Comprendre le parcours de soins des enfants sans logement sous le prisme de leur parcours résidentiel

Understanding the health care pattern of homeless children through their residential journey

Candy Jangal

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/popvuln/1340>

DOI : 10.4000/popvuln.1340

ISSN : 2650-7684

Éditeur

LIR3S - Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche "Sociétés Sensibilités Soin" (UMR 7366 CNRS-uB)

Référence électronique

Candy Jangal, « Comprendre le parcours de soins des enfants sans logement sous le prisme de leur parcours résidentiel », *Populations vulnérables* [En ligne], 7 | 2021, mis en ligne le 01 décembre 2021, consulté le 26 février 2022. URL : <http://journals.openedition.org/popvuln/1340> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/popvuln.1340>

Ce document a été généré automatiquement le 26 février 2022.

Les contenus de la revue *Populations vulnérables* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution 4.0 International

Comprendre le parcours de soins des enfants sans logement sous le prisme de leur parcours résidentiel

Understanding the health care pattern of homeless children through their residential journey

Candy Jangal

I. Introduction

- 1 Depuis la fin des années 1990, le profil des sans domicile, défini par l'INSEE comme toute personne ayant, la nuit précédente, eu recours à un service d'hébergement, dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans une halte de nuit offrant un abri, a évolué en Île-de-France. Les services d'aide aux sans domicile signalent ainsi la présence croissante dans leur public de familles, c'est-à-dire d'adultes accompagnés d'enfants (Le Méner et Guyavarch, 2014 ; Mordier, 2016), ce que confirment les données du 115 de Paris¹. En 1999, 12 % des appels étaient réalisés par des familles contre 65 % en 2012 (Le Méner et Guyavarch, 2014). L'enquête Sans Domicile (SD 2012) révèle également que dans l'agglomération parisienne, 29 % des adultes sont accompagnés d'enfants, en particulier des femmes (56 %) et des étrangers (Pierre-Marie *et al.*, 2014).
- 2 L'enquête ENfants et FAMilles Sans logement en Île-de-France (ENFAMS, 2013) décrit le profil sociodémographique de ces familles. Contrairement aux sans domicile sans enfants, les femmes sont très représentées au sein de ces familles, dont la moitié sont monoparentales, avec pour 90 % d'entre elles, une femme à leur tête (Guyavarch *et al.*, 2014). Par ailleurs, 92 % des adultes en famille sont étrangers, majoritairement francophones et originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb (Guyavarch *et al.*, 2014). Une partie d'entre eux maîtrise peu la langue française et est issue de la communauté des États indépendants (CEI), soit des pays appartenant à l'ancienne union soviétique (Guyavarch *et al.*, 2014).

- 3 Ces familles sont massivement hébergées en hôtel social qui ne garantit pas la stabilité du séjour. Or, les enfants qui les accompagnent sont principalement âgés de moins de cinq ans (Guyavarch et Garcin, 2014). À cet âge, leur suivi de soins doit être régulier afin de prévenir les maladies infantiles, mais il pourrait être bouleversé par l'instabilité de l'hébergement hôtelier. Cet article interroge l'impact du parcours résidentiel sur le recours aux soins de l'enfant âgé de moins de six ans à partir d'une recherche qualitative menée dans le cadre de l'enquête ENFAMS de 2013 à 2016. Dans un premier temps, une revue de la littérature montrera l'intérêt d'associer l'analyse du parcours de soins à celui du parcours résidentiel. La méthodologie sera ensuite présentée et définira le cadre théorique mobilisé pour penser les interrelations entre ces deux types de parcours. Une troisième partie décrira ces parcours en insistant sur leurs événements majeurs, ce qui permettra enfin d'analyser leurs relations en ciblant des événements de soins révélateurs de bouleversements dans le parcours de l'enfant.

