]	41,7	[27,2 ; 56,1]	21,4	[12,2 ; 30,6]	46,6	[39,2 ; 54,1]	
3 et +	1,8	[0,0 ; 5,4]	3,3	[1,3 ; 5,4]	7,3	[0,0 ; 14,8]	5,5	[3,0 ; 8,1]	
Avoir été dehors au cours de son parcours									
Au - 1 fois	37,9	[12,1 ; 63,6]	17,1	[8,7 ; 25,5]	12,6	[6,3 ; 19,0]	14,8	[10,0 ; 19,6]	<0,05
Jamais	60,4	[35,0 ; 85,7]	82,1	[73,7 ; 90,6]	86,5	[80,0 ; 93,0]	84,9	[80,1 ; 89,7]	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Lecture : 22% des enfants qui n'ont pas pu bénéficier de soins de premiers recours vivent dans des familles qui ont connu des périodes de rue pendant leur parcours dans le système d'hébergement.
* LNPH : Lieux non prévus pour l'habitation
NB : toutes les sommes ne sont pas égales à 100 en raison de la prise en compte des non réponses.

Le médecin généraliste - souvent de premier recours en population générale - est, dans notre population, moins fréquenté, tout comme le pédiatre. 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 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 ont été dans le système d'hébergement dès leur

arrivée en France et qui ont subi des épisodes de rue. L'origine géographique des familles a un réel impact sur leur recours aux soins, les familles de l'Union européenne ou de la CEI recourant moins souvent aux médecins généralistes ou aux pédiatres que les familles originaires d'Afrique subsahariennes ou du Maghreb. Enfin, l'âge de l'enfant est déterminant dans les types de professionnels de santé fréquentés. Les enfants de plus de 3 ans ont plus souvent une absence de recours aux soins tandis que les enfants de moins de 1 an sont plus concernés par un recours en centre de PMI. Globalement, le recours général aux soins indique que les familles privilégient le centre de PMI qui est au cœur de leur recours aux soins. Le recours à la PMI a été ensuite plus finement analysé en adoptant une approche spatiale.

4.2. L'accessibilité spatiale[130] *de la PMI*

Le parc d'hébergement hôtelier à Paris et en petite couronne étant saturé (Guyavarch et Garcin, 2014), les familles sont parfois hébergées dans des zones éloignées ce qui peut les isoler géographiquement les familles, mais aussi les amener à être hébergées dans des départements qui ne sont pas ceux de leur domiciliation. Les inégalités territoriales d'accessibilité à la PMI sont analysées dans cette partie. Une analyse générale de l'accessibilité spatiale au centre de PMI la plus proche indique que la distance médiane entre le centre d'hébergement et la PMI la plus proche est de 0,577 km. On constate cependant une forte variabilité puisque certaines familles résident à plus de 10 km du centre de PMI le plus proche (écart type[131] = 1,3km).

4.2.1. Cartographie de l'accessibilité à la PMI la plus proche

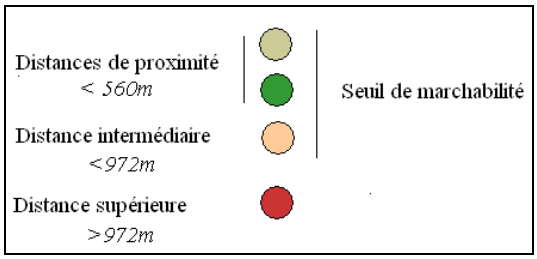
La carte suivante représente la localisation des structures d'hébergement enquêtées, dans lesquelles des enfants de 0 à 5 ans ont été tirées au sort, en fonction de la distance euclidienne au centre de PMI le plus proche. Nous avons distingué quatre classes de distances, correspondant à la distribution en quartiles. Chaque classe matérialise un quartile et comporte ainsi le même nombre de structures d'hébergement. Cette partition a été choisie car elle

[130] Par accessibilité spatiale il faut entendre la distance la plus courte entre la structure d'hébergement et le centre de PMI le plus proche. L'accessibilité a été calculée en distance euclidienne c'est-à-dire à vol d'oiseau sans prendre en compte les réseaux de transports.
[131] L'écart type permet d'évaluer la dispersion des valeurs autour de la moyenne. Autrement dit, il donne une estimation de l'ordre de grandeur des différences qui existent au sein de la population.

permet de mettre en évidence des seuils qui sont généralement établis pour caractériser les distances à un certain nombre de services.

Le seuil de proximité est établi, selon les études entre 0 et 500 mètres ou entre 0 et 600 mètres. Les seuils changent selon le territoire (urbain/rural) d'intérêt (Nguyen-Luong *et al.*, 2007 ; IAU, 2012 ; APUR, 2006). On constate que les deux premiers seuils définis dans ENFAMS correspondent à une distance située entre 0 et 560 mètres du centre de PMI le plus proche. Le premier seuil (en vert clair) peut être considéré comme un seuil de proximité immédiate au centre de PMI le plus proche. Plusieurs études considèrent qu'au-delà d'un kilomètre, la distance n'est plus envisageable à pieds (CERTU, 2008 ; Bres *et al.*, 2007). Ainsi, on peut considérer la distance située entre 600 mètres et 1 kilomètre comme intermédiaire ; elle correspond au seuil orangé sur la carte. Enfin, le dernier seuil de la carte, en rouge, correspond aux structures situées à plus de 972 mètres, distance qui se rapproche de la distance supérieure à 1km.

Les seuils représentés sur la cartographie de la distance au centre de PMI le plus proche :



Les structures situées à proximité d'un centre de PMI sont principalement localisées à Paris et en petite couronne ou dans les pôles urbains de grande couronne (Meaux, Cergy, Persan, etc.). En revanche les structures situées au-delà de 972m sont localisées majoritairement en grande couronne.

Peu d'enfants sont hébergés au-delà du seuil de marchabilité[132] (19,3% des enfants) ; ils sont plus nombreux dans le seuil intermédiaire (27,7%). On peut donc conclure que la majorité des enfants ne devrait pas avoir de difficultés d'accessibilité à la PMI. Aucune étude ne s'est

[132] Le « seuil de marchabilité » correspond au seuil de distance dans lequel la marche à pied est envisageable : il est situé entre 0 et 1km.

intéressée à l'accessibilité aux PMI qu'elle soit considérée en distance euclidienne ou en distance-temps. Les seules études disponibles sont les études de la DREES qui analysent l'accessibilité aux soins en France en utilisant comme distance, la distance-temps en automobile. Les résultats ont montré que 95% des Français bénéficient d'un accès à des soins de premiers recours en moins de 15 mn de chez eux et moins de 20 mn pour les spécialistes libéraux. (Coldefi et Lucas-Gabrielli, 2011).

Carte 5. Répartition des structures d'hébergement selon leur accessibilité au centre de PMI le plus proche

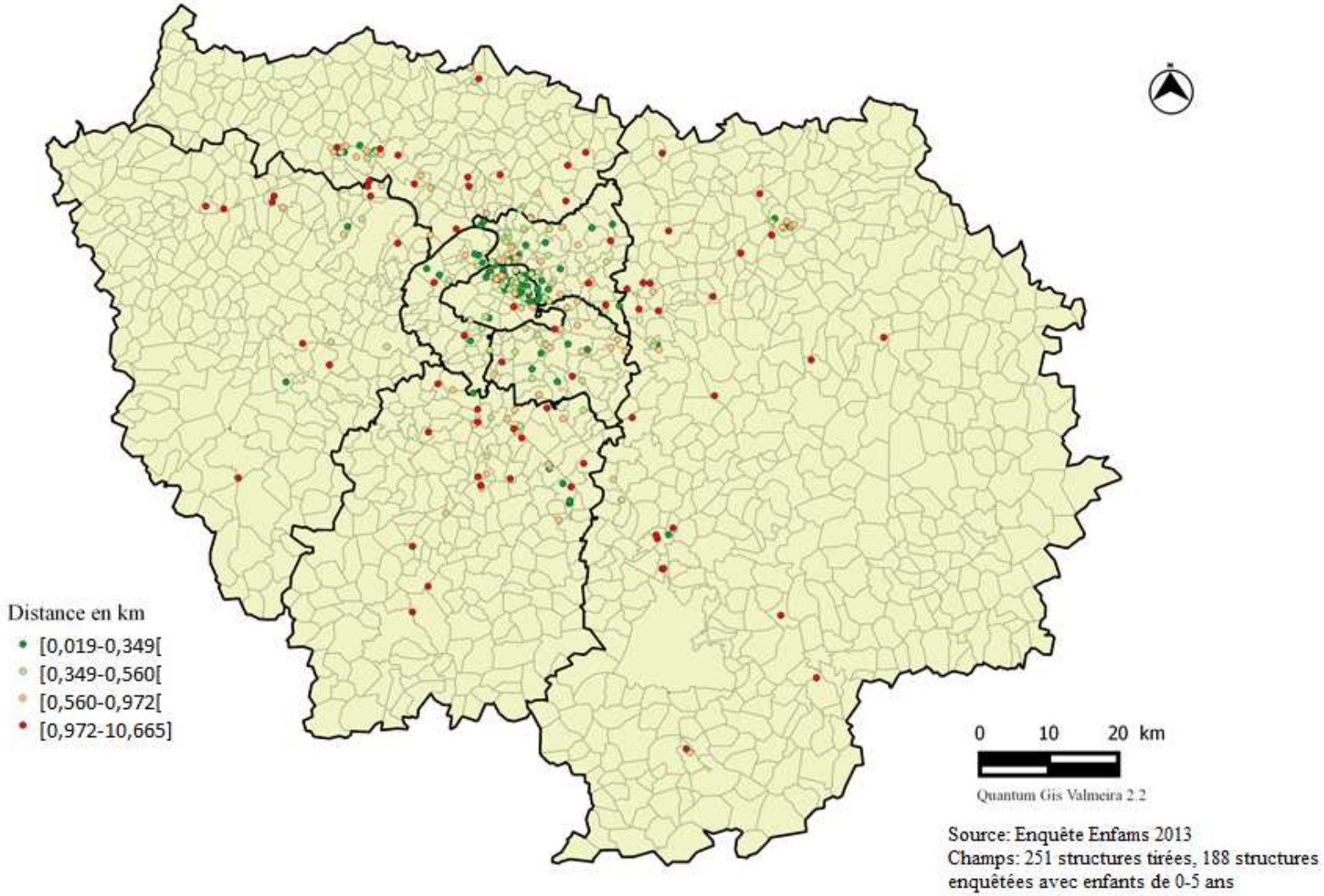


Tableau 178. Nombre d'enfants situés dans les différents seuils de distance d'une PMI

Distance (km)	n	%	IC95%
[0,019-0,349[	143	26,8	[20,2 ; 33,4]
[0,349-0,560[	141	26,2	[19,2 ; 33,2]
[0,560-0,972[	135	27,7	[21,0 ; 34,4]
[0,972-10,665]	139	19,3	[14,9 ; 23,7]
Total		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées.
Champ 2 : 206 structures d'hébergement. Ont été retirées les structures dites éclatées (en appartement). Elles ont été remplacées par les adresses exactes des familles hébergées en éclaté. Ces adresses exactes augmentent le nombre de structures à 206, alors qu'elles étaient au départ 188 en tenant compte uniquement des structures collectives.

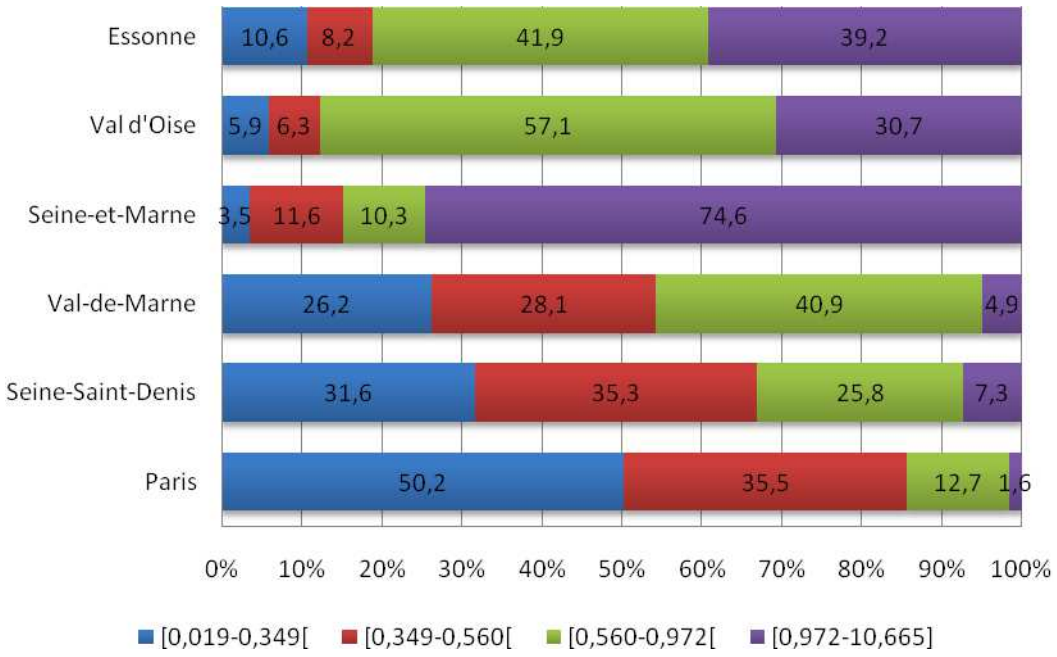
4.2.2. Des inégalités fortes d'accessibilité entre départements et structures d'hébergement

4.2.2.1. Inégalités territoriales d'accessibilité

A Paris, la moitié des enfants âgés de 0 à 5 ans sont hébergés à proximité immédiate d'un centre de PMI, c'est-à-dire à moins de 349 mètres de la PMI la plus proche. La distribution est la même en Seine-Saint-Denis. La distance intermédiaire est plus représentée qu'à Paris : elle regroupe un peu plus d'un quart des familles (25,8%, $IC_{95\%}$ [12,6;39,0]). Dans le département du Val-de-Marne – pourtant situé en petite couronne – 41,0% ($IC_{95\%}$ [16,4;65,3]) des enfants vivent dans des structures situées à plus de 560 mètres de la PMI la plus proche.

En grande couronne, la distribution de la distance entre structure d'hébergement et centre de PMI le plus proche est inversée par rapport à celle observée en petite couronne et à Paris. En Seine-et-Marne, la majeure partie des enfants âgés de 0 à 5 ans réside au-delà du seuil de marchabilité, la proximité immédiate étant faiblement représentée dans ce département. Ainsi trois quarts d'entre eux sont situés à une distance de plus de 972 mètres du centre de PMI le plus proche. Si le Val d'Oise et l'Essonne affichent un pourcentage plus faible pour ce seuil, on constate que les deux derniers seuils regroupent la majorité des familles. Les inégalités d'accessibilité à la PMI sont donc réelles en fonction du département d'hébergement des enfants ($p<0,001$). Par ailleurs les inégalités d'accessibilité interdépartementales doivent être envisagées, car elles sont présentes à chaque échelle territoriale d'intérêt. L'analyse de ces inégalités fera l'objet de travaux plus approfondis ultérieurement.

Figure 20. Répartition des enfants âgés de 0 à 5 ans dans les différents seuils de distance (en mètre) selon leur département d'hébergement



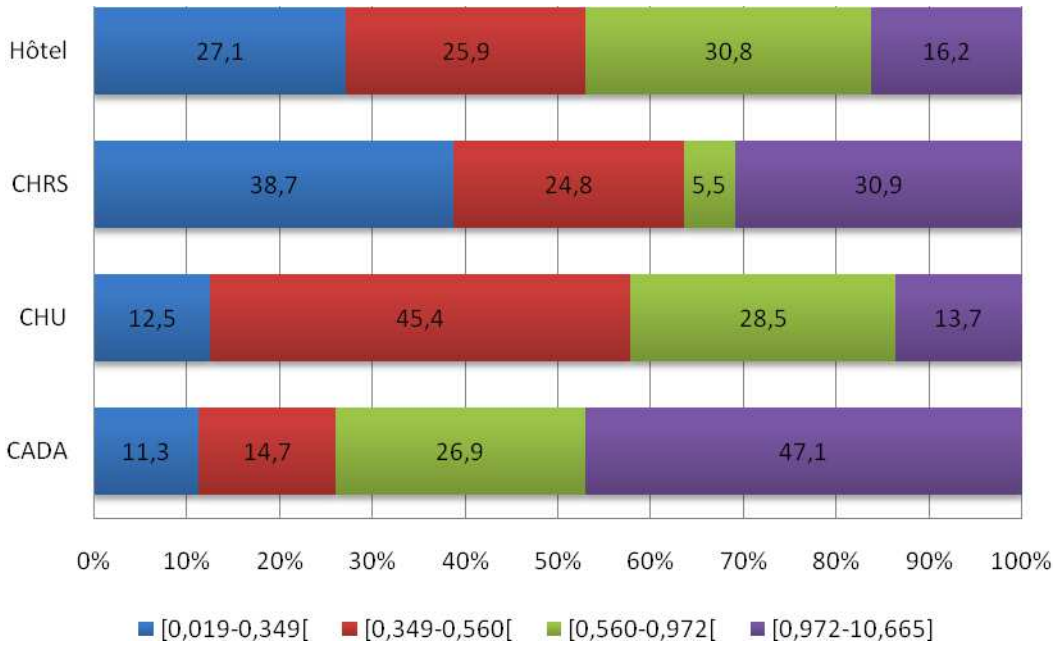
Source: enquête ENFAMS 2013
Champ: Paris : 112 familles ; Seine-Saint-Denis :114 familles ; Val-de-Marne : 54 familles. 0 familles manquantes. Les Hauts-de-Seine n'ont pas été pris en compte dans la mesure où seulement 21 familles ont été enquêtées. Seine-et-Marne : 81 familles ; Val d'Oise : 73 familles ; Essonne : 71 familles. 0 familles manquantes. Les Yvelines n'ont pas été prises en compte dans la mesure où seulement 32 familles ont été enquêtées.

4.2.2.2 Inégalités d'accessibilité selon les structures d'hébergement

Aucune étude n'est disponible sur la répartition des structures d'hébergement sur le territoire francilien. La cartographie des structures d'hébergement dans notre étude montre une répartition différente selon le type de structure[133] : les hôtels sont concentrés dans le cœur de région, ce qui n'est pas le cas des CADA, surtout localisés en grande couronne (sur 36 CADA recensés, seulement 2 sont situés à Paris et plus d'une dizaine sont situés en grande couronne).

[133] Voir cartes 1 et 2 dans la partie méthodologique du présent rapport.

Figure 21. Répartition des enfants âgés de 0 à 5 ans dans les différents seuils de distance (en mètres) par type de structures d'hébergement



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : CADA : 107 familles. 7 familles manquantes ; CHU : 72 familles. 1 famille manquante ; CHRS : 70 familles.0 familles manquantes ; hôtel: 317 familles. 0 familles manquantes.

Au total, 47,1% des enfants hébergés en CADA sont situés à plus d'1 kilomètre d'un centre de PMI ($IC_{95\%}$ [36,3;57,9]). Les enfants hébergés en hôtel bénéficient d'une plus grande proximité aux centres de PMI : seulement 16,2% ($IC_{95\%}$ [11,6;20,7]) des enfants sont à plus d'1 km et 53,0% des enfants sont localisés dans les deux premiers seuils de distance (soit à moins de 560 mètres de la PMI la plus proche). Les enfants hébergés en CHU sont près de 60% à être situés à proximité d'un centre de PMI. La situation est plus contrastée pour les enfants hébergés en CHRS qui, dans des proportions quasiment identiques, peuvent être situés dans une proximité immédiate à la PMI (moins de 349 m), ou au-delà du seuil de marchabilité (supérieur à 1 km).

En fonction de la structure d'hébergement, une famille n'a donc pas les mêmes possibilités en termes d'accessibilité spatiale à un centre de PMI ($p<0,001$). Dans la mesure où toutes les structures n'ont pas les mêmes missions et n'offrent pas le même accompagnement, ces inégalités d'accès peuvent être renforcées (ou au contraire limitées) par le soutien dans les lieux d'hébergement. Certes, la population hébergée en CADA est en général la plus éloignée des centres de PMI mais cette population bénéficie d'un suivi et d'un accompagnement qui devrait limiter l'impact de la distance dans le recours aux soins. Il arrive que les

professionnels des centres de PMI se déplacent au sein même du CADA pour prodiguer les soins nécessaires aux enfants. Le même constat est valable pour les enfants hébergés en CHRS. A l'opposé, être hébergé à l'hôtel, où le suivi et l'accompagnement est inexistant au quotidien, pourrait théoriquement aggraver les difficultés d'accès liées à la distance spatiale. Pourtant ces structures d'hébergement accueillent des populations généralement plus fragiles en termes de statut administratif et/ou économique, de suivi social, que celles hébergées en CHRS ou en CADA[134]. La proximité dont bénéficient les enfants hébergés en hôtel et en CHU devrait donc faciliter le recours aux soins en centre de PMI.

Malgré ce constat d'inégalités territoriales sur la répartition des PMI et des types de centres d'hébergement, l'accessibilité à la PMI la plus proche ne suffit pas à expliquer les différences de fréquence du recours en centre de PMI (p=0,13), ni le type de recours des familles (p=0,39).

Nous avons constaté que l'offre de soins et la possibilité d'accéder à un centre de PMI est très inégalitaire. La partie suivante analyse les espaces du recours aux soins par rapport aux centres de PMI réellement fréquentés par les familles enquêtées.

4.3. Les espaces du recours en centre de PMI.

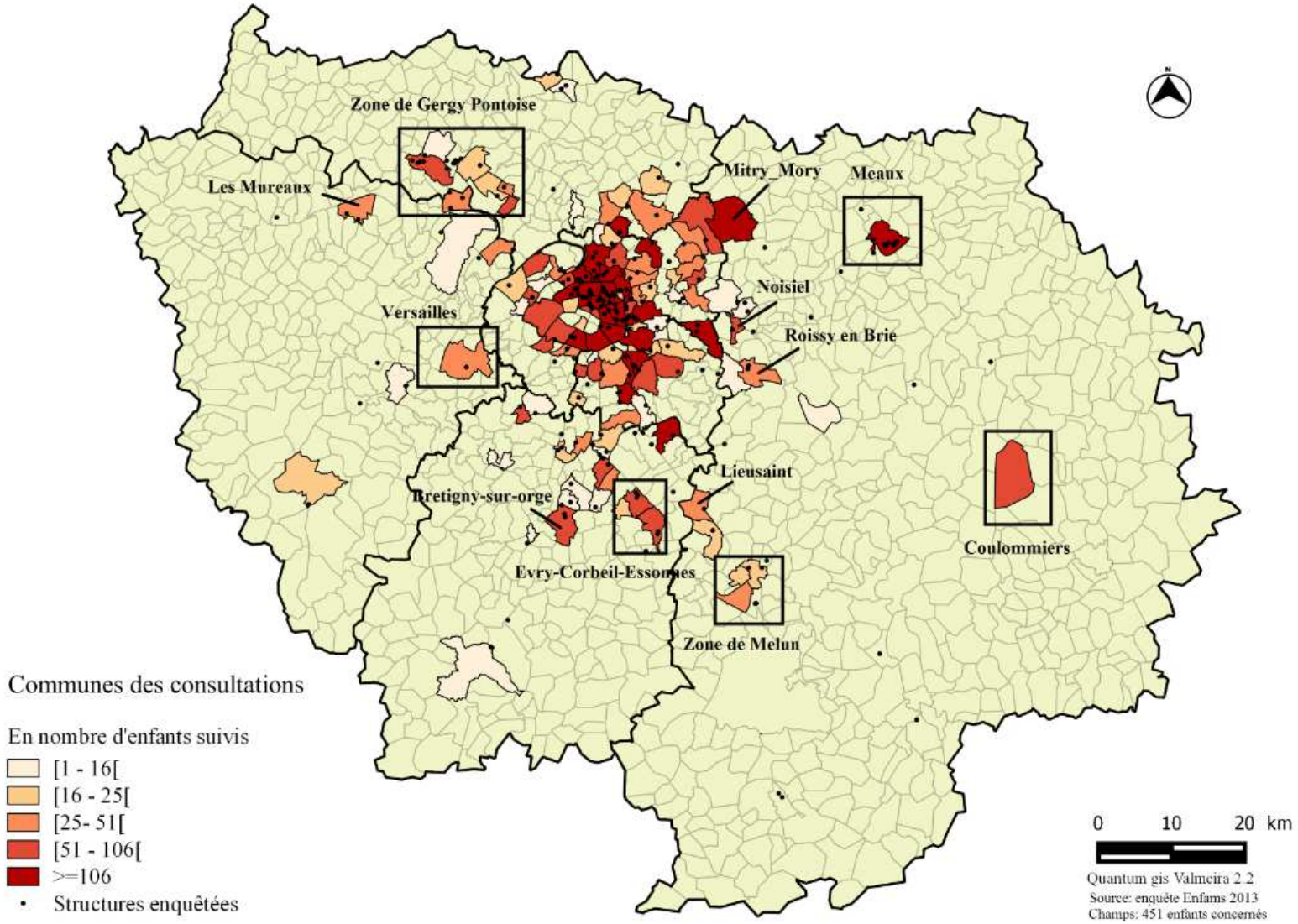
4.3.1. Cartographie des espaces de soins

La centralité parisienne du recours à la PMI de rattachement est visible sur la carte[135] suivante tout comme celle de la Seine-Saint-Denis. Ainsi, 40% des enfants enquêtés ont une PMI de rattachement parisienne ($IC_{95\%}$ [33,4;46,6]) et 21% une PMI de rattachement en Seine-Saint-Denis ($IC_{95\%}$ [14,7 ; 27,4]).

A l'inverse, la situation dans les départements de grande couronne interroge. On constate que la localisation des structures d'hébergement ne correspond pas aux communes des PMI fréquentées par les 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, comme le suggère la carte suivante.

[134] Voir partie 2, chapitre 1.
[135] La carte représente le nombre d'enfants qui consultent dans les centres de PMI en fonction des communes franciliennes. Il s'agit du nombre d'enfants estimé à partir de l'application des poids de sondage.

Carte 6. Les communes de soins des enfants enquêtés âgés de 0 à 5 ans



4.3.2. Le recours en PMI dans une autre commune que celle de l'hébergement

Au total, 57,2% des enfants consultent dans une autre commune que celle de leur hébergement. Parmi ceux qui ont un recours extra communal, 40,0% ($IC_{95\%}$ [32,5 ; 42,8]) fréquentent une commune extérieure à leur département. La zone d'hébergement différencie sensiblement les lieux du recours. Le suivi extra communal touche particulièrement les enfants hébergés en grande couronne : 70,3% des enfants hébergés en grande couronne sortent de leur commune d'hébergement pour recourir aux soins et 34,1% sortent du département pour recourir aux soins.

Tableau 179. Part des enfants âgés de 0 à 5 ans consultants en PMI au sein de leur commune/ de leur département, selon la localisation de leur hébergement

	Localisation								*p-value*
	Grande couronne		**Petite couronne**		**Paris**		**Ensemble**		
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Niveau communal									
Intra communal	29,7	[19,5 ; 39,9]	57,9	[49,1 ; 66,7]	37,0	[18,9 ; 55]	42,8	[35,5 ; 49,9]	<0,01
Extra communal	70,3	[60,1 ; 80,5]	42,1	[33,3 ; 50,9]	63,0	[45,0 ; 81,1]	57,2	[50,1 ; 64,5]	
Niveau départemental									
Intra départemen-tal	65,9	[56,3 ; 75,5]	73,5	[66,7 ; 80,3]	95,0	[88,0 ; 100,0]	76,7	[72,0 ; 81,4]	<0,001
Extra départemen-tal	34,1	[24,5 ; 43,7]	26,5	[19,7 ; 33,3]	5,0	[0,0 ; 12,0]	23,3	[18,6 ; 28,0]	
Total	100		100		100		100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées, 451 répondants ayant déclaré un centre de PMI de rattachement.
Lecture : 57,9% des enfants hébergés en petite couronne ont un recours intra communal et 73,5% un recours intra départemental.
NB : les arrondissements parisiens ont été considérés comme des communes à part entière.

Les familles hébergées à Paris se démarquent par un recours en PMI quasi exclusif à Paris intra-muros : elles sont 95,0% à ne pas sortir de la capitale pour aller à la PMI, tandis que 4,3% d'entre elles se déplacent en Seine-Saint-Denis. Les familles hébergées dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne sont plus de 70% à

avoir recours à un centre de PMI au sein de leur département d'hébergement[136]. L'essentiel du recours extra départemental est tourné vers la capitale. Par exemple, 25,3% des familles hébergées en Seine-Saint-Denis se rendent à Paris dans le cadre de leur consultation, tout comme 21,7% des familles hébergées dans le Val-de-Marne. En grande couronne - excepté dans le département des Yvelines – moins de 70% des familles fréquentent un centre de PMI de leur département d'hébergement. Les familles se tournent ensuite en majorité vers la capitale : 21,3% pour les résidents du Val d'Oise, 15,3% pour ceux de l'Essonne et 10,0% en Seine-et-Marne. Ainsi, parmi les familles qui se déplacent à l'extérieur de leur département d'hébergement dans le cadre de leur recours aux soins, 63% se rendent à Paris ($IC_{95\%}$ [52,3 ; 72,7]), 13% en Seine-Saint-Denis ($IC_{95\%}$ [4,7 ; 21,3]). Ces résultats attestent l'attraction des PMI parisiennes qui restent le deuxième lieu de soins des familles après leur département d'hébergement ($p<0,001$).

Cette centralisation sur Paris peut s'expliquer par le nombre de familles hébergées par le 115 de Paris. En effet, le 115 de Paris est le principal pourvoyeur d'hébergement[137]. Ne pouvant pas héberger l'ensemble des familles dans la capitale, il est contraint de les héberger en banlieue proche ou lointaine. Ainsi, seulement 23% des familles du 115 de Paris sont hébergées à Paris ($IC_{95\%}$ [14,1 ; 31,4]), 29%, sont hébergées en Seine-Saint-Denis ($IC_{95\%}$ [20,0 ; 37,6]) et 13% en Seine-et-Marne ($IC_{95\%}$ [7,5 ; 18,1]) tandis que les familles hébergées par le 115 de Seine-Saint-Denis sont 60% ($IC_{95\%}$ [36,7 ; 82,2]) à être hébergées dans le département dont elles dépendent[138]. De même, les associations parisiennes de demandeurs d'asile hébergent aussi des familles à l'extérieur de la capitale. Par conséquent un grand nombre de familles domiciliées et suivies à Paris sont hébergées ensuite en petite ou grande couronne et retournent vers la capitale pour le recours aux soins de leurs enfants. Ce phénomène permet d'émettre l'hypothèse qu'un certain nombre de familles ne rapprochent pas leur recours aux soins de leur lieu d'hébergement, notamment en raison de la mobilité dans le système d'hébergement.

Tableau 180. Les départements de recours aux soins en centre de PMI selon le département d'hébergement

	Département d'hébergement							
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%

[136] Il s'agit bien ici d'un département d'hébergement et non de domiciliation.
[137] Voir partie 2, chapitre 1.
[138] Il faut préciser que ces analyses ne concernent que les familles avec un enfant de 0 à 5 ans enquêté.

		Département d'hébergement							
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
		Paris et la petite couronne							
		Paris-75 (n=94)		Seine-Saint-Denis (n=99)		Val-de-Marne (n=35)		Hauts-de-Seine (n=21)	
PMI de Rattachement	60 (n=1)	-	-	-	-	-	-	-	-
	75 (n=159)	95,0	[88 ; 102]	25,3	[15,7 ; 34,8]	21,7	[8,3 ; 35]	17,7	[5,1 ; 30,4]
	77 (n=50)	-	-	-	-	-	-	2,4	[0,0 ; 7,2]
	78 (n=19)	-	-	-	-	-	-	-	-
	91 (n=38)	-	-	-	-	-	-	-	-
	92 (n=22)	0,7	[0,0 ; 1,8]	-	-	2,0	[0,0 ; 5,8]	79,8	[66,2 ; 93,5]
	93 (n=77)	4,3	[0,0 ; 11,2]	71,2	[61,6 ; 80,7]	-	-	-	-
	94 (n=36)	-	-	1,1	[0,0 ; 2,8]	76,3	[62,9 ; 89,8]	-	-
	95 (n=49)	-	-	2,4	[0,0 ; 5,9]	-	-	-	-
		La grande couronne							
		Essonne (n=52)		Seine-et-Marne (n=62)		Yvelines (n=23)		Val d'Oise (n=61)	
PMI de Rattachement	60 (n=1)	0,5	[0,0 ; 1,6]	-	-	-	-	-	-
	75 (n=159)	15,3	[0 ; 30,7]	10,0	[0,5 ; 19,6]	20,8	[4,0 ; 37,5]	21,3	[7,4 ; 35,2]
	77 (n=50)	1,2	[0,0 ; 3,6]	65,4	[46,8 ; 84]	-	-	-	-
	78 (n=19)	-	-	0,8	[0,0 ; 2,3]	73,7	[54,5 ; 93]	1,6	[0,0 ; 4,2]
	91 (n=38)	69,9	[50,2 ; 89,6]	9,1	[1,4 ; 16,7]	5,5	[0,0 ; 15,5]	2,9	[0,0 ; 9,2]
	92 (n=22)	6,8	[0,0 ; 18,7]	0,7	[0,0 ; 1,8]	-	-	6,1	[0,0 ; 15,1]
	93 (n=77)	2,5	[0,0; 5,8]	10,6	[2,2 ; 19]	-	-	6,3	[0,0 ; 15]
	94 (n=36)	3,7	[0,0 ; 8,2]	2,0	[0,0 ; 6,3]	-	-	0,3	[0,0 ; 0,9]
	95 (n=49)	-	-	1,4	[0,0 ; 3,8]	-	-	61,5	[44,2 ; 78,9]
	Total	100		100		100		100	

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées, 451 enfants ayant une PMI de rattachement déclarée
Lecture : 95% des enfants âgés de 0 à 5 ans hébergés à Paris ont recours aux soins dans un centre de PMI parisien. 10% des enfants âgés de 0 à 5 ans hébergés en Seine-et-Marne ont recours aux soins également dans un centre de PMI parisien.

4.3.3. Les lieux de recours selon la structure d'hébergement

On peut penser qu'en fonction du type de structure d'hébergement, les trajectoires spatiales de soins ne seront pas identiques. Ainsi, en hôtel, les familles n'ont pas de suivi social sur place, si bien qu'elles peuvent être amenées à retourner dans la commune où elles étaient initialement suivies pour recourir à la PMI. En revanche, les familles hébergées en CHRS ou CADA sont souvent orientées vers une PMI communale. Les structures peuvent donc avoir un

impact sur les trajectoires de soins et les franchissements de frontières départementales ou communales.

A l'échelle départementale, c'est en hôtel que le recours extra territorial est le plus important : 26,8% des familles qui y sont hébergées ont un recours extra départemental *versus* 7,2% en CHRS, 10,8% en CHU et 5,7% en CADA. A l'échelle communale, 60% des familles hébergées en hôtel ont un recours extra territorial, de même que les familles hébergées en CADA qui sont 51,7% à se rendre dans une autre commune, *versus* environ 40% pour les CHRS et les CHU. Les CADA, notamment en grande couronne, peuvent être situés en zone rurale ou aux frontières de certaines communes. De ce fait, les familles qui y vivent peuvent être amenées à changer plus régulièrement de commune, dans le cadre de leurs soins, que les familles hébergées dans les autres types de centre.

Tableau 181. Les lieux de recours aux centres de PMI selon la structure d'hébergement

	Type de structure								***p-value***
	Hôtel		**CHRS**		**CHU**		**CADA**		
	%	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	**%**	**IC95%**	
Niveau communal									
Intra-commu-nal	40,0	[31,6 ; 48,4]	58,7	[41,1 ; 76,3]	57,7	[38,9 ; 76,4]	48,3	[37 ; 59,6]	<0,05
Extra-commu-nal	60,0	[51,6 ; 68,4]	41,3	[23,7 ; 58,9]	42,3	[23,6 ; 61,1]	51,7	[40,4 ; 63]	
Niveau départemental									
Intra-départe-mental	73,2	[67,4 ; 79]	92,8	[83,9 ; 101,8]	89,2	[81,6 ; 96,8]	94,3	[87,3 ; 101,3]	<0,001
Extra-départe-mental	26,8	[21 ; 32,6]	7,2	[0,0 ; 16,1]	10,8	[3,2 ; 18,4]	5,7	[0,0 ; 12,7]	
Total	100		100		100		100		

Source: enquête ENFAMS 2013
Champ: 566 personnes interrogées, 451 répondants.
Lecture : 27% des enfants âgés de 0 à 5 ans hébergés en hôtel ont recours aux soins dans des centres de PMI situés à l'extérieur de leur département d'hébergement.

4.3.4 Accessibilité et lieux des recours

L'accessibilité des centres de PMI est liée aux lieux de recours des familles, notamment à l'échelle de la commune (p<0,01). Ainsi les familles hébergées à plus de 972 mètres du centre de PMI le plus proche représentent 31,2% des familles qui ont un recours extra départemental, *versus* 14,4% de celles qui ont un recours intra départemental. Inversement, les familles situées dans les deux premiers seuils de proximité ont davantage tendance à recourir au sein de leur département et de leur commune d'hébergement. Ainsi, 37,7% des familles qui ont un recours intra communal sont hébergées à une distance de moins de 400 mètres au centre de PMI le plus proche, *versus* 20,0% des familles qui ont un recours extra communal. On peut dès lors supposer que des familles hébergées à une distance importante du centre de PMI le plus proche auraient moins tendance à se rapprocher de ce lieu de recours aux soins, notamment en cas de mobilité dans le système d'hébergement. Par ailleurs, nous avons constaté précédemment que la majeure partie des familles se déplaçait vers Paris en cas de recours extra départemental. Paris peut être dans certains cas facilement accessible en transports en commun, bien plus que des centres de PMI situés dans les mêmes départements.