II. Parcours résidentiels et de soins des familles sans logement dans la littérature en sciences sociales

1) Instabilités des parcours résidentiels

- 4 Les recherches portant sur les sans domicile montrent que le système d'hébergement se caractérise par sa hiérarchisation et les ruptures qu'il occasionne dans les parcours (Brousse, 2006 ; Loison-Leruste et Perrier, 2019). Il est structuré autour de plusieurs missions allant de l'urgence (mise à l'abri avec parfois un suivi social de courte durée) à l'insertion (hébergement et accompagnement social de longue durée, puis sortie vers le logement). Chacune propose des formes d'hébergement variées, plus ou moins stables et confortables. Cette hiérarchisation est comparée à un escalier dont la direction n'est pas nécessairement ascendante, car l'entrée dans l'insertion ne préserve pas d'une rechute vers l'urgence (Sahlin, 2005). Néanmoins, Loison-Leruste et Perrier (2019) démontrent que la présence d'enfants favorise une prise en charge au sein d'hébergements favorisant la stabilité.
- 5 Affilié à l'urgence, l'hôtel social assure un hébergement sec, c'est-à-dire sans suivi social. Il est devenu une variable d'ajustement en raison de la pénurie des places en centre d'hébergement (Le Méner et Oppenchaim, 2012). En Île-de-France, le Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH) est une plateforme chargée de réserver des nuitées hôtelières pour les acteurs de l'hébergement francilien comme le 115 ou encore les associations chargées des demandeurs d'asile, telle que la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (CAFDA), principale interlocutrice des familles demandeuses d'asile en Île-de-France (Le Méner et Oppenchaim, 2012). Très sollicité, le dispositif hôtelier est depuis quelques années saturé.
- 6 Les enquêtes ENFAMS et SD 2012² mettent en évidence la part de l'hébergement hôtelier dans le parcours résidentiel des familles. Au total, 76 % des familles occupent une chambre d'hôtel social, contre 14 % en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (Guyavarch *et al.*, 2014). En Île-de-France, 68 % des hébergements hôteliers sont attribués aux familles majoritairement étrangères (Pierre-Marie *et al.*, 2014). La saturation des centres d'hébergement, couplée à la mobilisation d'un dispositif hôtelier engorgé, expliquent le nombre de déménagements qui affecte le

parcours résidentiel des familles. L'étude du maintien dans l'hébergement, soit la probabilité de ne pas déménager, révèle qu'après un an de prise en charge à l'hôtel, seules 20 % des familles restent hébergées au sein du même établissement. Tous modes d'hébergement confondus, elles déménagent 2,2 fois en moyenne sur une année. Le profil administratif est associé à l'instabilité résidentielle : d'après l'enquête SD 2012, 29 % des familles avec des parents nés à l'étranger vivent dans un logement stable fourni par une association contre 84 % des familles avec des parents nés en France (Yaouancq *et al.*, 2013).

- 7 Les déménagements introduisent parfois le passage vers un autre type d'hébergement. L'enquête ENFAMS indique que les familles sans logement connaissent principalement l'hôtel sur l'ensemble de leur parcours résidentiel, mais elles peuvent également être hébergées en centre, ou vivre des épisodes de rue ou d'hébergement chez un tiers (Guyavarch *et al.*, 2014). Ces transitions dégradent les conditions de vie en cas de passage du centre vers l'hôtel, confirmant la critique de Salhin (2005). En particulier dans le dispositif hôtelier, les déménagements entraînent parfois un changement de commune ou de département. Si les familles sont préservées des situations de rue, qu'elles ne connaissent pas ou peu, le statut de mère et la présence d'enfants les préservant de cette situation (Loison-Leruste et Perrier, 2019), la saturation du dispositif empêche le PHRH de sélectionner une chambre qui soit proche du suivi social et sanitaire de la famille ou des lieux de scolarisation des enfants (Loison-Leruste et Perrier, 2019).