Tableau 182. Le recours départemental et communal selon la distance (en mètres) par rapport centre de PMI le plus proche

	Type de recours						
	n	**%**	**IC95%**	**n**	**%**	**IC95%**	***p-value***
	Intra-départemental			**Extra-départemental**			
[0,019-0,349[	101	29,6	[21,2 ; 38]	18	20,7	[10,4 ; 31]	<0,05
[0,349-0,560[	95	29,8	[20,9 ; 38,7]	20	19,7	[12,7; 26,7]	
[0,560-0,972[	81	26,3	[17,8 ; 34,7]	26	28,4	[18,1 ; 38,7]	
[0,972-10,665]	68	14,4	[9,2 ; 19,5]	34	31,2	[22,6 ; 39,7]	
	Intra-communal			**Extra-communal**			
[0,019-0,349[	68	37,7	[26,2 ; 49,2]	51	20,0	[11,8 ; 28,1]	<0,01
[0,349-0,560[	60	32,3	[20,2 ; 44,6]	55	23,8	[14,6 ; 33,0]	
[0,560-0,972[	44	17,3	[11,0 ; 23,6]	64	33,8	[22,9 ; 44,7]	
[0,972-10,665]	34	12,7	[6,2 ; 19,1]	68	22,5	[16,1 ; 28,8]	
Total		100			100		

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 566 personnes interrogées, 451 familles ayant déclaré un centre de PMI de rattachement, 8 manquants.
Lecture : 31,2% des enfants âgés de 0 à 5 ans qui ont un suivi extra départemental sont situés à plus de 972m du centre de PMI le plus proche.

Les déplacements vers un autre département ou vers une autre commune dans le cadre du recours aux soins en PMI sont une réalité, notamment en ce qui concerne les déplacements extra-communaux. Ces déplacements touchent inégalement les familles selon leur département d'hébergement et leur structure d'hébergement : les familles hébergées en grande couronne sont plus concernées par les recours extra-départementaux et extra-communaux, tandis que les familles hébergées en hôtel se distinguent par un recours extra-départemental plus important que dans les autres structures d'hébergement.

Le centre de PMI reste le principal lieu de soins des familles, devant le recours au médecin généraliste et au pédiatre. Dans la mesure où le centre de PMI fait de la prévention, il est fort probable que les familles utilisant uniquement la PMI aient recours aux urgences en cas de maladie de l'enfant. Plusieurs études ont montré que les populations sans domicile utilisent plus fréquemment les services des urgences que la population générale (Victor, 1989 ; Martel, 1991 ; Whang *et al.*, 2010). Si peu d'enfants n'ont eu aucun contact avec des professionnels de santé au cours des douze derniers mois, ils sont nombreux à recourir uniquement au centre de PMI. Nos résultats ont montré que le recours aux soins dépend de la situation économique des familles et de leur origine géographique. Le médecin généraliste et le pédiatre apparaissent comme des offres de soins destinées aux familles les mieux loties, tandis que le recours exclusif en centre de PMI et l'absence de soins de premier recours serait l'apanage des familles plus fragiles socio économiquement. Plusieurs études ont déjà fait état d'une certaine hiérarchie du recours. Le rapport PRECAR (Chauvin *et al.*, 1999) a distingué le profil des consultants chez un médecin généraliste, un centre de soins de Médecins du Monde et un centre de santé gratuit à Paris. Seulement 1% de la patientèle du médecin généraliste ne bénéficie pas de couverture maladie, *versus* 54% de la patientèle du centre de Médecins du Monde et 80% du centre de santé gratuit.

La PMI devrait donc être au centre des réflexions et des efforts pour améliorer le recours aux soins de cette population. Or, les lieux du recours en PMI restent concentrés à Paris et dans les départements de petite couronne, principalement la Seine-Saint-Denis. Cet afflux vers la capitale est probablement lié à la présence dans d'autres départements franciliens de familles suivies par les services du 115 de Paris, ou d'associations en charge des migrants (Le Méner et Oppenchaim, 2012). Toutes les familles ne changent pas de lieux de soins selon leurs déménagements. Cette concentration du recours sur des espaces ciblés se traduit par un découplage entre le lieu d'hébergement et celui du recours aux soins : si la majeure partie des

familles restent dans leur département pour recourir aux soins, on constate qu'elles sont nombreuses à avoir un recours extra communal.

Les raisons du recours et de l'absence de recours ne semblent ainsi pas liées à l'accessibilité aux centres de PMI. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les familles ne placent pas la proximité au cœur de leur logique de recours. En effet, si plusieurs études sur les familles sans logement ont indiqué que les difficultés d'accès pouvaient gêner le recours aux soins (Weinreb *et al.*, 1998), notamment en raison du coût des transports (Riemer *et al.*, 1995), il semble que les caractéristiques sociodémographiques aient un impact peut être plus important, tout comme peut l'être la perception du recours aux soins et l'interaction avec les professionnels de santé[139]. Au demeurant, d'autres facteurs liés au fonctionnement des centres de PMI (accueils, horaires), à la perception du recours qu'ont les familles, à leur information, interviennent dans le recours.

En outre, et les parties précédentes l'ont montré, certaines familles sont instables. En fonction des structures connues et des endroits dans lesquels elles ont été hébergées, l'accessibilité à un centre de PMI évolue sans cesse. Les déménagements, parfois incessants, mais surtout imprévisibles, peuvent créer une fixation du recours dans un centre de PMI, qui ne correspond pas à celui de proximité.

Ces analyses sont exploratoires et seront poursuivies pour mieux comprendre les ressorts du recours aux soins de ces familles, intégrant l'environnement physique dans lequel est implantée la structure d'hébergement (en termes de transports en commun, de densité de services de proximité), et d'autres facteurs liées aux pratiques professionnelles, comme la disponibilité des professionnels, le phénomène de saturation[140], la présence d'un interprète, etc.

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

Durant l'enquête, si certains problèmes de santé étaient repérés, une orientation pouvait avoir lieu vers le système de soins. Cette mesure répondait directement à des constatations alarmantes de l'étude pilote, qui a pointé du doigt la fragilité de la santé des enfants enquêtés. Dans un souci éthique, le médecin épidémiologiste, secondé par l'équipe de l'Observatoire, a

[139] Les recherches de Judith G.Riemer ont ainsi montré que les principales difficultés dans le recours aux soins étaient les délais d'obtention des rendez-vous.
[140] Les études menées par l'IRDES sur l'analyse potentielle localisée, ou celles de l'IAU sur la densité répartie des omnipraticiens en Ile-de-France doivent être pris comme modèle d'analyse.

donc orienté les enfants qui le nécessitaient vers une structure de prise en charge adéquate. Une première réflexion avait été élaborée avec les partenaires des PMI. Ainsi, d'octobre à novembre 2012, les médecins-chefs des PMI de chaque département francilien ont été rencontrés. Le but de ces rencontres était double :

- tout d'abord, exposer les principaux résultats de l'enquête pilote et ainsi justifier la nécessité d'une prise en charge de ces enfants ;

- ensuite, recueillir les impressions de terrain des professionnels confrontés quotidiennement à cette population et ses problématiques sanitaires et sociales.

Ces réunions ont également été l'occasion d'établir un protocole sur le circuit et la nature des orientations à mener pour les enfants qui le nécessitaient, d'abord pour les problèmes sanitaires qui relevaient des missions de protection maternelle et infantile. L'action portait donc sur les cas de retard vaccinal ou d'anémie dans un premier temps, et sur les enfants sans aucun suivi déclaré. Un protocole d'orientation pour tout enfant de moins de 6 ans qui souffrirait d'anémie ou de retard vaccinal, ou sans suivi, a donc été élaboré avec les PMI. Il a été convenu – conformément aux souhaits des familles et des acteurs de santé en PMI – que les enfants seraient orientés vers leur PMI de rattachement s'ils en avaient une, et vers la PMI la plus proche dans le cas contraire. Toutefois, il était possible, si les parents le souhaitaient, d'organiser un rapprochement entre leur PMI et leur structure d'hébergement. Les autres cas (parents, enfant de 6 à 12 ans anémié, ou autre) seraient orientés, selon la gravité du problème, vers le médecin traitant s'il existait, ou les urgences. Une lettre envoyée au médecin-chef de PMI précédait l'orientation et indiquait : l'identifiant d'enquête de l'enfant concerné ; le lieu d'hébergement de l'enfant ; le problème de santé détecté ; toute information utile à la prise en charge (état de la couverture sociale, langue parlée, situation particulière de la famille). Si la famille acceptait l'orientation proposée, un deuxième courrier était envoyé au médecin-chef pour permettre une prise de contact avec les parents.

Environ 37% des mamans ont été orientées vers les PASS (en particulier périnatales), ou d'autres services des hôpitaux, ou encore vers les CMP ; de même 43% des enfants ont été orientés vers la PMI ou les acteurs de santé. La mise en place concertée du protocole a favorisé la réactivité des centres de PMI et la rapidité de la prise en charge. Enfin, une orientation vers un centre de CMPP ou CMP était proposée pour tout enfant souffrant d'un trouble envahissant du comportement, d'autisme, ou de grave retard psychomoteur. Pour les

mamans, une orientation était proposée en cas de problème de santé mentale, pour toutes celles souffrant d'un problème de dépression, de syndrome post traumatique ou pour tout autre trouble.

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

Ces difficultés rencontrées lors de l'orientation vers le système de soins seront analysées et feront prochainement l'objet d'un travail en lien étroit avec l'enquête sociologique menée sur les politiques publiques, qui met en évidence une organisation en tuyau d'orgue, autrement dit cloisonnée, entre les administrations en charge des familles sur le plan de l'hébergement, de la santé ou encore de l'éducation.

ADDENDUM : ESSAI D'UNE CLASSIFICATION DES FAMILLES SELON LA MOBILITE

La mobilité dans le système d'hébergement est un phénomène auquel les familles sans domicile doivent faire face dans leur quotidien et avec laquelle les services sociaux et sanitaires doivent composer dans le cadre de leur prise en charge. En effet, lors de leur entrée dans le système d'hébergement, elles auront la garantie d'avoir un toit qui représentera, dans la plupart des cas, un hébergement provisoire. Par ailleurs, au caractère provisoire de l'hébergement, s'ajoute son instabilité spatiale et de possibles déménagements d'une commune à une autre, voire d'un département à un autre. Plusieurs facteurs exposent les familles à la mobilité : un système d'hébergement complexe, saturé et instable, une population demandeuse qui explose, des stratégies d'hébergement spécifiques d'un opérateur à un autre, etc. La mobilité dans le système d'hébergement est souvent jugée néfaste pour les familles et leurs conditions de vie : leur insertion sociale et professionnelle, la santé physique et psychique des parents, le suivi sanitaire des enfants et des parents, la scolarité des enfants. Pourtant, il n'a pas été possible jusqu'à maintenant de caractériser cette mobilité, ni d'en mesurer les réels effets sur les conditions de vie des familles. Comment la mobilité se caractérise-t-elle ? Affecte-t-elle les familles de la même manière et toutes les familles sont-elles concernées ? Peut-on la considérer comme un « facteur de risque » en toutes circonstances ? Quelles sont les dimensions de la vie quotidienne les plus touchées par la mobilité ?

Ce premier essai de classification des familles selon leur mobilité répond ainsi à un double objectif. Tout d'abord, il s'agit de connaître les différents « profils de mobilité », en s'appuyant sur trois composantes : le temps de présence dans le système d'hébergement, la fréquence des déménagements et les lieux de résidence (situation géographique et type de structure). Il s'agit ensuite de caractériser les groupes en fonction de ces variables, afin de cerner le profil sociodémographique et sanitaire des familles. En prenant en compte le profil sanitaire, il sera alors possible de décrire l'impact des différents « profils de mobilité » sur la santé et le recours aux soins des familles.

Cette partie présentera dans un premier temps les hypothèses sous-jacentes ainsi que les variables qui ont contribué à la construction des groupes. La méthodologie employée pour construire les groupes sera expliquée dans un deuxième temps. Les groupes seront ensuite décrits, puis comparés afin de saisir leurs spécificités. Dans un dernier temps, des perspectives seront proposées à la suite de cette première analyse. Ce travail dans son intégralité sera disponible prochainement dans un document de travail de l'Observatoire du Samusocial de Paris (Caum et Jangal, 2014).

1. Hypothèses et méthode

1.1. Les variables utilisées

En soi, le déménagement ne peut être considéré comme un événement ni négatif ni positif si l'on méconnait les conditions de vie que la famille abandonne et les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

Le caractère multidimensionnel de la mobilité et sa complexité obligent à considérer un ensemble de variables pour la caractériser. Une cinquantaine de variables ont contribué à construire les différents groupes. Ces variables sont liées à trois composantes de la mobilité : le temps, la fréquence des déménagements, et le lieu d'hébergement (type et espace). Comme nous l'avons vu, une approche qui n'intégrerait que la fréquence des déménagements serait incomplète et surtout ne suffirait pas à décrire la complexité de ce phénomène. Le temps de présence dans le système d'hébergement peut quant à lui conditionner le nombre de déménagements. Aux dimensions temporelles et de fréquence, il convient d'ajouter celle du lieu et de l'espace d'hébergement, chaque type de structure d'hébergement offrant un environnement spécifique en termes de suivi et d'accompagnement, ou encore d'équipement. En outre, les départements et les communes franciliennes n'offrent pas tous les mêmes opportunités en termes de services ; les départements, ainsi que le zonage conventionnellement établi en Ile-de-France (Paris, petite couronne et grande couronne) correspondent à des environnements spatiaux, des organisations et des politiques sociales et sanitaires spécifiques qui peuvent avoir un impact sur la famille et son parcours.

Quatre hypothèses, correspondant pour trois d'entre elles aux trois dimensions de la mobilité (temps, fréquence et lieu), ont présidé la construction de ces groupes.

Une première hypothèse suppose que les familles insérées dans le système d'hébergement depuis peu devraient connaître une mobilité forte et avoir des indicateurs socio-économiques et sanitaires fragiles. En effet les premiers mois, voire la première année suivant la perte du logement, correspondent à une période d'acclimatation au système de prise en charge, durant laquelle les familles peuvent manquer de repères.

La deuxième hypothèse part du principe que le nombre de déménagements et leur fréquence sont préjudiciables aux familles, surtout lorsque cette fréquence est forte. Il peut être plus difficile pour les familles de tisser un réseau ou tout simplement de connaître une stabilisation susceptible de favoriser la création de repères.

La troisième hypothèse concerne le dernier axe, relatif aux lieux (structures d'hébergement) et aux espaces d'hébergement (commune d'hébergement). Elle suppose que les types de lieux et d'espaces d'hébergement peuvent avoir un impact aussi fort que le nombre de déménagements sur la situation actuelle des familles et leur évolution dans le système de prise en charge. Nous considérons notamment que l'hébergement chez un tiers, les périodes de rue et les hébergements dits précaires[141], du fait de leur instabilité et de leur inconfort, sont autant de freins pour l'évolution des familles vers le logement. Ces lieux d'hébergement semblent peu propices à la stabilisation, voire à la bonne insertion dans le système de prise en charge. Les périodes de rue vont de pair avec des situations d'errance et parfois d'absence de contact avec les associations ou les aides sociales. L'hébergement chez un tiers n'est pas forcément positif non plus : être dépendant de quelqu'un d'autre ou être hébergé contre des services divers et variés (ménages, nourrice) peut bloquer la famille dans son processus d'insertion dans le système, voire l'éloigner d'informations ou de contacts qui pourraient lui apporter une certaine autonomie. Le passage d'un type de structure à un autre doit également être pris en considération. C'est ce passage que nous appellerons « transitions ». Par construction, nous considérons ainsi qu'il existe deux types de transitions : ascendante et descendante. Nous parlerons de transition descendante lorsque l'on passe d'un hébergement stable ou avec suivi vers un hébergement plus précaire, instable, sans suivi ; et de transition ascendante dans un mouvement contraire. Ces franchissements peuvent également être analysés d'un point de vue spatial. Tout effet de franchissement n'a pas le même impact : passer d'un département de petite couronne à un département de grande couronne, ou de Paris à la grande couronne, n'implique pas les mêmes difficultés en termes

[141] Les hébergements précaires sont définis ici comme étant des lieux non prévus pour l'habitation et fortement instables (hébergement dans un local abrité, squat, tente, voiture, etc.)

de déplacements et de ruptures de suivi social. On peut en effet considérer que les transitions descendantes seraient les déménagements du centre vers la périphérie.

Une dernière hypothèse, qui n'est pas directement liée aux trois dimensions de la mobilité, donne à la période précédant la perte du logement et à la période directement postérieure, une importance capitale dans l'évolution du parcours des familles. En effet, les premiers mois suivant la perte du logement pourraient constituer la période d'adaptation (ou de non adaptation) des familles.

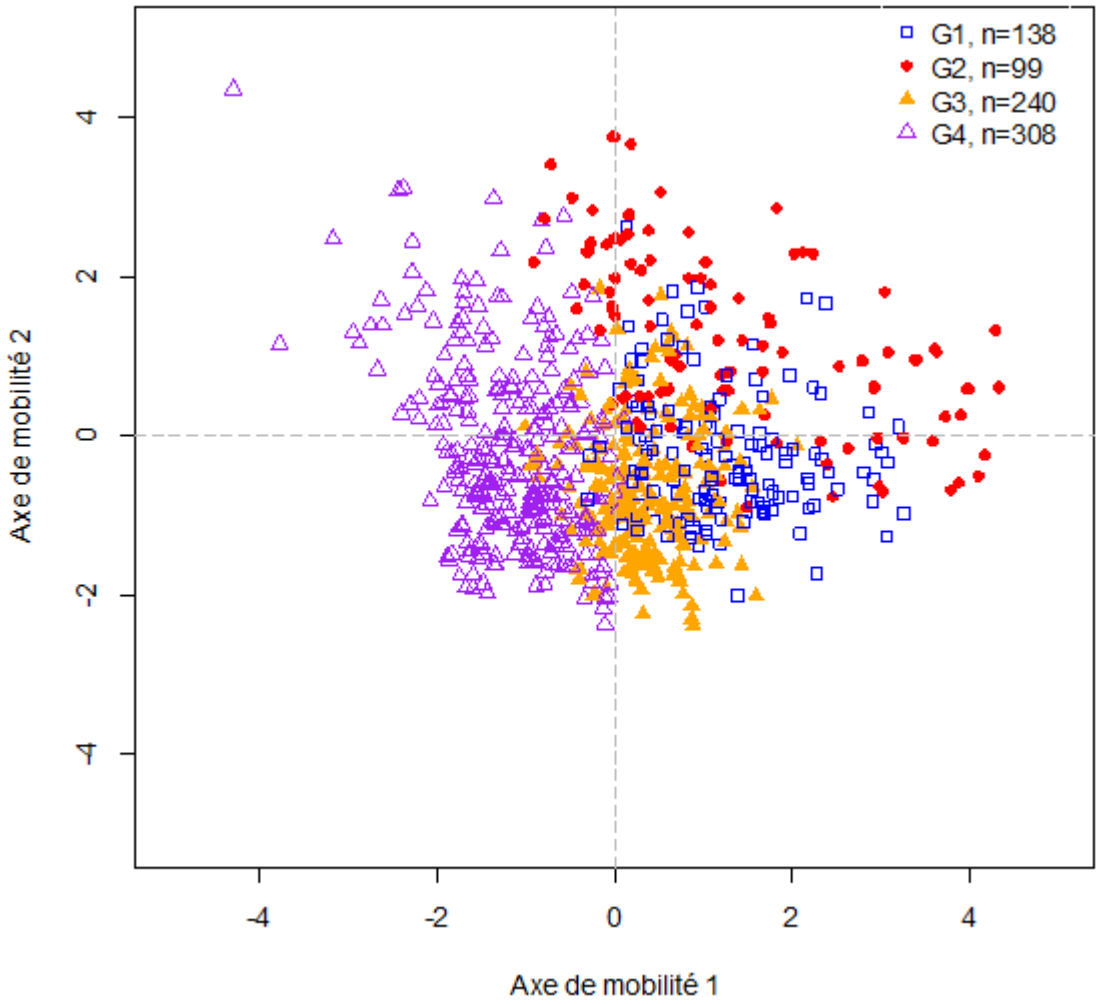
1.2. Méthode d'analyse

Les méthodes d'analyse multidimensionnelle permettent de résumer un ensemble de variables en isolant la partie explicative des données. Cette technique facilite l'interprétation ultérieure lorsqu'on dispose d'un nombre élevé de variables. L'analyse factorielle multiple (AFM), employée avec des données mixtes (variables quantitatives et qualitatives), permet ainsi de résumer l'ensemble des « variables de mobilité » en deux nouvelles variables (deux « axes de mobilité »). Cette technique est largement utilisée comme méthode de prétraitement des données[142] lorsqu'il s'agit d'obtenir une classification des individus d'une population (Husson *et al.*, 2010). Une classification hiérarchique ascendante a ainsi été effectuée. Des familles ont ainsi été regroupées en fonction des ressemblances selon deux axes de mobilité. Cette classification a permis d'obtenir 4 groupes de familles, composés respectivement de 138, 99, 240 et 308 ménages, soit un total de 785 familles (les familles n'ayant pas répondu aux questions sur le parcours n'ont pu être prises en considération : 12 ont indiqué n'avoir aucun souvenir et 4 n'ont pas voulu répondre). Toutes les analyses ont été réalisées sous le logiciel R 2.15.1, à l'aide du paquet FactoMineR.