2) Le recours aux soins des enfants peu étudié

- 8 Le recours aux soins est l'acte de solliciter un professionnel sanitaire pour répondre aux besoins de santé de l'enfant. La recherche présentée ici s'intéresse au recours aux soins auprès du centre de protection maternelle infantile (PMI) et du médecin généraliste.
- 9 D'après l'enquête ENFAMS, 95 % des enfants de moins de six ans ont consulté un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Le centre de PMI est fréquenté par 76 % de ces enfants (Guyavarch *et al.*, 2014). Une de ses missions est de surveiller le développement de l'enfant et d'assurer son suivi vaccinal (Basset, 2014). La prise en charge est inconditionnelle et gratuite, pour tout enfant jusqu'à ses 6 ans. Néanmoins, l'engorgement des centres, l'élargissement des missions ainsi que la vacance des postes de médecins dégradent la qualité d'accueil des enfants (Basset, 2014). En conséquence, les délais de rendez-vous sont rallongés, la prise en charge de l'enfant peut s'arrêter dès sa deuxième année³. Il est probable que l'instabilité de l'hébergement ajoutée aux dysfonctionnements de la PMI affectent la qualité du suivi de soins de l'enfant.
- 10 Des recherches qualitatives ont étudié l'impact de l'hébergement hôtelier sur les enfants, notamment leur scolarité, leur développement, leur état de stress et leur bien-être à travers leur appropriation du quartier (Le Méner et Oppenchain, 2015 ; Guyavarch, Le Méner et Oppenchain, 2016 ; Dahdah, Audren et Bouillon, 2018 ; Halasa et Bergonnier-Dupuy, 2018). Elles montrent que les enfants vivant à l'hôtel souffrent d'une instabilité résidentielle plus marquée que ceux logés en centre. Cette instabilité perturbe leur parcours scolaire en les éloignant de leur établissement et fragilise leur sociabilité à l'école, au sein de l'hébergement et dans le quartier de résidence. Enfin, la peur du déménagement occasionne des situations de stress pour les enfants.

Cependant, l'impact du parcours résidentiel des enfants sur leur recours aux soins constitue l'un des points aveugles de la littérature existante.

III. Analyser conjointement parcours de soins et parcours résidentiels

1) Une analyse spatio-temporelle des parcours

- 11 L'objectif de la recherche présentée ici est d'analyser conjointement les parcours de soins et résidentiels des enfants. Le premier est défini comme la succession des professionnels de santé consultés par l'enfant depuis l'engagement de son suivi de soins. Le deuxième désigne l'ensemble des hébergements connus depuis la perte du logement jusqu'au moment de l'enquête. L'hébergement chez un tiers est intégré à l'analyse en tant que transition entre l'hébergement et le logement, pertinente à prendre en compte pour des familles migrantes qui n'ont jamais eu de logement personnel en France. Cet hébergement est parfois associé à la nécessité de respecter un règlement et à une instabilité résidentielle qui le rapprochent de l'hôtel (CESOD, 2013 ; Lanzaro, 2014). Les conditions de vie et la durée du séjour varient néanmoins selon la nature des liens entre l'hébergeur et l'hébergé.
- 12 Le parcours de soins est considéré comme dépendant des déménagements, qualifiés de « bifurcations ». Cette notion définit le tournant que représente un événement et son impact sur la vie de l'individu (Grossetti, 2006). Elles se caractérisent par leur imprévisibilité d'où découlent une crise et une réorientation du parcours. L'imprévisibilité est constante pour les familles sans logement, elle est d'autant plus forte que la localisation du nouvel hébergement n'est pas connue à l'avance. Lorsqu'un déménagement affecte le parcours d'une famille, il engendre une crise (1, Figure 1), car il induit un changement de contexte spatial, c'est-à-dire l'ensemble des services associatifs, sanitaires et sociaux, de transports et de petite enfance sollicités par la famille (1.a, Figure 1). Cette crise est plus ou moins aiguë selon la stabilisation de la famille dans l'hébergement précédent (0, Figure 1). Si celle-ci y a résidé peu de temps, son degré de gravité devrait être faible. Une famille est dite stable au bout de trois mois de présence dans le même hébergement⁴. Après un déménagement, la famille doit faire des choix (2, Figure 1) qui dépendent des caractéristiques de l'enfant et des parents, mais aussi de caractéristiques structurelles (Bidart, 2006). Dans le premier cas (2.a, Figure 1), le parcours de soins de l'enfant est altéré, car si la famille maintient les professionnels consultés, les conditions de recours ne sont pas identiques (3, 3.a, Figure 1). Dans le second cas (2.b, Figure 1), le parcours est transformé avec la sollicitation de nouveaux professionnels (3, 3.b, Figure 1). Pour Michel Grossetti (2006), lorsque l'imprévisibilité de l'événement et de ses issues (sortie de crise) sont fortes, « une contagion des imprévisibilités entre sphères d'activités » se déclenche. Le bouleversement du parcours affecte nécessairement les autres sphères qui tissent la vie de l'individu (Bidart, 2006). L'analyse doit donc tenir compte des interactions du parcours de soins avec ces autres sphères, dans une perspective temporelle.