Le lecteur peut trouver la représentation graphique des quatre groupes en fonction des deux axes de mobilité dans la figure suivante :

[142] Lorsqu'on dispose d'un nombre élevé de variables liées à un sujet d'intérêt, les techniques statistiques d'analyse multidimensionnelle sont utilisées pour identifier les variables explicatives pertinentes pour nos analyses. Cette étape fait partie du prétraitement des données.

Figure 22. Représentation des quatre groupes de familles



Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.
Lecture: chaque point représente une famille qui a deux coordonnées, une dans chaque axe de mobilité. Une famille ne peut appartenir à plusieurs groupes. Les carrés bleus correspondent au groupe 1 (138 familles), les ronds rouges au groupe 2 (99 familles), les triangles oranges au groupe 3 (240 familles) et les triangles violet au groupe 4 (308 familles). Ce graphique permet de visualiser la répartition des groupes par rapport aux axes de mobilité.

Le premier axe de mobilité, l'axe horizontal, sépare les familles qui ont une fréquence de déménagements élevée de celles qui déménagent peu (ces déménagements impliquant des changements de département, de commune et des transitions d'un département à un autre ou d'une structure d'hébergement à une autre)[143]. Sur cette première dimension, s'opposent clairement le groupe 4 (violet) qui déménage peu et les trois autres groupes. Le deuxième, l'axe vertical, axe de mobilité distingue les familles selon leur temps de présence dans le

[143] Toutes ces affirmations découlent d'une analyse minutieuse des axes de mobilité réalisée en ciblant les variables qui ont le plus contribué à la création de ces axes et qui y sont le mieux représentées.

système d'hébergement : celles qui ont des valeurs positives pour cet axe sont depuis plus longtemps dans le système d'hébergement que celles qui ont des valeurs négatives. Le fait de sortir du système d'hébergement pour être hébergé chez un tiers ou bien connaître la transition d'un centre à un hôtel sont deux autres variables qui ont contribué aussi fortement à la création du deuxième axe de mobilité. Ainsi, les familles qui ont des valeurs positives pour cet axe ont sûrement connu ces événements. La distinction est moins claire mais la figure indique que le groupe 2 (rouge) s'oppose aux autres groupes : plus de familles dans ce groupe sont dans le système d'hébergement depuis longtemps et ont vécu des sorties du système.

2. Description des groupes

Pour enrichir la compréhension des profils de mobilité, des variables sociodémographiques et sanitaires (santé et recours aux soins) ont été intégrées à l'analyse. Nous décrirons ici chaque groupe en fonction de son profil de mobilité et de ses caractéristiques sanitaires et sociodémographiques.

2.1. Description du 1er groupe

Entrées depuis plus d'un an dans le système d'hébergement[144], les familles du premier groupe ont souffert d'une mobilité forte lors de la première année d'insertion dans celui-ci, avant de se stabiliser, en centres d'hébergement[145] pour certaines. Ce groupe est caractérisé par un profil familial nucléaire, avec à la fois des enfants en bas âge et des enfants en âge d'être scolarisés. Si leur situation économique est globalement défavorable, du fait de l'absence de revenus et d'activité professionnelle, les familles du premier groupe sont bien entourées, à la fois par des amis et de la famille. Malgré un statut administratif et économique parfois fragile, ces familles restent satisfaites de leur état de santé, en dépit des situations de renoncement et d'une couverture santé complémentaire qui n'est pas majoritaire dans le groupe. Concernant leur vie en France, 17% des familles ($IC_{95\%}$ [8,0 ; 32,3]) ne sont plutôt pas, ou pas, satisfaites de leur expérience, tandis que 46% ($IC_{95\%}$ [31,0 ; 61,9]) sont plutôt satisfaites voire très satisfaites.

[144] Temps médian depuis leur arrivée en France : 20 mois.
[145] Le terme « centre d'hébergement » exclut les hôtels.

2.2. Description du 2ème groupe

Malgré une présence de longue date dans le système d'hébergement[146], les familles du deuxième groupe n'ont pas connu une mobilité ayant contribué à améliorer leur situation dans le système d'hébergement. Ces familles connaissent au moins un déménagement par an, sans progression réelle au sein du dispositif d'hébergement. Avec un début difficile dans leur parcours, elles ont vu leur fragilité en termes d'hébergement s'accentuer. Si elles ont principalement déménagé dans Paris ou en petite couronne, l'hébergement en grande couronne n'est pas absent dans leur parcours, avec de possibles effets de rupture sur leur réseau d'aide lors de l'arrivée en France. Majoritairement monoparentales, ces familles perçoivent plusieurs aides sociales et bénéficient aujourd'hui d'un réseau social plutôt dense. Elles sont marquées par une santé psychique et nutritionnelle fragile. Si elles utilisent plusieurs fois par an les professionnels de santé, les situations de renoncement aux soins et l'absence de suivi affectent fortement ce groupe.

Par ailleurs, elles considèrent que leur expérience en France n'est pas du tout satisfaisante (22% ; $IC_{95\%}$ [12,3 ; 35,9]).

2.3. Description du 3ème groupe

Le troisième groupe est récemment entré dans le système d'hébergement[147] et connaît une mobilité assez forte, concentrée dans Paris ou en petite couronne, et en hôtel. Ce groupe est caractérisé par une proportion importante de familles nombreuses et d'enfants en bas âge. Ces familles souffrent d'un fort dénuement économique, probablement lié à un statut administratif précaire, l'empêchant d'accéder à un certain nombre d'aides sociales. Cette situation précaire se ressent sur la santé nutritionnelle, mais aussi psychique. Par ailleurs, le recours aux soins de ces familles est assez faible, même si les situations de renoncement ne caractérisent pas ce groupe, dont les membres consultent peu, que ce soit en médecine générale ou chez des spécialistes. En terme sanitaire, économique, administratif, ce groupe connaît donc de graves difficultés. Ainsi, 19% ($IC_{95\%}$ [12,9 ; 26,8]) des familles ne sont plutôt pas ou pas satisfaites de leur expérience en France, tandis que 44,0% ($IC_{95\%}$ [35,7 ; 52,6]) se déclarent moyennement satisfaites.

---

[146] Plus de quatre ans pour la moitié d'entre elles ; ce groupe connaît le plus long temps de présence dans le dispositif d'hébergement.
[147] La médiane de temps dans le système d'hébergement est de 16 mois.

2.4. Description du 4ème groupe

Les familles du quatrième groupe, dont la moitié est présente depuis au moins 28 mois dans le système d'hébergement, ont bénéficié d'une relative stabilité sur l'ensemble de leur parcours. Ayant peu ou pas déménagé, elles sont moins nombreuses à être hébergées en hôtel et bénéficient ainsi d'une stabilité de l'hébergement et d'un accompagnement social. Leur statut économique et social est le meilleur de l'ensemble des groupes, si bien que ces familles font peu appel aux aides caritatives, de même qu'aux tiers. Leur réseau social est par ailleurs riche et ces familles entretiennent une vie sociale active, probablement facilitée par l'hébergement en centre collectif. En termes de santé, c'est la population la mieux couverte de l'ensemble des groupes. L'utilisation des professionnels de santé est fréquente, les enfants sont nombreux à être suivis en PMI. Les problèmes nutritionnels l'affectent moins et l'adulte interrogé porte un regard positif sur ses états de santé, bien que les situations de renoncement n'épargnent pas ce groupe. Les familles sont 44,0% ($IC_{95\%}$ [36,0 ; 52,4]) à être satisfaites de leur expérience en France.

3. Comparaisons des groupes

Pour distinguer clairement les différents profils de mobilité, une comparaison des groupes est indispensable. Elle est résumée sous forme de tableau.

3.1. Une mobilité et des caractéristiques sociodémographiques variées

Le tableau ci-dessous résume la comparaison des quatre groupes à partir des variables principales de la mobilité qui forment les deux axes établis précédemment (temps de présence dans le système d'hébergement, fréquence des déménagements et lieux d'hébergement). Le code couleur est le suivant : orange foncé si le groupe est fortement concerné, orange clair si le groupe et moyennement concerné et gris si le groupe est très faiblement concerné. Le blanc indique que la variable ne distingue pas le groupe de l'ensemble. Par exemple, pour la caractéristique «Nombre de déménagements élevé - 2ème année» les familles des groupes 1 et 4 n'ont pas beaucoup déménagé la deuxième année (gris), celles du groupe 3 (blanc) sont divisées, certaines ayant connu de nombreux déménagements et d'autres non ; enfin les

familles du groupe 2 (orange clair) sont nombreuses à avoir déménagé à plusieurs reprises lors de la deuxième année suivant leur entrée dans le système d'hébergement.

Tableau 183. Comparaison des 4 groupes à partir des variables principales de la mobilité

Dimension	Variables de Mobilité	G1	G2	G3	G4
Temps	Temps **élevé** dans le système d'hébergement				
Fréquence	Nombre de déménagements **élevé** (parcours)				
Fréquence	Nombre de déménagements **élevé** - 1ère année				
Fréquence	Nombre de déménagements **élevé** - 2ème année				
Lieu d'hébergement	Premier **lieu précaire** dans le système d'hébergement				
Lieu d'hébergement	Type d'hébergement (parcours): **centres**				
Lieu d'hébergement	Type d'hébergement (parcours): **hôtel**				
Lieu d'hébergement	Passage par un centre et ne **pas y être resté**				
Lieu d'hébergement	Pôle de **services supérieur**[148] pendant tout le parcours				
Lieu d'hébergement	Transition ascendante: **hôtel à centre**				
Lieu d'hébergement	Transition descendante: **centre à hôtel**				
Lieu d'hébergement	Transition descendante: **hôtel à chez un tiers**				

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants.

Les groupes se distinguent notamment par leur temps de présence dans le système d'hébergement : les groupes 2 et 4 sont les plus anciennement présents dans le système. Concernant la mobilité, les familles du groupe 4 sont plus stables aussi bien sur l'ensemble du parcours que lors des six premiers mois. En revanche, ce sont les groupes 1 et 2 qui ont connu la mobilité la plus forte (tous ont déménagé plus de 4 fois au cours de leur parcours). En termes de temporalité entre les six et douze premiers mois, la plupart des familles du groupe 1 ont déménagé entre 4 et 6 fois alors que les familles du groupe 2 ont connu moins de déménagements sans pour autant rester stables. En revanche, entre douze et vingt-quatre mois de présence dans le système d'hébergement, la mobilité s'inverse : le groupe 2 continue de déménager (21% déménageront plus de 4 fois ; $IC_{95\%}$ [11,9 ; 34,8]) tandis que 58% ($IC_{95\%}$ [39,6 ; 73,6]) des familles du groupe 1 se stabilisent. Enfin, les familles du groupe 3 ont quant

[148] La typologie de pôle de services est issue d'un classement de l'Insee effectué à partir du nombre de services implantés dans la commune et de leur nature. Un pôle de services supérieur regroupe les équipements plus rares, notamment des équipements de santé ou de services.

à elles toutes déménagé pendant leur parcours mais la fréquence de leurs déménagements est plus faible (entre 1 et 3 fois pour 76% des cas ; $IC_{95\%}$ [68,1 ; 81,8]).

Concernant le premier lieu d'hébergement après la perte de logement, les familles du groupe 4 ont davantage bénéficié d'un hébergement en hôtel et en centre ; pour les trois groupes restants, le premier lieu d'hébergement est plus précaire, particulièrement pour les groupes 2 et 3, ce qui peut avoir des conséquences néfastes pour les familles migrantes venant d'arriver. Le groupe 4 serait le plus avantagé dans la mesure où il a moins souvent connu d'épisodes dans un hébergement précaire ou à la rue, que ce soit au moment d'entrer dans le système d'hébergement ou pendant le temps de présence.

En termes de type d'hébergement connus pendant le parcours, les groupes 1 et 4 ont vécu d'avantage dans des centres ; tandis que dans le groupe 3 presque aucune famille n'a vécu ailleurs que dans un hôtel. Enfin, dans le groupe 2, les familles ont pu être hébergées dans des lieux très différents : dans la rue, chez un tiers, dans un CHU. Quelques familles ont pu être hébergées dans un CHRS (20% ; $IC_{95\%}$ [10,4 ; 35,1]) ou dans un CADA (14% ; $IC_{95\%}$ [7,7 ; 25,7]). Ce qui distingue le groupe 2 des groupes 1 et 4 est l'absence de stabilisation, même en cas d'hébergement en centre. En effet, parmi les familles du groupe 2 qui ont été hébergées en CHRS ou en CADA, 47% ($IC_{95\%}$ [34,2 ; 59,4]) étaient hébergées en hôtel au moment de l'enquête *versus* 10% ($IC_{95\%}$ [4,7 ; 12,6]) et 14% ($IC_{95\%}$ [8,7 ; 22,8]), respectivement pour le groupe 1 et 4. Par ailleurs, on remarque que pour ce même groupe moins de familles ont été hébergées dans un pôle de services supérieur pendant tout le parcours (10% ; $IC_{95\%}$ [5,5 ; 17,9] *versus* 38% ; $IC_{95\%}$ [33,5 ; 43,2]) et une partie du groupe a vécu hors Ile de France pendant son parcours.

Les groupes 3 et 4 sont peu concernés par les effets de transition (faible nombre de déménagements et un temps de présence court dans le système d'hébergement), contrairement aux groupes 1 et 2. Le groupe 1 est marqué par des transitions ascendantes de l'hôtel vers le centre alors que le groupe 2 est marqué par les deux formes de transition : ascendante (hôtel vers centre) et descendante (centre vers hôtel vers hôtel à tiers).

Les variables relatives aux caractéristiques socio-économiques, démographiques et sanitaires permettent également de distinguer les groupes.

Tableau 184. Comparaison des 4 groupes à partir des variables socio-économiques, démographiques et sanitaires.

Dimension	Caractéristiques des familles	G1	G2	G3	G4
Socio-économique	Temps **élevé** entre l'arrivée en France et l'entrée dans le système d'hébergement				
Socio-économique	**Absence** de scolarisation des enfants entre 3 et 12 ans				
Socio-économique	Répondant en **voie de régularisation**				
Socio-économique	Répondant **travaille**				
Socio-économique	Reçoit des **aides sociales**				
Socio-économique	Revenu économique **élevé**				
Socio-économique	Famille hébergée **par le 115**				
Socio-économique	**Bonne** perception de leur expérience en France				
Démographique	Famille **monoparentale**				
Démographique	Présence d'enfants de **moins de 3 ans**				
Démographique	Présence d'enfants de **plus de 12 ans**				
Démographique	Présence de **plus de 2 enfants**				
Sanitaire	**Moins** recours aux soins				
Sanitaire	**Plus** de suivi gynécologique				
Sanitaire	Sécurité alimentaire **élevée**				
Sanitaire	**Bonne** perception de leur santé psychique				

Source : enquête ENFAMS 2013
Champ : 801 personnes interrogées, 785 répondants

L'arrivée en France créée des inégalités entre groupes : les familles du groupe 4 perdent plus tardivement leur logement et parviennent à se maintenir pendant un temps hors du système d'hébergement, dans leur propre logement ou chez de la famille. On peut alors supposer que cette période a permis aux familles de se constituer un socle de connaissances, notamment par rapport au fonctionnement du système de prise en charge français, susceptible de les aider dans leur parcours. Les familles des autres groupes ont intégré plus rapidement le système de prise en charge, parfois dès leur arrivée sur le sol français : elles n'ont pas habité dans leur propre logement, mais plutôt chez de la famille (groupe 1) ou chez un compatriote (groupe 3). Lors de leur arrivée en France, les familles du groupe 2 n'étaient caractérisées par aucun type de logement particulier. Les familles n'ont donc pas toutes eu le même départ. Leur composition familiale est également variée. On constate ainsi que dans le groupe 2, les

familles monoparentales sont plus nombreuses et que leur mobilité est forte. On peut supposer que la mobilité est plus difficile à surmonter pour des femmes seules, de surcroît accompagnées de plusieurs enfants. Il peut être difficile de mener de front l'éducation, la scolarisation des enfants et les épreuves administratives qui jalonnent le parcours de la famille. On peut supposer également que la proportion de familles monoparentales pourrait expliquer la difficulté pour ces familles de faire évoluer leur situation. Une des particularités du groupe 4 est de compter dans la fratrie des enfants de plus de 12 ans. De plus, dans ce groupe, 26% ($IC_{95\%}$ [18,6 ; 34,3]) des familles ont plus de 2 enfants co-résidents. Le taux de scolarisation des enfants dépend par ailleurs des groupes : en effet, on constate que les groupes qui multiplient les déménagements ont plus de difficultés à scolariser leurs enfants. L'absence de scolarisation ressort ainsi dans le groupe 3, où le pourcentage d'enfants non scolarisés est de 16% ($IC_{95\%}$ [9,9 ; 24,6]), pourcentage bien supérieur aux autres groupes, notamment le groupe 4 (8% ; $IC_{95\%}$ [4,8 ; 14,1], p=0,02).