Figure 1. Impact théorique du déménagement comme bifurcation

- 13 Cette approche temporelle oriente la méthodologie vers le « récit de vie », soit la narration par un individu de tout ou d'une partie de sa vie (Burrick, 2010). Ici, il s'agit d'un « récit de soins » relaté par le parent sur les expériences de soins de l'enfant. Ce récit doit aussi être situé dans l'espace pour comprendre dans quels contextes spatiaux les familles ont évolué. Nous avons pour cela mobilisé une méthode appelée « récit de vie spatialisé », inspirée d'une recherche (CITERES, 2008) où la personne enquêtée relate son parcours de vie tout en décrivant l'ensemble des lieux dans lequel ce-dernier s'est inscrit (Figure 2).

Figure 2 L'entretien biographique spatialisé

Lecture : les parents sont interrogés sur les différents professionnels de santé consultés par l'enfant dans le temps et dans l'espace avec, comme fil conducteur, le parcours résidentiel familial. L'entretien se déroule de façon antichronologique (flèche verte) en commençant par l'hébergement actuel de la famille. L'interlocuteur décrit sa vie quotidienne en indiquant les lieux dans lesquels il réalise ses activités, parmi lesquelles les activités de soins. Des questions sont également posées sur les événements de santé connus par l'enfant (points bleus). Puis l'hébergement précédent est abordé en évoquant les mêmes thématiques. Chaque déménagement (points rouges) délimite les différentes séquences du parcours résidentiel.

Source : inspiré du schéma développé par le laboratoire Cltés, TERRitoires, Environnement et Sociétés (CITERES)

2) Recrutement et réalisation des entretiens

- 14 Les critères de recrutement ont porté d'abord sur l'âge et l'état de santé de l'enfant. Celui-ci devait être âgé d'un à six ans, afin de correspondre à la tranche d'âge de l'enquête ENFAMS et de cumuler suffisamment d'évènements de soins. Durant sa première année, l'enfant est fréquemment en contact avec les professionnels pédiatriques, il peut donc cumuler plusieurs évènements de santé. Après ses six ans, l'enfant n'est plus suivi en centre de PMI et franchit une autre étape de son parcours de soins. L'enfant le plus âgé de la fratrie, ou celui qui cumulait plusieurs problématiques de santé, était sélectionné afin d'avoir un parcours de soins plus riche. Si en parallèle de son suivi auprès d'un professionnel pédiatrique, l'enfant consultait des spécialistes, il était considéré comme cumulant plus de problèmes de santé. L'objectif du travail de recherche était de comprendre comment le parcours résidentiel influait la configuration du recours aux soins de l'enfant, et non d'évaluer si le nombre de déménagements affectait la santé l'enfant. Ce choix ne semblait donc pas biaiser l'étude. Les critères de sélection reposaient également sur la langue parlée au sein de la famille, la composition familiale et la localisation de l'hébergement. Dans l'enquête ENFAMS, le russe était la deuxième langue de passation, après le français, elle a donc été intégrée dans l'approche qualitative. Les contextes spatiaux d'hébergement ont été diversifiés en interrogeant des familles hébergées à Paris, en petite ou en grande couronne. Enfin, un équilibre a été instauré entre le nombre de familles monoparentales et nucléaires (en couple) enquêtées.
- 15 Pour atteindre les familles, l'hébergement hôtelier et les centres de PMI ont été mobilisés. Nous avons accompagné les équipes du PHRH dans différents hôtels afin de sélectionner les familles. Trois centres de PMI ont été contactés. Deux d'entre eux ont choisi les familles par le biais de leur médecin-chef, et le troisième a autorisé la tenue de permanences de recrutement dans la salle d'attente. Ce dernier recevait une patientèle russophone et anglophone lors de journées spécifiques au cours desquelles nous avons rencontré des familles, en matinée et durant l'après-midi. En dehors de ces journées spécifiques, le recrutement se déroulait en semaine de façon aléatoire.
- 16 Si les familles acceptaient de participer, l'entretien avait lieu dans l'hébergement du parent qui était généralement seul. Dans la majorité des cas, la mère, principale interlocutrice des professionnels de santé, était sollicitée. Trois pères ont réalisé l'entretien, soit parce que la mère était absente, soit parce qu'elle ne maîtrisait aucune des langues de passation. Nous demandions une deuxième entrevue afin d'avoir une restitution plus précise du parcours de soins infantile. En raison de motifs variés, neuf familles ont été vues une fois (absence d'interprète, déménagements, changement de numéro de téléphone, absence de réponses aux appels, etc.).
- 17 Finalement, dix-huit familles ont été interviewées, dont quinze étaient hébergées à l'hôtel et trois en centre d'hébergement (Tableau 1). Ces dernières ont été recrutées afin de vérifier si ce mode d'hébergement influait sur le recours aux soins. Le parcours résidentiel est décrit depuis la perte du logement jusqu'au moment de l'entretien. Pour les enfants nés en France, le parcours résidentiel est détaillé depuis la grossesse de leur mère. À l'instar des résultats de l'enquête ENFAMS, les parents sont nés à l'étranger, près de la moitié sont en couple, les familles monoparentales ont toutes à leur tête une femme et la plupart ont migré en raison de troubles politiques. Quatre familles

russophones, principalement originaires d'Ukraine, ont été interrogées. La crise politique qui a touché le pays en 2014 explique la représentation de cette nationalité dans l'échantillon.

- 18 Le temps de présence en France variait selon les familles et complexifiait la comparaison des parcours. Au cours du terrain, nous avons donc limité le temps de présence en France à au moins une année, d'autant plus que le parcours de soins de certains enfants, même âgés de plus d'un an, était court lorsque les parents étaient primo-arrivants. Cette limite est temporisée par la nécessité de rapidement vacciner l'enfant en vue de sa scolarisation. Des événements de santé peuvent donc s'accumuler malgré un temps de présence en France réduit. Resserrer les critères de sélection sur un âge ou une durée de présence en France précis et non contrôlables en amont, aurait rallongé le recrutement sur le terrain. Même si les services sollicités possédaient ces informations, elles n'étaient pas communicables pour des raisons éthiques.

Tableau 1. Profil des enquêtés

Familles			Enfant		Parents				
Identifiant	Composition	Zone***	Âge (année)	Pays de naissance**	Age	Interlocuteur	Pays de naissance	Raisons principales de la migration	Temps en France (année)
1-Centre	1 parent-2 enfants	PC	4	Guinée	21	Mère	Guinée	Problèmes familiaux	<1-2>
2-Centre	2 parents-2 enfants	GC	6*	Ukraine	33	Mère	Ukraine	Troubles politiques	< 1
3-Hôtel	2 parents-3 enfants	Paris	4	Ukraine		Couple	Ukraine	Troubles politiques	< 1
4-Hôtel	2 parents-3 enfants	Paris	3	Ukraine	31	Père	Ukraine	Troubles politiques	<1-2>
5-Hôtel	2 parents-3 enfants	PC	1 et 10 mois	France		Mère	Algérie	Problèmes de santé (mère)	>2-4>
6-Hôtel	1 parent-2 enfants	GC	2	Mali	33	Mère	Mali	Problèmes familiaux	<1-2>
7-Hôtel	1 parent-2 enfants	GC	3	France	31	Mère	Nigeria	Non indiqué	>2-4>
8-Hôtel	2 parent-3 enfants	PC	4	Algérie	29	Mère	Algérie	Fuir la pauvreté	>2-4>
9-Hôtel	1 parent-2 enfants	PC	4	Lituanie	36	Mère	Congo	Fuir la pauvreté	<1-2>

10-Hôtel	1 parent-2 enfants	PC	3	France	33	Mère	Angola	Troubles politiques	>2-4>
11-Hôtel	2 parents-1 enfant	PC	2	France	38	Père	Guinée	Troubles politiques	>2-4>
12-Centre	2 parent-3 enfants	Paris	5	Kosovo	39	Mère	Kosovo	Échapper à une vendetta	>2-4>
13-Hôtel	1 parent-2 enfants	PC	4	Espagne	39	Mère	Côte d'Ivoire	Rejoindre un conjoint	>2-4>
14-Hôtel	2 parents-2 enfants	GC	3	France	30	Père	Géorgie	Échapper à une vendetta	> 4
15-Hôtel	1 parent-4 enfants	PC	2	France	35	Mère	Angola	Troubles politiques	> 4
16-Hôtel	1 parent-2 enfants	PC	4	Italie	31	Mère	Côte d'Ivoire	Fuir la pauvreté	>2-4>
17-Hôtel	1 parent-1 enfant	PC	2	France	36	Mère	Algérie	Rejoindre un conjoint	<1-2>
18-Hôtel	1 parent-2 enfants	PC	4	France	36	Mère	Congo	Problèmes de santé (mère)	> 4