On pourrait penser que le statut administratif distinguerait fortement les groupes. Or, la seule variation observée concerne le groupe 3, caractérisé par une part importante de familles en voie de régularisation. Ce résultat est intéressant dans la mesure où il tend à indiquer que le statut administratif ne conditionne pas forcément le parcours des familles en termes de mobilité dans le système d'hébergement. Autrement dit, être régularisé ne garantit pas forcément la stabilisation. Les familles des groupes 2 et 4 sont celles qui travaillent (avec ou sans contrat) le plus et elles sont aussi les plus nombreuses à recevoir des aides sociales, malgré une mobilité très différente. Le groupe 3 est celui qui reçoit le moins d'aide sociale et bénéficie peu de l'aide au transport, ce qui a un impact négatif sur sa mobilité quotidienne. Les revenus sont plus importants pour le groupe 4, suivi du groupe 2, et moins importants pour le groupe 1, suivi du groupe 3. En revanche, le gestionnaire d'hébergement semble lié aux situations de mobilité : les deux groupes qui sont parvenus à rester stables (groupe 4) ou à se stabiliser rapidement (groupe 1) sont moins fréquemment que les autres hébergés par les services du 115, pour lesquels la mobilité se poursuit. Au niveau des recours aux soins, les familles du groupe 3 sont les moins bien couvertes. Elles sont celles qui ont moins eu recours à un soin auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste mais aussi celles qui ont moins renoncé aux soins. La santé serait une préoccupation secondaire pour les familles qui viennent d'intégrer le système d'hébergement. Le suivi gynécologique est plus marqué chez les groupes où les familles ont pu se stabiliser, c'est-à-dire les groupes 1 et 4. C'est également dans ces groupes que les familles sont les plus nombreuses à être en sécurité alimentaire. Enfin, les

familles des groupes 1 et 4 ont une perception de leur santé psychique et de leur expérience en France positive, contrairement aux deux autres groupes.

3.2. Limites et perspectives

Cette analyse a permis de mettre en évidence la variété des parcours des familles dans le système d'hébergement. Néanmoins, cette première analyse mérite des approfondissements afin de saisir plus précisément les particularités des quatre groupes.

Certains aspects du parcours doivent être investigués, notamment le temps de présence dans chaque département, mais également dans chaque type de structure. Par ailleurs, il semble nécessaire d'analyser les différentes plateformes qui ont hébergé les familles durant leurs parcours, car elles peuvent infléchir leur trajectoire. La caractérisation des communes d'hébergement se doit d'être plus précise en indiquant les opportunités qu'elles offrent en termes de transports en commun et d'offre sanitaire, scolaire, etc. Enfin, il est nécessaire de s'intéresser plus précisément à la période précédent la perte du logement. Nous avons fait l'hypothèse qu'elle pouvait influencer la suite du parcours et il semblerait qu'elle distingue clairement les familles. L'objectif est donc de caractériser l'espace de départ (la commune et le département) : en déterminant les espaces d'arrivée, il serait alors possible de comprendre en quoi ils peuvent, en plus du lieu d'hébergement, influencer l'évolution du parcours des familles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de biomédecine, 2012. *Rapport annuel*, Paris: Agence de biomédecine.

Alaimo K *et al.*, 2001. Low family income and food insufficiency in relation to overweight in US children: Is there a paradox? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(10), p.1161‑1167.

Alegria, M. *et al.*, 2007. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), p.S15‑S21.

Alperstein G & Arnstein E, 1988. Homeless children--a challenge for pediatricians. *Pediatric clinics of North America*, 35(6), p.1413‑1425.

Ambrosini, M., 2008. Séparées et réunies : familles migrantes et liens transnationaux. *Revue européenne des migrations internationales*, 24(3), p.79‑106.

Anderson, S.A., 1990. Core Indicators of Nutritional State for Difficult-to-Sample Populations. *Journal of Nutrition*, 120(11), p.1559‑1599.

Andro, A., Lesclingand, M. & Pourette, D., 2009. *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine Africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène*, Paris: Idup / Ined.

APUR, 2006. La mobilité dans le centre de l'agglomération parisienne.

Ardilly, P. & Le Blanc, D., 2001. Echantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans domicile : un exemple français. *Techniques d'enquête*, 27(1), p.117‑127.

Arnaud, A. *et al.*, 2013. *Enquête HYTPEAC « Hygiène de la tête aux pieds : ectoparasitoses et affections cutanées »*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris.

Asobayire, F.S. *et al.*, 2001. Prevalence of iron deficiency with and without concurrent anemia in population groups with high prevalences of malaria and other infections: a study in Côte d'Ivoire. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), p.776‑782.

Authier, J.-Y. *et al.*, 2010. *Etat des lieux sur les trajectoires résidentielles*, Paris: PUCA.

Bajos, N. *et al.*, 2012. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et sociétés*, (492), p.1‑4.

Baronnet, J. & Vanoni, D., 2012. *L'hébergement dans le logement d'un tiers*, Paris: Fors recherche sociale.

Barou, J., & Moro, M.-R., Moro (dir.), 2003. *Les enfants de l'exil*, Paris : Unicef.

Barou, J., 2004. Les enfants des demandeurs d'asile, entre désir d'intégration et crainte d'expulsion. *Hommes et Migrations*, (1251), p.62‑74.

Bassuk, E.L., Rubin, L. & Lauriat, A.S., 1986. Characteristics of sheltered homeless families. *American Journal of Public Health*, 76(9), p.1097‑1101.

Bassuk, E. & Rubin, L., 1987. Homeless children: A neglected population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), p.279‑286.

Baubeau, D. & Carrasco, V., 2003. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques.

Beauchemin *et al.*, 2010. *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Paris: Ined.

Bellamy, V., Roelandt, J.-L. & Caria, A., 2004. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats*, (347), p.1‑12.

Beltzer, N., 2014. *Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010.*

Benoist, B. *et al.*, 2008. *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005*. Rapport pour l'OMS.

Bergeron L. *et al.*, 2013. Reliability, validity, and clinical use of the Dominic Interactive: a DSM-based, self-report screen for school-aged children. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(8), p.466‑475.

Bharel, M., Casey, C. & Wittenberg, E., 2009. Disparities in cancer screening: acceptance of Pap smears among homeless women. *Journal of women's health (2002)*, 18(12), p.2011–2016.

Bickel, G. *et al.*, 2000. *Guide to measuring household food insecurity, revised 2000*, Alexandria: U.S. Departement of Agriculture food and nutrition service. Available at: www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf.

Binfer-Foucard, F. *et al.*, 2013. 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*, p.122.

Bird, H.R., 1996. Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross–Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), p.35‑49.

Black, R.E. *et al.*, 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), p.243‑260.

Blondel, B. *et al.*, 2012. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys. *Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction*, 41(2), p.151‑166.

Blondel, B., Lelong, N. & Saurel-Cubizolles, M.-J., 2009. Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale. In *Journées de la Société Française de Médecine périnatale*. Rueil Malmaison: Arnette, p. 3‑19.

Boiguerin, B. & Haury, B., 2008. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. *Etudes et résultats DREES*, (645), p.8p.

Boisguerin, B. & Pichetti, S., 2008. *Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire*. DRESS.

Boucher, M. & Ridder, G. (de), 2002. L'accueil des demandeurs d'asile, un système en péril. L'exemple de la Haute-Normandie. *Ville-Ecole-Intégration Enjeux*, (131), p.203‑221.

Branković, I., Verdonk, P. & Klinge, I., 2013. Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. *International journal for equity in health*, 12, p.14.

Bres *et al.*, 2007. *Potentiel de densification autour des pôles et des axes de transport en*

commun, DRIEA Ile-de-France.

Breslau, N., 2009. The Epidemiology of Trauma, PTSD, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), p.198‑210.

Briefel, G. & Woteki, C.E., 1992. Development of food sufficiency questions for third national health and nutrition examination survey. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 24(1), p.24S‑28S.

Briffault, X., Morvan, Y. & du Roscoät, E., 2010. Les campagnes nationales d'information sur la dépression. Une anthropologie biopsychosociale ? *L'Encéphale*, 36, Supplément 2, p.D124‑D132.

Broek, N.R. van den. & Letsky, E.A., 2000. Etiology of anemia in pregnancy in south Malawi. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(1), p.247s‑256s.

Brousse, C., 2006a. Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté. *Economie et statistique*, (391-92), p. 15‑34.

Brousse, C., 2006b. Devenir sans-domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? *Economie et statistique*, (391-92), p. 35‑64.

Bruneteaux, P. & Terrolle, D., 2010. Introduction. In P. Bruneteaux & D. Terrolle. *L'arrière-cour de la mondialisation*. Paris: Editions du Croquant, p. 7‑17.

Bruniaux, C. & Galtier, B., 2005. Quel avenir pour les enfants de familles défavorisées ? L'apport des travaux américains. *Recherches et Prévisions*, (79), p.5‑20.

Buckner, J.C. *et al.*, 1999. Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-aged children. *Developmental Psychology*, 35(1), p.246‑257.

Buckner, J.C., 2008. Understanding the Impact of Homelessness on Children. Challenges and Future Research Directions. *American Behavioral Scientist*, 51(6), p.721‑736.

Buckner, J.C., Beardslee, W.R. & Bassuk, E.L., 2004. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *The American journal of orthopsychiatry*, 74(4), p.413–423.

Carlson, S.J., Andrews, M.S. & Bickel, G.W., 1999. Measuring food insecurity and hunger in the United States: Development of a national benchmark measure and prevalence estimates. *Journal of Nutrition*, 129(2), p.510S‑516S.

Castéran, B. & Ricroch, L., 2008. Les logements en 2006. Le confort s'améliore, mais pas pour tous. *Insee Première*, (1202), p.1-4.

Caum, C. & Jangal, C., 2014 (à par.). *La mobilité des familles sans logement en Ile-de-France : un essai de classification*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris.

Cazottes, E., 2013. Question de la « pauvreté des enfants » en Europe. Nouvelles tendances dans les politiques publiques. *Pensée plurielle*, (1), p.95-113.

CERC, 2004. *Les enfants pauvres en France*, Paris: Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale.

CERTU, C.N.P., 2008. Distances de déplacements et effet de serre, Où sont les enjeux en milieu urbain ? *CERTU Mobilités faits et chiffres*, (Fiche n°4).

CFDA (pour coordination française pour le droit d'asile), Droit d'asile en France : conditions d'accueil. Etat des lieux 2012, Paris, 2013

Chamberlain, C. & MacKenzie, D., 2009. *Couting the homeless 2006 : New South Wales*, Australian Institute of Health and Welfare.

Chardon, O., Daguet, F. & Vivas, E., 2008. Les familles monoparentales. Des difficultés à travailler et à se loger. *Insee Première*, (1195), p.4.

Charles, M.-A., 2007. L'obésité infantile en France et dans le monde. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, (239), p.16‑19.

Charrier, R., 2009. Les conditions de logement en Ile-de-France en 2006. *Insee Ile-de-France à la page*, (298), p.1-5.

Chau, S. *et al.*, 2002. Cancer Risk Behaviors and Screening Rates Among Homeless Adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 11(5), p.431-438.

Chauvin, P. *et al.*, 1999. *PRECAR. Trajectoire de précarité, Etats de santé et Accès aux soins*,

Chauvin, P. & Parizot, I., 2009. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. In *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*. Paris: Les Editions de la DIV, p.3‑105.

Che, J. & Chen, J., 2001. Food insecurity in Canadian households. *Health Reports*, 12(4), p.11‑22.

Chemineau, D., Pirus, C. & Stawinski, A., 2012. 577 000 enfants vivent dans des familles pauvres en Île-de-France. *Politiques sociales et familiales*, 107(1), p.87‑92.

Chemineau, D. & Flamand, J., 2014. *Les enfants de foyers allocataires à bas revenus en Ile-de-France. Evolution et caractéristiques de la pauvreté infantile de 2009 à 2013*, CTRAD.

Chilton, M. & Rose, D., 2009. A Rights-Based Approach to Food Insecurity in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(7), p.1203‑1211.

Coker, A.L., Bond, S.M. & Pirisi, L.A., 2006. Life stressors are an important reason for women discontinuing follow-up care for cervical neoplasia. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 15(2), p.321–325.

Coldefi, M. & Lucas-Gabrielli, V., 2011. Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Etudes et résultats*, (764), p.1-8.

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

Cole, T.J. *et al.*, 2007. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ : British Medical Journal*, 335(7612), p.194.

Coleman-Jensen, A. *et al.*, 2011. *Household Food Security in the United States, 2010*, Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.

Collectif, 2000. *Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant*, Paris : INSERM.

Collectif, 2009. Health slips as the financial crisis grips. *Lancet*, 373(9672), p.1311.

Connell, C.L. *et al.*, 2004. Food Security of Older Children Can Be Assessed Using a Standardized Survey Instrument. *The Journal of Nutrition*, 134(10), p.2566‑2572.

Conrad, B.S., 1998. Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: risk and resiliency. *Archives of psychiatric nursing*, 12(1), p.50–58.

Cour nationale du droit d'asile, 2014. *Rapport d'activité 2013*.

D'Halluin-Mabillot, E., 2012. *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Paris: Edition de l'EHESS.

Dachner, N. & Tarasuk, V., 2002. Homeless « squeegee kids »: food insecurity and daily survival. *Social science & medicine (1982)*, 54(7), p.1039‑1049.

Darmon, N. *et al.*, 2010. L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. In ONPES, éd. *Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2009-2010*. Paris: La documentation française, p.583‑603.

Darmon, N., Bocquier, A. & Lydié, N., 2009. Nutrition, revenu et insecurité alimentaire. In H. Escalon, C. Bossard, & F. Beck, éd. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis: Inpes, p.273‑304.

Davie, E., 2012. Un premier enfant à 28 ans. *Insee Première*, (1419), p.1-4.

Davoudian, C. éd., 2012. *Mères et bébés sans-papiers : une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Paris: Erès.

Debardieux, E., 2012. A l'école des enfants heureux…enfin presque, Paris : UNICEF.

Dharod, J.M., Croom, J.E. & Sady, C.G., 2013. Food insecurity: its relationship to dietary intake and body weight among Somali refugee women in the United States. *Journal of nutrition education and behavior*, 45(1), p.47‑53.

Dilley, M. & Boudreau, T.E., 2001. Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition. *Food Policy*, 26(3), p.229‑247.

Doll, E.A., 1953. *The measurement of social competence: A manual for the Vineland Social Maturity Scale*, US: Educational Test Bureau Educational Publishers.

Donzeau, N. & Pan Ké Shon, J.-L., 2010. L'évolution de la mobilité résidentielle en France entre 1973 et 2006 : nouvelles estimations. *Population*, 64(4), p.779‑795.

Dourgnon, P. *et al.*, 2009. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé*, (146), p.1-6.

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

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

Duport, N. *et al.*, 2008. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 17(3), p.218‑224.

Duport, N., 2012. Characteristics of women using organized or opportunistic breast cancer screening in France. Analysis of the 2006 French Health, Health Care and Insurance Survey. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60(6), p.421‑430.

Dupuy, M. *et al.*, 2011. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in

a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), p.442.

Economie et Statistiques, 2006. *n°391-392 « Sans-domicile »*, Paris: INSEE.

Engelstad, L.P. *et al.*, 2001. Abnormal Pap Smear Follow-Up in a High-Risk Population. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 10(10), p.1015–1020.

Europeristat, *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.*

Faure, A. & Levy-Vroelant, C., 2007. *Une chambre en ville. Hôtels meublés et garnis parisiens 1860-1990*, Grâne: Editions Créaphis.

Fazel, S. *et al.*, 2008. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med*, 5(12), e225.

Fillol, F. *et al.*, 2011. Accounting for the multidimensional nature of the relationship between adult obesity and socio-economic status: the French second National Individual Survey on Food Consumption (INCA 2) dietary survey (2006–07). *British Journal of Nutrition*, 106(10), p.1602‑1608.

Firdion, J.-M., 2000. Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile. *Recherches et Prévisions*, (60), p.79‑109.

Firdion, J.-M., 2006. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Economie et statistique*, 391(1), p.85‑114.

Firdion, J.-M. & Marpsat, M., 1998. Sans-domicile à Paris : une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement. *Sociétés contemporaines*, 30(1), p.111‑155.

Firdion, J.-M. & Marpsat, M., 2001. Les ressources des jeunes sans domicile et en situation précaire. *Recherches et prévisions*, 65(1), p.91‑112.

Firdion, J.-M., Marpsat, M. & Bozon, M., 1995. Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile ? Une question éthique et scientifique. *Revue Française des Affaires Sociales*, 49(2‑3), p.27‑49.

Fombonne, E. & Achard, S., 1993. The Vineland Adaptive Behavior Scale in a Sample of Normal French Children: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), p.1051‑1058.

Frigoli, G., 2004. Le demandeur d'asile : un « exclu » parmi d'autres ? La demande d'asile à l'épreuve des logiques de l'assistance. *Revue européenne des migrations internationales*, 20(2), p.153‑167.

Frigoli, G., 2007. Ordre moral, ordre local : le soupçon comme réponse à la vulnérabilité sociale. *Carnets de bord*, (13), p.7‑15.

Frigoli, G., 2008. Extension du domaine de la justice locale. L'asile, entre politique d'immigration et politique sociale. *Revue Asylon(s)*, (5).

Frigoli, G., 2009b. De la circulaire au guichet. Une enquête sur la fabrique des populations vulnérables par les politiques publiques. *Déviance et société*, 33(2), p.125‑148.

Gallagher, T.C. *et al.*, 1997. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. *Medical care*, 35(8), p.814‑830.

Gelberg, L. *et al.*, 1997. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *American journal of public health*, 87(2), p.217–220.

Ghattas, H. *et al.*, 2014. Food insecurity among Iraqi refugees living in Lebanon, 10 years after the invasion of Iraq: data from a household survey. *The British journal of nutrition*, 112(1), p.70‑79.

Gilman, S.E. *et al.*, 2013. Psychosocial stressors and the prognosis of major depression: a test of Axis IV. *Psychological Medicine*, 43(2), p.303‑316.

Glass, I.A., 1991. X linked mental retardation. *Journal of medical genetics*, 28(6), p.361‑371.

Gonzales-Ferrer, A., Baizan, P. & Beauchemin, C., 2012. Child-Parent Separations among Senegalese Migrants to Europe : Migration Strategies or Cultural Arrangements ? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 643, p. 106-133.

Goodman, R., 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), p.581‑586.

Goodman, R., 2001. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), p.1337‑1345.

Goodman, R. *et al.*, 2000. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, p.534‑539.

Grange, D. *et al.*, 2013. *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*, Paris: Observatoire régional de la santé Ile-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut de prévrention et d'éducation pour la santé.

Grant, R. *et al.*, 2013. Twenty-Five Years of Child and Family Homelessness: Where Are We Now? *American Journal of Public Health*, 103(S2), p.e1‑e10.

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. *Preventive medicine*, 54(3-4), p.259‑265.

Guesdon, I. & Roelandt, J.-L., 1998. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. *L'information psychiatrique*, 74(4), p.343‑357.

Guignon, N. & Niel, X., 2003. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. *Etudes et Résultats*, (250), p.1‑12.

Guyavarch, E., 2011. La prise en charge par le 115 de Paris : de l'homme seul à la famille avec enfants. *Soins à domicile*, (22), p.24‑26.

Guyavarch, E. & Bouin, A., 2009. Les SDF ont aussi une famille ! In Journée scientifique de l'observatoire du Samusocial. Paris.

Guyavarch, E. & Le Méner, E., 2010. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Le magazine de la Feantsa*, (Automne), p.19‑21.

Guyavarch, E. & Le Méner, E., 2014. Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir. *Politiques sociales et familiales*, 115(1), p.80‑86.