* Il y a eu un malentendu concernant l'âge de l'enfant la plus jeune, nous avons réalisé l'entretien car nous l'avons constaté une fois sur place

** Pour les familles nucléaires, les deux parents étaient nés dans le même pays

*** PC : petite couronne / GC : grande couronne

Lecture : la famille 9 est composée d'un parent et de deux enfants hébergés dans un hôtel social de petite couronne. Au moment de l'entretien, l'enfant enquêté, née en Lituanie est âgée de quatre ans. Le parent est né au Congo et est âgé de 36 ans, il est arrivé en France il y a un à deux ans.

Source : corpus d'entretiens réalisés entre 2013 et 2016

IV. Description des parcours résidentiels et des parcours de soins

- 19 Le parcours résidentiel varie de 4 à 48 mois selon les familles. Seuls les quatre premiers mois peuvent être comparés en raison de la durée inégale du temps de présence en France (Annexe).
- 20 En arrivant en France, aucune famille n'a bénéficié de son propre logement⁵ : une partie d'entre elles a recours à un tiers (6), rares sont celles qui connaissent la rue (1) ou un hébergement en centre (1), d'autres sont prises en charge à l'hôtel (6). C'est le cas des familles russophones dans leur totalité, probablement en raison de l'absence de réseaux

de sociabilité en France, contrairement aux familles originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb (Guyavarch *et al.*, 2014). Cela peut également s'expliquer par la situation des tiers présents en France, eux-mêmes hébergés en hôtel social, d'après notre enquête de terrain. Le nombre de déménagements en début de parcours est associé au mode d'hébergement. Les familles dépendantes du dispositif hôtelier à leur arrivée sont toutes demandeuses d'asile et ont été renvoyées vers le 115, le temps d'obtenir un premier rendez-vous à la CAFDA⁶. Elles vivent alors une phase d'instabilité, c'est-à-dire une période de deux semaines à quatre mois pendant laquelle les déménagements se multiplient (entre trois et dix), sans possibilité d'occuper un hébergement plus de trois mois. Toutes les familles hébergées chez un tiers ont été stabilisées dès leur arrivée. Elles n'ont pas réalisé de demande d'asile en arrivant en France et étaient sans papiers ou bénéficiaient de documents européens.

- 21 Au-delà des quatre mois de présence en France, la comparaison des parcours est difficile, mais il est possible d'isoler des bifurcations, indépendamment de leur durée. L'ensemble des parcours est constitué de périodes de stabilisation bouleversées par des déménagements ou des phases d'instabilité. Leur potentiel bifurquant est aigu, car ils induisent un changement de commune et de contexte spatial. Ils entraînent parfois une transition vers des formes différentes d'hébergements. L'hôtel social est l'hébergement le plus cité (18 familles), suivi par l'hébergement chez un tiers (8 familles), les épisodes de rue de courte durée (6 familles) et l'hébergement en centre (5 familles). Ces phases d'instabilité font souvent suite à un changement de type d'hébergement, et notamment à l'entrée dans le système hôtelier. C'est le cas des familles hébergées chez un tiers à l'arrivée en France et qui sont contraintes de quitter le logement. Les déménagements isolés sont causés par des changements de composition familiale ou de statut administratif, parfois aux fermetures des structures.
- 22 La description du parcours de soins des enfants s'étend sur la même durée que le parcours résidentiel et montre qu'avant l'engagement dans le suivi de soins, les enfants n'ont pas accès aux professionnels de santé pendant une période allant de moins de trois mois à six mois et plus. Le centre de PMI a été consulté par quinze enfants, le médecin généraliste par treize enfants, et le spécialiste par quatre enfants. Une fois le suivi de soins mis en place, neuf enfants ont changé de professionnels de santé, dont sept à la suite d'un déménagement. Six familles ont maintenu le lien avec le professionnel consulté, malgré un déménagement ou une phase d'instabilité. Chez neuf enfants, on repère des périodes d'absence de recours aux soins pendant lesquelles l'enfant aurait dû consulter (problème de santé, poursuite d'un suivi) mais n'a pu le faire.
- 23 Ces parcours décrits, nous allons analyser plus précisément le suivi de soins de l'enfant à travers le parcours résidentiel en interrogeant d'abord l'arrivée en France. Les temporalités différentes d'engagement dans le soin sont-elles associées aux phases d'instabilité résidentielle ? Nous examinerons également le choix des familles, car si certaines maintiennent les professionnels de santé d'autres les changent. Enfin nous questionnerons la stabilisation : est-elle garante d'un suivi de soins de qualité pour l'enfant ?