Guyavarch, E., Le Méner, E. & Oppenchaim, N. 2014 (en cours d'évaluation). La difficile articulation entre les espaces du quotidien chez les enfants sans-logement. *Les annales de la recherche urbaine.*

Guyavarch, E. & Garcin, E., 2014. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. *Informations sociales*, 182(2), p.142‑149.

Haber, M.G. & Toro, P.A., 2004. Homelessness Among Families, Children and Adolescents : An Ecological-Developmental Perspective. *Clinical Child and Familiy Psychology Review*, 7(3), p.123‑164.

Hackett, M.L. *et al.*, 1996. Interventions for preventing depression after stroke. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Available at: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003689.pub3/abstract [Consulté le juin 3, 2014].

Hagberg, B. & Kyllerman, M., 1983. Epidemiology of mental retardation - A Swedish survey. *Brain and Development*, 5(5), p.441‑449.

Halfen, S., 2012. *Situation sanitaire et sociale des « Rroms migrants » en Ile-de-France*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

Halpenny, A.M., Keogh, A.F. & Gilligan, R., 2002. A Place for Children? Children in Families Living in Emergency Accommodation: The Perspectives of Children, Parents and Professionals. *Reports*. *Paper 14.*

Hamelin, A.-M., Beaudry, M. & Habicht, J.-P., 2002. Characterization of household food insecurity in Québec: food and feelings. *Social Science & Medicine*, 54(1), p.119‑132.

Haute Autorité de Santé (HAS), 2010. *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Argumentaire*, Paris: HAS.

Haute Autorité de Santé (HAS), 2011. *La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspectives d'évolution. Synthèse et recommandations*, Paris: HAS.

Heeren, M. *et al.*, 2014. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), p.818‑825.

Herpin, N. & Olier, L., 1996. Pauvreté des familles, pauvreté des enfants. *Insee Première*, (499), p.1-4.

Hogenmiller, J.R. *et al.*, 2007. Self-efficacy scale for Pap smear screening participation in sheltered women. *Nursing research*, 56(6), p.369-377.

Hoibian, S., 2012. Les catégories défavorisées de plus en plus sur le bord de la route des vacances, Note de synthèse, n°4, CREDOC.

Hopper, K., 1988. More than passing strange: homelessness and mental illness in New York City. *American Ethnologist*, 15(1), p.155‑167.

Houdré, C., Missègue, N. & Ponceau, J., 2013. Inégalité de niveau de vie et pauvreté. *Les revenus et le patrimoine des ménages*, Paris : INSEE, p.9-29.

Hudson, J.I. *et al.*, 2007. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National

Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), p.348‑358.

Husson, F., Josse, J. & Pages, J., 2010. *Principal component methods - hierarchical clustering - partitional clustering : why would we need to choose for visualizing data ?* Technical Report – Agrocampus. Applied Mathematics Department.

Hwang, S.W. *et al.*, 2010. Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *American Journal of Public Health*, 100(8), p.1454‑1461.

Hwang, S. & Hendersen, M., 2010. *Health Care Utilization in Homeless People: Translating Research into Policy and Practice*, Agency for Healthcare Research and Quality.

IAU Ile-de-France, 2012. *Accessibilité piétonne et cyclable aux stations. Démarche articulation/aménagement transport autour du prolongement de la ligne 11 du métro*. Etude de l'IAU Ile-de-France.

IAU Ile-de-France, 2013. *Atlas des Franciliens*, Paris: IAU Ile-de-France.

IGA / IGAS, 2004. *Analyses et propositions relatives à la prise en charge des familles déboutées du droit d'asile*, Paris: IGA/ IGAS.

IGAS, 2011. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan.

Insee Ile-de-France, 2007. *Regards sur... la santé des Franciliens.*

Jangal, C., 2012. *Analyse socio-spatiale de l'accès aux soins périnatals et infantiles des familles sans logement en région parisienne*, Mémoire de Master 2 en géographie, Nanterre: Université Paris Ouest La Défense / UPEC.

Jankel, S. & Levy-Vroelant, C., 2007. *Les meublés à Paris. Diagnostic et premier bilan du plan d'action engagé*, Paris: APUR.

Join-Lambert, M.-T. *et al.*, 2011. *Le mal-logement*, Paris: Conseil national de l'information statistique.

Jourdan, V., 2011. Les femmes immigrées signataires du CAI en 2009. *Infos migrations*, (22), p.1-8.

Ju Y.S. *et al.*, 2013. Sleep quality and preclinical alzheimer disease. *JAMA Neurology*, 70(5), p.587‑593.

Kanne, S.M. *et al.*, 2011. The Role of Adaptive Behavior in Autism Spectrum Disorders: Implications for Functional Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(8), p.1007‑1018.

Keogh, A.F., Halpenny, A.M. & Gilligan, R., 2006. Educational Issues for Children and Young People in Families Living in Emergency Accommodation - An Irish Perspective. *Children & Society*, 20(5), p.360‑375.

Keys, D., 2009. *Children and Homelessness. Literature review*, The Salvation Army Australia Southern Territory, Melbourne.

Kirkman, M. *et al.*, 2010. « Are we moving again this week? » Children's experiences of homelessness in Victoria, Australia. *Social Science & Medicine*, 70(7), p.994‑1001.

Kirkpatrick, S.I. & Tarasuk, V., 2008. Food Insecurity Is Associated with Nutrient Inadequacies among Canadian Adults and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, 138(3), p.604‑612.

Kirkpatrick, S.I. & Tarasuk, V., 2010. Assessing the relevance of neighbourhood

characteristics to the household food security of low-income Toronto families. *Public Health Nutrition*, 13(07), p.1139‑1148.

Koura, K.G., 2012. *Conséquences de l'anémie maternelle sur le jeune enfant de la naissance à 18 mois de vie*, Thèse de doctorat, spécialité épidémiologie, Paris: Université Pierre et Marie Curie.

Kovess, V. & Mangin-Lazarus, C.M., 1999. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(11), p.580‑587.

Kushel, M.B., Vittinghoff, E. & Haas, J.S., 2001. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 285(2), p.200–206.

Labeyrie, C. & Niel, X., 2004. La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. *Etudes et Résultats*, (313), p.1‑12.

Labrador, J., 2011. Huit enfants de familles pauvres sur dix vivent dans un logement surpeuplé. *Regards sur...les enfants de familles pauvres en Ile-de-France*, p.16‑20.

Laflamme, V., Marpsat, M. & Quaglia, M., 2009. *L'hôtel : un hébergement d'urgence devenu durable. Etude comparée des trajectoires des personnes logées dans les hôtels bon marché, Paris-Lille*, Paris: Ined.

Lamboy, B., Léon, C. & Guilbert, P., 2007. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(3), p.222‑227.

Laporte, A. *et al.*, 2005. *Féminité, Accès aux soins, Maternité et Risques vécus par les femmes en grande précarité*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris.

Laporte, A. *et al.*, 2007. *Survivre ou faire l'amour ? La pluralité des expériences affectives et sexuelles des personnes sans domicile fixe*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris / INPES.

Laporte, A. *et al.*, 2010. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Premiers résultats*, Paris: Observatoire du Samusocial de Paris, Inserm.

Lardanchet, G., 2014. Protéger les enfants des bidonvilles comme les autres. *Métropolitiques.org*. Available at: URL : http://www.metropolitiques.eu/Proteger-les-enfants-des.html

Lavallée, P., 1995. Pondération transversale des enquêtes longitudinales auprès des individus et des ménages à l'aide de la méthode du partage des poids. *Techniques d'enquête*, 21(1), p.27‑35.

Leconte, J.-Y. & Frassa, C.-A., 2012. *Rapport d'information sur la procédure de demande d'asile*, Sénat.

Lee, B.A. & Greif, M.J., 2008. Homelessness and hunger. *Journal of health and social behavior*, 49(1). P.3-19.

Legros, O., 2010a. Les « villages d'insertion » : un tournant dans les politiques en direction des migrants roms en région parisienne ? *Revue Asylon(s)*, (8).

Legros, O., 2010b. Les pouvoirs publics et les grands « bidonvilles roms » au nord de Paris (Aubervilliers, Saint-Denis, Saint-Ouen). *Revue électronique des sciences humaines et*

sociales. Available at: http://www.espacestemps.net/articles/les-pouvoirs-publics-et-les-grands-bidonvilles-roms-au-nord-de-paris-aubervilliers-saint-denis-saint-ouen/ [Consulté le juin 2, 2014].

Le Méner, E., 2013a. Quel toit pour les familles à la rue ? L'hébergement d'urgence en hôtel social. *Métropolitiques.org*. Available at: http://www.metropolitiques.eu/Quel-toit-pour-les-familles-a-la.html.

Le Méner, E., 2013b. L'hôtellerie sociale : un nouveau marché de la misère ? Le cas de l'Île-de-France. *Politiques sociales et familiales*, 114(1), p.7‑18.

Le Méner, E. *et al.*, 2013. *Enfances à l'hôtel. Une enquête exploratoire sur la vie quotidienne des enfants sans-logement*, Paris: ONED / Observatoire du Samusocial de Paris.

Le Méner, E. & Oppenchaim, N., 2012. The Temporary Accomodation of Homeless Families in Ile-de-France : Between Social Emergency and Immigration Management. *European Journal of Homelessness*, 6(1), p.83‑103.

Le Méner, E. & Oppenchaim, N., 2013. L'intérêt scientifique d'une démarche participative : le cas d'une enquête par questionnaire avec des personnes anciennement sans logement. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), p.89.

Le Méner, E. & Oppenchaim, N., 2014 (à par.). Les contreparties de l'attachement à l'école des familles sans-logement. *Métropolitiques.org*.

Lépine, J.-P. *et al.*, 2005. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*, 31(2), p.182‑194.

Leridon, H., 2010. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité? *Population et sociétés*, (471), p.1‑4.

Létard, V., Tourain, J.-L., 2013. *Rapport sur la réforme de l'asile*, Rapport pour le ministre de l'intérieur.

Levecque, K., Lodewyckx, I. & Vranken, J., 2007. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), p.229‑239.

Levy-Vroelant, C., 2000. *Logements de passage. Formes, normes, expériences*, Paris: éd. L'Harmattan.

Lewis, J.H., Andersen, R.M. & Gelberg, L., 2003. Health care for homeless women. *Journal of general internal medicine*, 18(11), p.921–928.

Lioret, S. *et al.*, 2006. Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(4), p.509‑516.

Lioret, S. *et al.*, 2009. Trends in Child Overweight Rates and Energy Intake in France From 1999 to 2007: Relationships With Socioeconomic Status. *Obesity*, 17(5), p.1092‑1100.

Ma, C.T., Gee, L. & Kushel, M.B., 2008. Associations Between Housing Instability and Food Insecurity With Health Care Access in Low-Income Children. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1), p.50‑57.

Mainaud, T., 2011. L'hébergement d'urgence en CHRS. Résultats de l'enquête ES 2008.

Etudes et Résultats, (777), p.1-6.

Marical, F. & Saint Pol, T. de, 2007. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. *Insee Première*, (1142), p.1-4.

Marpsat, M., 1999. Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se retrouves sans-abri. *Population*, 54(6), p.885‑932.

Marpsat, M. & Firdion, J.-M. éd., 2000. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*, Paris: PUF / INED.

Marpsat, M. & Groupe SML, 2009. *Les situations marginales par rapport au logement : méthodes et sources statistiques publiques. Rapport du groupe SML*, Paris: Direction des statistiques démographiques et sociales (INSEE).

Marpsat, M. & Peretti, G. de, 2009. Une personne sur vingt s'est retrouvée sans logement au cours de sa vie. *Insee Première*, (1225), p.1-4.

Marpsat, M. & Razafindratsima, N., 2010. Survey methodes for hard-to-reach populations : introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online*, 5(2), p.3‑16.

Martin-Fernandez, J. *et al.*, 2013. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. *BMC Public Health*, 13(1), p.486.

Martin-Fernandez, J. *et al.*, 2014. Food Insecurity, a Determinant of Obesity? - an Analysis from a Population-Based Survey in the Paris Metropolitan Area, 2010. *Obesity Facts*, 7(2), p.120‑129.

Mazuy, M., Prioux, F., Barbiéri, M., 2011. L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine. *Population*, 66 (3-4).

McCurdy, K. *et al.*, 2014. Associations between family food behaviors, maternal depression, and child weight among low-income children. *Appetite*, 79, p.97‑105.

McIntyre, L. *et al.*, 2002. Food insecurity of low-income lone mothers and their children in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 93(6), p.411‑5.

McLaren, L., 2007. Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), p.29‑48.

Médecins du Monde, 2013. L'accès aux soins des plus démunis en 2012. Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde.

Michelot, F. & Le Charpentier, M., 2007. Trajectoires d'hébergement au sein du dispositif 115 : une chronicisation de l'urgence ? In Journée scientifique de l'observatoire du Samusocial. Paris.

Moore, T. & McArthur, M., 2011. 'Good for Kids': Children Who have been Homeless talk about School. *Australian Journal of Education*, 55(2), p.147‑160.

Mougin, V., 2009. *Papa, maman, la rue et moi*, Paris: Editions Pascal Bachelet.

Mozziconacci, A., 2013. *Les familles migrantes hébergées à l'hôtel dans le cadre de l'urgence sociale en Ile-de-France. Configurations familiales et « réussite » scolaire des enfants dans un contexte de grande vulnérabilité sociale : le cas de familles hébergées dans un hôtel de la Petite Couronne*, Mémoire de Master 2 en sciences de l'éducation, Créteil: UPEC.

Nguyen-Luong, D., Courel, J. & Pretari, A., 2007. *Habiter ou travailler près d'une gare de banlieue*, IAURIF.

Nijhawan, A.E. *et al.*, 2010. Preventive healthcare for underserved women: results of a prison survey. *Journal of women's health (2002)*, 19(1), p.17‑22.

Noblet, P., 2000. L'Etat, les associations d'accueil et d'hébergement et les étrangers demandeurs d'asile ou sans-papiers. *Fondations*.

Nord, M. *et al.*, 2010. *Household Food Security in the United States, 2009. Measuring Food Security in the United States*, Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.

Nord, M., Andrews, M. & Carlson, S., 2007. *Household Food Security in the United States, 2006: Measuring Food Security in the United States*, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.

Observatoire du Samusocial de Paris, 2014. *La méthodologie de l'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement).*, Paris: IReSP / Observatoire du Samusocial de Paris.

Office of Nutrition Policy and Promotion, 2007. *Canadian Community Health Survey. Cycle 2.2, Nutrition (2004) : income-related household food security in Canada*, Ottawa: Health Canada.

Office of Nutrition Policy and Promotion, 2008. *Household Food Insecurity in Canada in 2007-2008: Key Statistics and Graphics*, Ottawa: Health Canada.

Ogden, C.L. *et al.*, 2014. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 311(8), p.806‑814.

Olds, T. *et al.*, 2011. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(5-6), p.342‑360.

OMS, 2000. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, World Health Organization.

OMS, 2001. *Iron deficiency anaemia : assessment, prevention, and control, a guide for programme managers*.

OMS, 2005. *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*.

OMS, 2011. *Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité. Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux.*

Oppenchaim, N., Pourette, D., Le Méner, E. & Laporte, A., 2010. Sexualité et relations affectives des personnes sans domicile fixe. Entre contraintes sociales et parcours biographiques. *Sociologie*, 1(3), p. 375-391.

Oppenchaim, N. & Vandentorren, S., 2011. Santé mentale des familles sans domicile, Communication au colloque « Santé mentale et addictions chez les personnes sans logement personnel », organisé par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'INSERM, Paris, octobre 2011.

Orozco, R. *et al.*, 2013. A cross-national study on prevalence of mental disorders, service use, and adequacy of treatment among Mexican and Mexican American populations. *American Journal of Public Health*, 103(9), p.1610‑1618.

ORS Île-de-France, 2014. *Les acteurs publics de la politique vaccinale en Ile-de-France*.

OVLEJ, 2013. Le départ en vacances des enfants et des adolescents aujourd'hui : progression des inégalités et resserrement autour de la famille. *Bulletin de l'Observatoire des vacances et des loisirs des enfants et des jeunes*, (41), p.1-12.

Pan Ké Shon, J.-L. & Scodellaro, C., 2011. *Discrimation au logement et ségragation ethno-raciale en France*, Paris: Ined.

Parizot, I. *et al.*, 2004. Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. In *Les Travaux de l'Observatoire 2003-2004*. Paris: La Documentation Française, p. 367‑412.

Peretti, G. de, 2006. Sans-domicile : une cible mouvante [Une typologie de l'histoire résidentielle des individus]. *Recherches et prévisions*, 85(1), p.39‑50.

Peretti, G. de & Castetbon, K., 2004. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. *Etudes et Résultats*, (283), p.1‑8.

Perrin-Heredia, A., 2009. Les logiques sociales de l'endettement : gestion des comptes domestiques en milieux populaires. *Sociétés contemporaines*, n° 76(4), p.95‑119.

Philippot, P. *et al.*, 2007. Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63(3), p.483‑503.

Pilon, M. & Vignikin, K., 2006. *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Paris: Editions des archives contemporaines.

Quinlivan, J.A. *et al.*, 2004. Abnormal pap smears in teenage mothers and the association with domestic violence, homelessness, and Chlamydia. *Journal of lower genital tract disease*, 8(2), p.112–117.

Radimer, K.L., 2002. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. *Public health nutrition*, 5(6A), p.859‑864.

Régnard, C. & Domergue, F., 2011. Les nouveaux migrants en 2009. *Infos migrations*, (19), p.1-16.

Regnier-Loilier, A. & Rohrbasser, J.-M., 2011. Y a-t-il une saison pour faire des enfants ? *Population et sociétés*, (474), p.1‑4.

Renahy, E. *et al.*, 2012. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS. *Actes du colloque renoncement aux soins*, p.41‑66.

Reijneveld, S.A., 1998. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5), p.298‑304.

Rico Berrocal, R., 2014 (à par.). *La grossesse hors dossiers. Suivi ethnographique de femmes enceintes en Seine-Saint-Denis*, Paris: ARS Ile-de-France / Observatoire du Samusocial de Paris.

Riemer, J.G., Cleve, L.V. & Galbraith, M., 1995. Barriers to Well Child Care for Homeless Children under Age 13. *Public Health Nursing*, 12(1), p.61 •66.

Riley, E.D. *et al.*, 2007. Housing Patterns and Correlates of Homelessness Differ by Gender among Individuals Using San Francisco Free Food Programs. *Journal of Urban Health*, 84(3), p.415‑422.

Ritsher, J.E.B. *et al.*, 2001. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *The British Journal of Psychiatry*, 178(40), p.s84 ‑s90.

Rog, D.J. & Buckner, J.C., 2007. *Homeless Children and Children*, National Symposium on Homelessness Research.

Rolland-Cachera, M.-F. *et al.*, 2002. Body mass index in 7-9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *International journal of obesity*, 26(12), p.1610‑1616.

Rondet, C. *et al.*, 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(1), p.e87046.

Ruel, M.T. *et al.*, 2010. The food, fuel, and financial crises affect the urban and rural poor disproportionately: a review of the evidence. *The Journal of Nutrition*, 140(1), p.170S‑6S.

Salanave, B. *et al.*, 2009. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(2), p.66‑72.

Samba, C. *et al.*, 2010. Assessment of vitamin A status of preschool children in a sub-Saharan African setting: comparative advantage of modified relative-dose response test. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(5), p.484‑493.

Samuels, J., Shinn, M. & Buckner, J.C., 2010. *Homeless Children : Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities*, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation / U.S. Departement of Health and Human Services.

Scheidegger, S. & Vilain, A., 2007. Disparités sociales et surveillance de grossesse. *Etudes et Résultats*, (552), p.1‑8.

Schofield, T.J. *et al.*, 2011. Intergenerational Transmission of Adaptive Functioning: A Test of the Interactionist Model of SES and Human Development. *Child Development*, 82(1), p.33‑47.

Seedat, S. & Stein, M.B., 2001. Post-traumatic stress disorder: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 3(4), p.288‑294.

Shinn, M. *et al.*, 1998. Predictors of homelessness among families in New York City: from shelter request to housing stability. *American Journal of Public Health*, 88(11), p.1651‑1657.

Shinn, M. *et al.*, 2008. Long-Term Associations of Homelessness With Children's Well-Being. *American Behavioral Scientist*, 51(6), p.789‑809.

Shinn, M.B., Rog, D. & Culhane, D., 2005. Family Homelessness: Background Research Findings and Policy Options. *Departmental Papers (SPP)*.

Shojaei, T. *et al.*, 2009a. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(9), p.740–747.

Shojaei T *et al.*, 2009b. Psychometric properties of the Dominic Interactive in a large French sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(11), p.767‑776.

Shrewsbury, V. & Wardle, J., 2008. Socioeconomic Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-sectional Studies 1990–2005. *Obesity*, 16(2), p.275‑284.

Smith, C. & Richards, R., 2008. Dietary intake, overweight status, and perceptions of food insecurity among homeless Minnesotan youth. *American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council*, 20(5), p.550‑563.

Snow, D.A., Baker, S.G. & Anderson, L., 1988. On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts. *Social Problems*, 35(2), p.192‑196.

Sobal, J., 1991. Obesity and socioeconomic status: A framework for examining relationships between physical and social variables. *Medical Anthropology*, 13(3), p.231‑247.

Soulié, C., 1997. Le classement des sans-abri. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 118(1), p.69‑80.

Soulié, C., 2000. Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris. In M. Marpsat & J.-M. Firdion, éd. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris: Ined / PUF, p. 211‑255.

Sparrow, S.S., 2011. Vineland Social Maturity Scales. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan, éd. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer New York, p.2621‑2622.

Sparrow, S. S., & Cicchetti, D. V.,1985. Diagnostic uses of the vineland adaptive behavior scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(2), p.215-225;

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A., 1989. The vineland adaptive behavior scales. *Major psychological assessment instruments*, 2, p.199-231.

Stoltzfus, R.J., 2001. Summary: Implications for Research and Programs. *The Journal of Nutrition*, 131(2), p.697S‑701S.

Tarasuk, V. *et al.*, 2009. Food deprivation is integral to the « hand to mouth » existence of homeless youths in Toronto. *Public health nutrition*, 12(9), p.1437‑1442.

Teruya, C. *et al.*, 2010. Health and health care disparities among homeless women. *Women & health*, 50(8), p.719‑736.

Thalineau, A., 2002. L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés. *Ethnologie française*, 37(2), p.41‑48.

Thiery, N., 2008. L'hébergement de femmes accompagnées d'enfants en CHRS : quelle incidence sur l'identité parentale ? *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, (n°5).

Tingay, R.S. *et al.*, 2003. Food insecurity and low income in an English inner city. *Journal of Public Health Medicine* , 25(2), p.156‑9.

Tischler, V. *et al.*, 2002. Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Archives of Disease in Childhood*, 86(3), p.158‑163.

Toma, S. & Vause, S., 2013. On Their Own? A Study of Independent Versus Partner-Related Migration from the Democratic Republic of the Congo and Senegal. *Journal of Intercultural Studies*, 34(5), p. 533-552.

Tucker, J.S. *et al.*, 2012. Understanding Pregnancy-Related Attitudes and Behaviors: A Mixed-Methods Study of Homeless Youth. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(4), p.252‑261.

Unesco, 2014. *Enseigner et apprendre : atteindre la qualité pour tous*, Paris: Unesco.

Unicef, 2012. *Mesurer la pauvreté des enfants. Nouveaux tableaux de classement de la pauvreté dans les pays riches*, UNICEF Innocenti Research Centre.

Unicef, 2013. *Female genital mutilation / cuting : a statistical overview and exploration of the dynamics of change*, Unicef.

Vallée, J. *et al.*, 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(5), p.838-852.

Vause, S., 2009. *Genre et migrations internationales sud-nord. Une synthèse de la littérature*, Louvain: Université Catholique de Louvain.

Vernay, M. *et al.*, 2009. Association of socioeconomic status with overall overweight and central obesity in men and women: the French Nutrition and Health Survey 2006. *BMC Public Health*, 9(1), p.215.

Victor, C.R. *et al.*, 1989. Use of hospital services by homeless families in an inner London health district. *BMJ : British Medical Journal*, 299(6701), p.725‑727.

Vilain, A., 2013. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. *Etudes et Résultats*, (843), p.1-6.

Vivas, E., 2009. 1,2 millions d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée. *Insee Première*, (1259), p.1-4.

Vostanis, P. *et al.*, 2001. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *The International journal of social psychiatry*, 47(4), p.30‑40.

Wallon, H., 2002. *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris: Armand Colin.

Weinreb, L., Goldberg, R. & Perloff, J., 1998. Health characteristics and medical service use patterns of sheltered homeless and low-income housed mothers. *Journal of general internal medicine*, 13(6), p.389‑397.

Wenzel, S.L. *et al.*, 2001. Homeless women's gynecological symptoms and use of medical care. *Journal of health care for the poor and underserved*, 12(3), p.323‑341.

Woitrain, E., 2008. L'hébergement d'urgence dans les CHRS. Résultats de l'enquête ES 2004. *Etudes et Résultats*, (620), p.1-8.

World health organisation europe, 2009. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region: meeting report*.

Wunderlich, G.S. & Norwood, J.L. éd., 2006. *Food Insecurity and Hunger in the United States: An Assessment of the Measure*, Washington DC: The National Academies Press.

Yaouancq, F. *et al.*, 2013. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes

d’hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Première*, (1455), p.1-4.

ANNEXES

Annexe 1. Liste des thèmes abordés dans les questionnaires

Le questionnaire principal posé aux parents

A. Caractéristiques sociodémographiques de la personne

B. La trajectoire migratoire

C. Le parcours résidentiel

D. La situation professionnelle et les ressources

E. Caractéristiques de la famille et des enfants vivant ou non au domicile

F. Santé générale et addictions

G. Accès et recours aux soins

H. Santé mentale et événements de vie difficiles

I. Réseau de sociabilité et loisirs

J. Le logement et le quartier de résidence

K. La mobilité quotidienne

L. L'alimentation du ménage

Le questionnaire posé aux parents sur l'enfant de 0-5 ans

A. Généralités

B. Histoire grossesse et périnatale

C. Santé générale, sommeil, santé respiratoire

D. Recours aux soins et accidents

E. Nutrition

F. Mobilité quotidienne

Le questionnaire posé aux parents sur l'enfant de 6-12 ans

A. Généralités

B. L’alimentation de l’enfant

C. La santé générale et respiratoire

D. Recours aux soins et accidents

E. L’activité physique de l’enfant

F. La scolarité de l’enfant et la gestion des devoirs

H. La vie quotidienne de l’enfant et sa manière d’habiter

I. Les vacances de l’enfant

Le questionnaire posé directement aux enfants 6-12 ans

A. L’école

B. Les copains, les copines

C. Les loisirs

D. Les devoirs

E. La vie dans l’hôtel, le centre, l’appartement

F. Les vacances et le non quotidien

G. La trajectoire résidentielle

H. Les soucis et les joies

Le questionnaire posé aux parents par l’infirmière

I. Poids et taille

J. Calendrier vaccinal

K. Mesures

L. Informations pour la prise en charge

M. Observations générales

Annexe 2. Liste des tableaux

Tableau 1. Langue de passation de l'enquête ENFAMS 54
Tableau 2. Nombre de structures accueillant des familles en Ile-de-France, selon le type. Recensement de novembre 2012. 56
Tableau 3. Questionnaires et outils utilisés dans l'enquête ENFAMS 71
Tableau 4. Taux de participation des différents types de structures 83
Tableau 5. Taux de participation des familles, selon les structures 83
Tableau 6. Les raisons évoquées par les familles du refus de participer à l'enquête 84
Tableau 7. Les durées de passation par les binômes enquêteurs/psychologues 85
Tableau 8. Type d'hébergement au moment de l'enquête 94
Tableau 9. Type d'habitation en fonction du type d'hébergement 94
Tableau 10 : Répartition des familles selon le type d'hébergement et la localisation 96
Tableau 11. Répartition des familles selon la situation administrative du répondant et le type d'hébergement 97
Tableau 12. Répartition des familles hébergées dans chaque département d'accueil, selon leur 115 d'origine 100
Tableau 13. Répartition des familles hébergées à l'hôtel par chaque 115 dans les différents départements 101
Tableau 14. Région de naissance du répondant 103
Tableau 15. Lieu de vie durant l'enfance, selon l'origine géographique (nés hors de France) 106
Tableau 16. Durée moyenne et médiane depuis l'arrivée en France, selon l'origine géographique 108
Tableau 17. Durée moyenne et médiane depuis l'arrivée en France, selon le statut administratif 110
Tableau 18. Motifs d'arrivée en France (plusieurs réponses possible) 115
Tableau 19. Motifs de migration (plusieurs motifs possibles) selon la région de naissance . 117
Tableau 20. Motifs de migration (plusieurs motifs possibles) selon le statut administratif... 118
Tableau 21. Situation financière des parents de l'enquêté durant l'enfance de celui-ci 121
Tableau 22. Part des enquêtés considérant que, durant leur enfance, leurs parents avaient assez ou beaucoup d'argent, selon leurs caractéristiques 121
Tableau 23 : Situation de l'enquêté avant l'arrivée en France 122
Tableau 24. Part des enquêtés occupant un emploi avant l'arrivée en France 123

Tableau 25. Equipement des chambres 125
Tableau 26. Equipement dans la chambre (fonctionnant correctement et fourni par l'hôtel), selon le type et la nature de l'établissement 127
Tableau 27. Lieu où le répondant cuisine le plus fréquemment, selon le type et la nature de l'établissement 128
Tableau 28. Relations avec les autres hébergés ou les voisins 130
Tableau 29. Relations avec les autres hébergés ou les voisins, selon le type d'habitation 131
Tableau 30. Problèmes rencontrés dans le mois précédent l'enquête (plusieurs problèmes possibles) 132
Tableau 31. Protection de l'intimité (nudité, toilette) vis-à-vis des enfants (plusieurs réponses possibles) 133
Tableau 32. Couchage des enfants (plusieurs réponses possible, à l'exclusion de la deuxième modalité) 134
Tableau 33. Lieu de couchage des enfants selon le type d'habitation (plusieurs réponses possible, à l'exclusion de la deuxième modalité) 135
Tableau 34. Ressenti des enquêtés vis-à-vis de leur quartier de résidence 136
Tableau 35. Satisfaction vis-à-vis du quartier, selon le département de résidence 137
Tableau 36. Sentiment vis-à-vis de l'expérience en France 139
Tableau 37. Part des familles bénéficiant d'un suivi par un assistant ou un travailleur social 141
Tableau 38. Lieu d'hébergement des familles demandeuses d'asile 142
Tableau 39. Participation financière à l'hébergement 143
Tableau 40. Part des familles participant financièrement à leur hébergement, selon le revenu par unité de consommation 144
Tableau 41. Part des familles participant financièrement à leur hébergement, selon le gestionnaire de l'hébergement 145
Tableau 42. Délai entre l'arrivée en France et la vie sans domicile 146
Tableau 43. Délai (en années) entre l'arrivée en France et la vie sans domicile, selon l'origine du répondant 147
Tableau 44. Lieu de vie, en France, avant le premier épisode sans domicile 148
Tableau 45. Lieu de vie en France, avant le premier épisode sans domicile, selon la région de naissance 149
Tableau 46. Circonstances ayant amené la famille à la rue, parmi les personnes ayant eu un lieu de vie en France avant leur premier épisode sans domicile 150

Tableau 47. Principales circonstances ayant amené l'enquêté à quitter son lieu de vie, parmi les personnes qui étaient hébergées chez un tiers et parmi celles ayant quitté un logement personnel 151
Tableau 48. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, par grandes catégories 152
Tableau 49. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, détail 153
Tableau 50. Lieu de vie au moment du premier épisode sans domicile, selon la présence ou non d'un enfant 154
Tableau 51. Expérience d'hébergement pendant le parcours, selon le type de structure d'accueil 155
Tableau 52. Durée de vie sans domicile des familles 156
Tableau 53. Répartition de la durée de vie sans domicile des familles, selon leur statut administratif au moment de l'enquête 158
Tableau 54. Nombre de déménagements, selon la durée de vie sans domicile 159
Tableau 55. Nombre moyen de déménagements par années et mois de présence 159
Tableau 56. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans la structure les hébergeant au bout de six mois et au bout d'un an 163
Tableau 57. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans l'hôtel au bout de six mois et au bout d'un an, selon le département d'accueil 165
Tableau 58. Récapitulatif de la part des familles encore présentes dans l'hôtel au bout de six mois et au bout d'un an, selon le 115 de prise en charge 166
Tableau 59. Situation matrimoniale des familles 168
Tableau 60. Situation matrimoniale selon le type d'hébergement et selon l'origine géographique 169
Tableau 61. Age de l'adulte enquêté, selon sa région de naissance 171
Tableau 62. Niveau de diplôme des répondants 171
Tableau 63. Niveau de diplôme selon l'origine géographique 172
Tableau 64. Situation face à l'emploi 174
Tableau 65. Situation face à l'emploi pour les enquêtés autorisés à travailler 175
Tableau 66. Type de contrat des personnes en situation d'emploi 175
Tableau 67. Revenus par famille 176
Tableau 68. Revenus par unité de consommation 177

Tableau 69. Revenu interquartile par unité de consommation (Q1, Q2, Q3), selon le statut administratif, la situation matrimoniale, la structure d'hébergement, le département de résidence et la région de naissance du répondant 180
Tableau 70. Type d'aide sociale perçue au cours des douze derniers mois (plusieurs réponses possibles)..... 181
Tableau 71. Familles n'ayant touché aucune aide sociale au cours des douze derniers mois, selon le statut administratif et le type de structure d'hébergement..... 182
Tableau 72. Nombre d'enfants des enquêtés..... 185
Tableau 73. Nombre d'enfants vivant avec l'enquêté, selon sa situation matrimoniale..... 186
Tableau 74. Part d'enfants nés en France, selon les caractéristiques du parent enquêté 189
Tableau 75. Part de familles ayant au moins un enfant né en France, selon les caractéristiques des parents..... 190
Tableau 76. Lieu de vie des enfants lorsqu'ils ne résident pas avec leur mère..... 192
Tableau 77. Probabilité pour les femmes d'avoir au moins un enfant qui vit ailleurs..... 193
Tableau 78. Envoi d'argent « au pays » par les femmes qui ne sont pas nées en France 195
Tableau 79. Age à la première grossesse des femmes 195
Tableau 80. Grossesses des femmes, selon le nombre et l'issue..... 197
Tableau 81. Nombre moyen de grossesses et d'enfants des femmes, selon leur région de naissance 199
Tableau 82. Part de femmes concernées par un événement génésique spécifique, selon leur continent de naissance..... 200
Tableau 83. Méthodes contraceptives utilisées par les femmes..... 201
Tableau 84. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon le groupe d'âge et l'enquête (ENFAMS et FECOND) 203
Tableau 85. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon leur continent de naissance 204
Tableau 86. Part de non utilisatrices de la contraception parmi les femmes considérées sexuellement actives (en couple ou avec un conjoint/petit ami résidant en France), selon le département de résidence au moment de l'enquête 205
Tableau 87. Lieu de naissance des enfants et des parents interrogés..... 212
Tableau 88. La taille des fratries des enfants de 6 à 12 ans (enfants co-résidents)..... 213
Tableau 89. Les établissements où vivent les enfants de 6 à 12 ans..... 214

Tableau 90. L'instabilité résidentielle des familles durant les douze derniers mois selon la présence d'un enfant âgé de 6 à 12 ans 220
Tableau 91. Proportion d'enfants ayant reçu une visite d'enfants extérieurs à leur structure durant les douze derniers mois, selon le type d'hébergement 222
Tableau 92. Proportion d'enfants ayant reçu des copains chez eux au cours du dernier mois, selon le type d'hébergement 223
Tableau 93. Perception du personnel de la structure, selon l'instabilité résidentielle durant les douze derniers mois 224
Tableau 94. Proportion d'enfants déclarant voir des copains en dehors de l'école, selon l'instabilité résidentielle durant les douze derniers mois 226
Tableau 95. Etat de santé générale, physique et émotionnelle perçue 239
Tableau 96. Description des personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé physique comparativement à celles déclarant un moyen, bon ou très bon état de santé 241
Tableau 97. Description des personnes déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé psychique comparativement à celles déclarant un moyen, bon ou très bon état de santé 242
Tableau 98. Problèmes de santé déclarés 244
Tableau 99. Nombre d'heures de sommeil, la nuit, pour le répondant 245
Tableau 100. Insécurité alimentaire en fonction des revenus et des aides financières 255
Tableau 101. Insécurité alimentaire selon la composition du ménage 256
Tableau 102. Insécurité alimentaire selon l'origine géographique, la durée de vie en France et le statut administratif 257
Tableau 103. Insécurité alimentaire selon les caractéristiques d'hébergement 260
Tableau 104. Insécurité alimentaire selon le parcours sans domicile 262
Tableau 105. Insécurité alimentaire selon le lieu où cuisine la famille 265
Tableau 106. Insécurité alimentaire des enfants, selon le nombre d'enfants dans le ménage 266
Tableau 107. Insécurité alimentaire des enfants, selon les revenus et les aides perçues 267
Tableau 108. Insécurité alimentaire des enfants, selon le statut administratif, la durée de vie en France et la maîtrise du français des parents 269
Tableau 109. Insécurité alimentaire des enfants, selon les conditions d'hébergement 270
Tableau 110. Taux d'hémoglobine pour diagnostiquer l'anémie (dg/l) 272
Tableau 111. Répartition par âge et sexe des enfants rencontrés par les infirmières 273
Tableau 112. Sévérité de l'anémie chez toutes les mères*. 274
Tableau 113. Sévérité de l'anémie chez les enfants de 1 an et plus 275