V. Le parcours de soins infantiles au prisme du parcours résidentiel⁷

1) L'insertion dans le suivi de soins : le rôle du type d'hébergement

- 24 Le mode d'hébergement à l'arrivée en France semble déterminant : le fait d'être hébergé dans le dispositif hôtelier favoriserait l'engagement du suivi de soins de l'enfant, alors que l'hébergement chez le tiers le ralentirait. La figure 3 compare l'insertion dans le suivi de soins de deux enfants. Le premier, âgé de quatre ans et diabétique à l'arrivée en France, est entré dans le suivi de soins moins d'un mois après la perte du logement. Le deuxième, âgé de deux ans à l'arrivée en France, a été stabilisée chez un tiers, mais a consulté cinq mois environ après la perte du logement.

Figure 3. L'insertion dans le suivi de soins

Note de lecture : seule la période d'intérêt est illustrée. L'ID correspond à l'identifiant de la famille dans le Tableau 1

Source : corpus d'entretiens réalisés entre 2013 et 2016

- 25 La première famille quitte l'Ukraine à la suite du conflit politique qui frappe le pays : la crainte d'un enrôlement forcé du fils aîné dans l'armée et le faible accès à l'insuline constituent les motivations du départ. Les parents se renseignent sur les conditions d'accueil proposées dans différents pays européens et choisissent la France. À son arrivée en février 2015 (FE, 2015), la famille se rend directement à la CAFDA (1) et demande une orientation pour l'enfant : « Dès les premiers jours à leur arrivée, ils ont demandé à CAFDA "le plus urgent c'est l'insuline" »⁸.
- 26 Grâce aux échanges avec la CAFDA, un suivi de soins est rapidement mis en place au sein d'un hôpital où des interprètes russophones exercent (1^{er} rendez-vous, Hôpital Kremlin Bicêtre 94). L'association a développé des partenariats avec plusieurs établissements sanitaires où l'interprétariat est pratiqué afin de garantir la qualité de la

prise en charge et la compréhension entre soignants et soignés. Cependant, même si la famille a échangé avec la CAFDA, elle ne peut immédiatement déposer sa demande d'asile. Elle est donc hébergée par le 115 de Paris et pendant un mois, les parents déclarent avoir déménagé à environ dix reprises dans toute l'Île-de-France (Hôtels-IdF). Les conditions de recours aux soins sont facilitées par la présence d'un conjoint et les rendez-vous médicaux sont respectés : « les rendez-vous sont quelquefois tôt le matin [...], ils se sont donc réparti les tâches : le père est parti avec sa fille à l'hôpital pendant que la mère préparait [le prochain déménagement] ». En parallèle, les parents contactent un centre de PMI pour l'enfant. Ils échouent à mettre en place un suivi de soins, jusqu'à leur stabilisation par la CAFDA dans un hôtel parisien (Hôtel Paris 11^e). L'enfant est alors inscrite dans un centre de PMI partenaire de la CAFDA où des interprètes russophones officient (PMI-Paris 11^e).