Tableau 114. Anémie de l'enfant selon l'anémie de la mère 275
Tableau 115. Prévalence de l'anémie chez les mères, selon le département d'enquête 277
Tableau 116. Prévalence de l'anémie chez les mères, selon la région de naissance..... 278
Tableau 117. Prévalences de l'anémie chez les enfants de 1 an et plus selon leur classe d'âge 279
Tableau 118. Indice de masse corporelle (IMC) et obésité selon la définition de l'OMS 281
Tableau 119. Prévalences de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les mères 282
Tableau 120. Prévalences de la maigreur, du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 2 à 13 ans 282
Tableau 121. Prévalences de la maigreur/normalité et du surpoids/obésité en fonction de l'âge chez les enfants de 2 à 13 ans 283
Tableau 122. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les femmes à partir d'autres enquêtes nationales 283
Tableau 123. Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les enfants à partir d'autres enquêtes nationales (définition IOTF) 285
Tableau 124. Statut pondéral des mères, selon le niveau de diplôme 286
Tableau 125. Caractéristiques des enfants de 2 à 13 ans selon leur statut pondéral 288
Tableau 126. Caractéristiques des femmes déprimées 297
Tableau 127. Comparaison des classes du SDQ entre la population ENFAMS et la population générale en France en 2008 (Shojaei, 2009a) 302
Tableau 128. Comparaison des moyennes du SDQ entre la population ENFAMS et la population générale en France en 2008 (Shojaei, 2009a) 302
Tableau 129. Scores SDQ des enfants, selon la maîtrise du français par le parent répondant 303
Tableau 130. Scores SDQ selon les caractéristiques de la santé de la mère de l'enfant 304
Tableau 131. Scores SDQ selon les caractéristiques de la santé de l'enfant 305
Tableau 132. Scores SDQ selon la perception de l'habitation par l'enfant 305
Tableau 133. Scores SDQ selon le ressenti de l'enfant vis-à-vis de l'école et son statut de témoin 306
Tableau 134. Couvertures maladie et complémentaire santé parmi la population interrogée 308
Tableau 135. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin au cours des douze derniers mois 311

Tableau 136. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année. 312
Tableau 137. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins gynécologique chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année. 313
Tableau 138. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année. 315
Tableau 139. Comparaison des caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne chez les personnes sans logement ayant eu recours et celles n'ayant pas eu recours à un médecin dans l'année. 316
Tableau 140. Raisons du renoncement à un soin au cours des douze derniers mois (plusieurs réponses possibles) 319
Tableau 141. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois. 320
Tableau 142. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois. 321
Tableau 143. Comparaison des caractéristiques relatives à la santé des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois. 322
Tableau 144. Comparaison des caractéristiques relatives aux évènements de vie difficiles et aux addictions chez les personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois. 323
Tableau 145. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social des personnes sans logement ayant renoncé à un soin et celles n'ayant pas renoncé à un soin au cours des douze derniers mois. 324
Tableau 146. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein. 329

Tableau 147. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus. 329
Tableau 148. Comparaison des caractéristiques relatives à l'hébergement des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus 331
Tableau 149. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein 331
Tableau 150. Comparaison des caractéristiques relatives à la couverture maladie et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus 332
Tableau 151. Comparaison des caractéristiques relatives aux événements de vie difficiles et au recours aux soins des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer du sein 333
Tableau 152. Comparaison des caractéristiques relatives au réseau social des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus. 335
Tableau 153. Comparaison des caractéristiques relatives à la mobilité quotidienne des femmes sans logement ayant déjà été dépistées et de celles n'ayant pas été dépistées pour le cancer de l'utérus. 336
Tableau 154. Type d'hébergement des femmes avant et après leur accouchement. 342
Tableau 155. Département d'hébergement des femmes enceintes 342
Tableau 156. Structures d'hébergement des femmes enceintes 343
Tableau 157. Caractéristiques des femmes enceintes 343
Tableau 158. Suivi des femmes enceintes 345
Tableau 159. Pays de naissance, temps de présence sur le territoire français, durée de vie sans domicile et nombre de déménagements des femmes enceintes 346
Tableau 160. Nombre de grossesses, de personnes dans le ménage et situation matrimoniale des femmes enceintes 347
Tableau 161. Revenus mensuels du ménage des femmes enceintes, en euros 347
Tableau 162. Insécurité alimentaire des femmes enceintes 348
Tableau 163. Dépression chez les femmes enceintes 348
Tableau 164. L'anémie chez les femmes enceintes 348

Tableau 165. Prévalences de l'anémie chez les enfants de moins 1 an 349
Tableau 166. Les différents types de soins pour les enfants 353
Tableau 167. Les revenus des familles selon les formes de leur recours aux soins..... 354
Tableau 168. Type de recours selon la couverture maladie du parent enquêté..... 356
Tableau 169. Type de recours selon la couverture complémentaire santé..... 357
Tableau 170. Types de recours selon le pays de naissance du parent enquêté 358
Tableau 171. Temps de présence en France des familles selon les formes de leur recours aux soins 359
Tableau 172. Types de recours selon l'âge des enfants..... 359
Tableau 173. Type de recours selon la zone d'hébergement de l'enfant 361
Tableau 174. Type de recours selon le département d'hébergement de l'enfant 362
Tableau 175. La perception de l'offre de soins et de transports dans le quartier, selon les formes de leur recours aux soins..... 363
Tableau 176. Types de recours selon la structure d'hébergement de l'enfant 364
Tableau 177. La mobilité des familles selon les formes du recours 366
Tableau 178. Nombre d'enfants situés dans les différents seuils de distance d'une PMI..... 374
Tableau 179. Part des enfants âgés de 0 à 5 ans consultants en PMI au sein de leur commune/ de leur département, selon la localisation de leur hébergement 379
Tableau 180. Les départements de recours aux soins en centre de PMI selon le département d'hébergement 380
Tableau 181. Les lieux de recours aux centres de PMI selon la structure d'hébergement 382
Tableau 182. Le recours départemental et communal selon la distance (en mètres) par rapport centre de PMI le plus proche 383
Tableau 183. Comparaison des 4 groupes à partir des variables principales de la mobilité.. 397
Tableau 184. Comparaison des 4 groupes à partir des variables socio-économiques, démographiques et sanitaires. 399
Tableau 185. Classification géographiques retrouvées dans ENFAMS, *versus* Elipa..... 436

Annexe 3. Liste des figures

Figure 1. Département d'accueil pour l'hébergement des familles sans logement..... 96
Figure 2. Répartition cumulée des durées de présence en France des enquêtés 109
Figure 3. Situation face à l'emploi pour les parents de l'enquêté, lorsque celui-ci avait 12 ans 119
Figure 4. Part des mères et des pères ayant un travail lorsque l'enquêté avait 12 ans..... 120
Figure 5. Répartition de la durée de vie sans domicile personnel..... 157
Figure 6. Part des familles maintenues dans le premier hébergement, sans déménagement, selon le type de structure et la durée 161
Figure 7. Part des familles maintenues dans l'hébergement, sans déménagement, quel que soit le rang, selon le type de structure et la durée 163
Figure 8. Part des familles maintenues à l'hôtel, sans déménagement, selon le département d'accueil et la durée 164
Figure 9. Part des familles maintenues à l'hôtel, sans déménagement, selon le 115 de prise en charge et la durée 166
Figure 10. Pyramides des âges des enfants mineurs, selon leur structure d'hébergement..... 188
Figure 11. Prévalences d'insécurité alimentaire pondérées 251
Figure 12. Insécurité alimentaire en fonction des revenus et des aides financières..... 254
Figure 13. Insécurité alimentaire selon la durée de vie en France 259
Figure 14. Insécurité alimentaire selon la durée de vie sans domicile..... 264
Figure 15. Type de dernière consultation médicale dans les douze derniers mois 310
Figure 16. Type de soin auquel le répondant déclare avoir renoncé..... 319
Figure 17. Distribution du délai depuis la dernière mammographie réalisée..... 327
Figure 18. Distribution du délai depuis le dernier frottis réalisé..... 328
Figure 19. Fréquentation des professionnels de santé au cours des douze derniers mois..... 352
Figure 20. Répartition des enfants âgés de 0 à 5 ans dans les différents seuils de distance (en mètre) selon leur département d'hébergement..... 375
Figure 21. Répartition des enfants âgés de 0 à 5 ans dans les différents seuils de distance (en mètres) par type de structures d'hébergement 376
Figure 22. Représentation des quatre groupes de familles..... 393

Annexe 4. Liste des cartes

Carte 1. Répartition des structures d'hébergement accueillant les familles en Ile-de-France (novembre 2012) 60
Carte 2. Répartition des structures d'hébergement tirées au sort et enquêtées entre janvier et mai 2013 61
Carte 3. Répartition des répondants en fonction de leur pays de naissance 104
Carte 4. Durée moyenne depuis l'arrivée en France, selon le pays de naissance 112
Carte 5. Répartition des structures d'hébergement selon leur accessibilité au centre de PMI le plus proche 372
Carte 6. Les communes de soins des enfants enquêtés âgés de 0 à 5 ans 378

Annexe 5. Liste des encadrés

Encadré 1. Le projet de recherche ENFAMS 43
Encadré 2. Des estimations à prendre avec précaution 91
Encadré 3. Les troubles de la santé mentale 292

Annexe 6. Liste des pays par régions

Construction de la variable « zone géographique »

A plusieurs endroits des questionnaires, nous demandons des informations géographiques aux personnes interrogées, notamment leur pays de naissance, celui de leur conjoint ou du père de leurs enfants, ou les pays dans lesquels elles ont vécu. Le nombre de répondants, conjugué à la multiplicité des pays déclarés, notamment des pays de naissance, nous oblige à procéder à des regroupements de pays en zones géographiques.

Plusieurs enquêtes ont été consultées et nous nous calquerons sur l'enquête Elipa. Cette enquête, menée sous l'égide du ministère de l'intérieur, porte sur l'intégration des « primo-arrivants », entendus précisément comme les titulaires d'un premier titre de séjour permanent, signataires d'un contrat d'accueil et d'intégration. L'enquête a interrogé, en 2010, un échantillon aléatoire de 6107 migrants adultes, parmi les nouveaux migrants recensés entre septembre 2009 et février 2010.

Pour ENFAMS, l'enquête Elipa présente deux avantages relatifs par rapport aux autres enquêtes sur les migrants. Elle interroge des migrants, peu importe leur lieu d'habitation (dans l'enquête Te0[149], par exemple, ne sont interrogés que des personnes vivant dans un logement personnel). Les migrants hébergés par un tiers ou une association sont donc pris en compte. D'autre part, l'enquête a été conduite en quatorze langues et permet donc de considérer un spectre élargi de migrations.

Dans Elipa, sept zones géographiques sont distinguées : Amérique et Océanie ; Afrique subsaharienne ; Maghreb ; autre Afrique ; Asie ; Europe et CEI, DOM/COM, qui correspondent à ces définitions. D'après Régnard et Domergue, 2011 : « Les pays tiers se distinguent de l'Espace économique européen et de la Suisse en raison de régimes juridiques différents concernant l'entrée et le séjour des étrangers.

L'*Espace économique européen* (EEE) regroupe l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne (UE 28) et les trois pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE) : Islande, Liechtenstein et Norvège.

L'Europe, telle que présentée dans les tableaux ici est donc hors EEE et Suisse.

[149] TeO pour « Trajectoires et Origines » est une enquête réalisée conjointement par l'Ined et l'Insee auprès de 22 000 personnes en France métropolitaine, interrogées entre septembre 2008 et février 2009.

Telle que publiée par l'organisation internationale de normalisation (ISO, liste de pays établie par les Nations-Unies), la *Turquie* est classée en *Asie*.

L'*Afrique subsaharienne* s'entend ici comme les pays anciennement sous administration française à savoir le Bénin, le Burkina-Faso, le Cameroun, la Centrafrique, les Comores, la République démocratique du Congo, la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Gabon, la République de Guinée, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et la Gambie, le Tchad et le Togo.

La *Communauté des Etats indépendants* (CEI) se compose pour la partie européenne de la Biélorussie, la Fédération de Russie, la Moldavie et l'Ukraine et pour la partie transcaucasienne et asiatique de l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie (en Transcaucasie), le Kazakhstan, le Kirghizstan, le Tadjikistan et le Turkménistan (en Asie centrale). »

Un regroupement s'est avéré problématique pour ENFAMS : Europe et CEI. Dans Elipa, il est justifié par le faible effectif des Européens (hors UE et AELE). Dans ENFAMS, nous distinguerons les deux.

Nous nous sommes largement appuyés sur ce découpage, tout en isolant le Proche et le Moyen Orient de la classe « Asie » de l'enquête Elipa. Dans la catégorie Proche et Moyen Orient, nous regroupons alors : l'Arabie Saoudite, le Bahreïn, l'Egypte, les Emirats Arabes Unis, l'Iran, le Liban, la Syrie et la Turquie.

Enfin, quelques classes apparaissent dans l'enquête ENFAMS, qui correspondent à des populations hors champs d'Elipa : la France, et l'Union Européenne (UE 28).

Le tableau suivant récapitule les classes utilisées dans l'enquête ENFAMS, comparées à l'enquête Elipa.

Tableau 185. Classification géographiques retrouvées dans ENFAMS, *versus* Elipa

Enquête ENFAMS, 2013	Enquête ELIPA, 2010
France dont DOM/TOM	Absent
UE	Absent
Europe (hors UE) CEI	Europe et CEI
Amérique et Océanie	Amérique et Océanie
Maghreb	Maghreb
Proche et moyen orient	Asie

Liste des pays cités dans l'enquête, par zone :

Afrique Subsaharienne

Bénin	BJ
Burkina Faso	BF
Cameroun	CM
Comores	KM
Congo (Brazzaville) - Ex Zaïre	CG
Côte d'Ivoire	CI
Gabon	GA
Guinée Conakry	GN
Mali	ML
Mauritanie	MR
Niger	NE
République centrafricaine	CF
Sénégal	SN
Togo	TG

Maghreb

Algérie	DZ
Maroc	MA
Tunisie	TN

Autre Afrique

Afrique du Sud	ZA
Angola	AO
Burundi	BI
Cap Vert	CV
Ethiopie	ET
Gambie	GM
Ghana	GH
Guinée Bissau	GW
Guinée Equatoriale	GQ
Kenya	KE
Libéria	LR

Libye	LY
Madagascar	MG
Namibie	NA
Nigeria	NG
Ouganda	UG
République démocratique du Congo (Kinshasa)	CD
Rwanda	RW
Sahara Occidental	EH
Sao Tome	ST
Sierra Leone	SL
Somalie	SO
Soudan	SD
Tchad	TD
Zanzibar	TZ

Proche et Moyen Orient

Arabie Saoudite	SA
Bahreïn	BH
Egypte	EG
Emirats Arabes Unis	AE
Iran	IR
Jordanie	JO
Liban	LB
Syrie	SY
Turquie	TR

Communauté des Etats Indépendants (CEI)

Abkhazie	AB
Arménie	AM
Azerbaïdjan	AZ
Biélorussie	BY
Daghestan (fédération de Russie)	RU
Géorgie	GE
Ingouchie (fédération de Russie)	RU
Kabardino Balkarie (fédération de Russie)	RU

Kazakhstan	KZ
Kirghizistan	KG
Russie	RU
Tchétchénie (fédération de Russie)	RU
Transnistrie (Ukraine)	UA
Turkménistan	TM
Ukraine	UA

Union Européenne (UE)

Allemagne	DE
Angleterre	GB
Autriche	AT
Belgique	BE
Bulgarie	BG
Danemark	DK
Espagne	ES
Finlande	FI
France	FR
Grèce	GR
Guadeloupe	GP
Guyane française	GF
Hongrie	HU
Ile Maurice	MU
Irlande	IE
Italie	IT
Lituanie	LT
Martinique	MQ
Mayotte	YT
Norvège	NO
Pays Bas	NL
Pologne	PL
Portugal	PT
Roumanie	RO
Slovaquie	SK
Suède	SE

Autre Europe

Albanie	AL
Kosovo	XZ
Moldavie	MD
Serbie	RS
Suisse	CH

Asie

Afghanistan	AF
Bangladesh	BD
Bhoutan	BT
Chine	CN
Inde	IN
Japon	JP
Malaisie	MY
Mongolie	MN
Népal	NP
Pakistan	PK
Philippines	PH
République de Corée (Corée du Sud)	KR
Sri Lanka	LK
Thaïlande	TH

Amérique et Océanie

Colombie	CO
Equateur	EC
Etats Unis	US
Guyana	GY
Haïti	HT
Mexique	MX
Pérou	PE

Annexe 7. SDQ

Echelle des troubles émotionnels	Pas vrai	Parfois un peu vrai	Très vrai
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausée	0	1	2
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	0	1	2
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	0	1	2
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	0	1	2
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	0	1	2

Echelles de troubles comportementaux	Pas vrai	Parfois un peu vrai	Très vrai
Fait souvent des crises de colères, ou s'emporte facilement	0	1	2
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	2	1	0
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	0	1	2
Ment ou triche souvent	0	1	2
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	0	1	2

Echelle d'inattention/hyperactivité	Pas vrai	Parfois un peu vrai	Très vrai
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	0	1	2
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	0	1	2
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	0	1	2
Réfléchit avant d'agir	2	1	0
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	2	1	0

Echelle de troubles relationnels avec les pairs	Pas vrai	Parfois un peu vrai	Très vrai
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	0	1	2
A au moins un(e) ami(e)	2	1	0

Généralement aimé(e) des autres enfants	2	1	0
Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par les autres enfants	0	1	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	0	1	2

Echelle prosocial	**Pas vrai**	**Parfois un peu vrai**	**Très vrai**
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	0	1	2
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets…)	0	1	2
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	0	1	2
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	0	1	2
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, enfants)	0	1	2

Les familles – des ménages composés d'enfants avec leur(s) parent(s) – constituent une part croissante de la population sans domicile. L'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement) est la première, en France, à porter spécifiquement sur cette population.

Dans une perspective de sciences sociales et d'épidémiologie, elle vise à décrire les trajectoires, les conditions de vie et l'état de santé des familles, ainsi qu'à estimer la taille de la population à un moment donné.

Au premier semestre 2013, 801 familles ont ainsi été interrogées, en Ile-de-France. Elles étaient alors hébergées en centre d'hébergement d'urgence, en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, en hôtel social, ou en centre d'accueil pour demandeurs d'asile. Pour participer à l'enquête elles devaient comprendre au moins un enfant de moins de treize ans, et parler une des 17 langues de l'étude.

Chaque famille éligible, consentant à participer à l'étude, a été rencontrée à deux reprises, au sein de sa structure d'hébergement. Dans un premier temps, un binôme d'enquêteurs (dont un psychologue) a interrogé un des parents et, le cas échéant, un enfant, et réalisé un test psychométrique. Dans un second temps, des mesures anthropométriques et des prélèvements ont été faits par une infirmière. Ce rapport présente les premières analyses issues de ces données.

Il apparaît d'abord que les familles entrent dans le système d'hébergement après un parcours personnel et résidentiel heurté, à l'issue duquel elles paraissent avoir épuisé différentes formes d'accueil – limitées notamment par une grande précarité administrative. Elles se retrouvent alors vulnérables à différents titres. Entre autres indicateurs, une pauvreté et une insécurité alimentaire généralisées traduisent le fort dénuement matériel dans lequel sont plongés ces ménages. Les familles sont en outre exposées à une forte mobilité résidentielle, souvent imposée et non préparée, qui complique considérablement leur accès aux institutions, aux services sociaux, à l'école, ou encore à la santé. Les indicateurs de santé retenus sont d'ailleurs alarmants, que l'on s'intéresse à la santé physique, à la santé mentale ou encore au recours aux soins. La situation des enfants, notamment, est particulièrement préoccupante.

Ces premières analyses dressent donc un tableau assez sombre, qui appelle des réformes claires du système d'hébergement, au premier rang desquelles figure la limitation de l'instabilité résidentielle.