- 27 La mise en place du suivi de soins de l'enfant est influencée par le parcours résidentiel et par des éléments structurels et subjectifs. Les caractéristiques de l'enfant et des parents favorisent un engagement rapide dans le soin : diabétique, l'enfant et sa santé sont l'objet de toute l'attention des parents. La préparation de l'arrivée en France de même que le statut social aisé des parents expliquent probablement une insertion dans les soins accélérée. Un parent seul n'aurait pu à la fois respecter les rendez-vous médicaux et organiser les déménagements. Des éléments structurels jouent également un rôle : la collaboration de la CAFDA avec des établissements pratiquant l'interprétariat facilite la mise en lien des parents avec les professionnels de santé. Le déménagement de la famille sur la capitale favorise la prise en charge sanitaire de l'enfant : leur hébergement est proche du centre de PMI, de la CAFDA et de l'hôpital. Entrer dans le système hôtelier, c'est donc déménager mais aussi interagir avec les instances sociales qui orientent les parents vers des acteurs sanitaires.
- 28 Dans le deuxième exemple, la famille est composée des parents et de deux enfants, et arrive d'Algérie en décembre 2012 (DE 2012) chez un compatriote, qui l'héberge pendant neuf mois dans la commune de Pantin (Tiers-Pantin 93). La situation économique du pays et la qualité des soins de santé sont les motifs du départ vers la France : « [...] en Algérie, ils font pas le test de la toxoplasmose, et je l'ai eu. À 3-4 mois j'ai vu que l'œil de A. [l'enfant concerné] commençait à partir en vrille [...], il voyait rien, il se cognait ». L'enfant est alors contraint de porter des lunettes pour maintenir son équilibre.
- 29 À leur arrivée sur le territoire français, les deux enfants tombent malade à plusieurs reprises, mais ne consultent pas de médecin généraliste. Le tiers hébergeur conseille à la famille de faire sa demande d'AME, sans pour autant l'informer du droit à la scolarisation des enfants, ou de la nécessité de mettre en place pour eux un suivi de soins : « Est-ce qu'il vous a donné des informations sur comment ça se passe en France ? » « Rien du tout ! À part pour l'aide médicale. [...] à cause des changements climatiques, [les enfants] tombaient souvent malades, c'est lui [le tiers-hébergeur] qui a été à la CPAM⁹ ». La famille est donc mal informée et l'enfant concerné reste plusieurs mois sans recourir aux soins (Absence de soins). Le premier rendez-vous avec un médecin traitant a lieu fin mai 2013 (1^{er} rendez-vous MedG Courbevoie, 92). En effet, une rencontre dans les transports en commun avec une femme d'origine algérienne a un réel impact sur le parcours familial. Au cours de la conversation, elle annonce à la mère que les enfants peuvent être scolarisés malgré l'irrégularité de leur situation sur le sol français. La famille met également en place un suivi de soins pour ses enfants,

grâce à cette compatriote. En effet, pour la scolarisation, la mise à jour des vaccins est nécessaire. Par ailleurs, l'enfant concerné casse ses lunettes, sans lesquelles il ne peut voir. La mère fréquente alors les urgences ophtalmologiques, où on lui conseille de mettre en place un suivi de soins avec un médecin traitant. Démunie, la mère de famille ne sait vers quels professionnels se tourner et sollicite sa compatriote. Cette-dernière en parle à son médecin traitant, qui accepte de recevoir l'enfant : « [...] à l'hôpital ils m'ont dit : "il lui faut un médecin traitant qu'il doit voir tous les mois". Elle [la compatriote] m'a dit c'est son médecin traitant, elle a parlé avec lui, il a dit : "Ok y'a pas de problème" ». Par la suite, elle obtient un rendez-vous pour son enfant avec le service neurologique de l'hôpital afin de soigner et prendre en charge ses crises d'épilepsie (1^{er} rendez-vous hôpital Paris 19^e). Peu de temps après, la famille est expulsée de l'hébergement par le tiers et entre dans le système hôtelier.

- 30 En dépit de ses problèmes de santé et contrairement au cas décrit précédemment, l'enfant met du temps à s'engager dans un suivi de soins. Les caractéristiques de la famille et ses conditions d'arrivée en France l'expliquent. Contrairement à l'exemple précédent, la famille n'est pas informée lorsqu'elle arrive sur le territoire français et son hébergeur ne lui donne que peu de renseignements. Être stabilisé ne garantit pas la mise en place accélérée du suivi de soins, surtout si le tiers ne constitue pas un informateur clé favorisant la mise en place des démarches administratives. Dans notre échantillon, la plupart des familles hébergées chez un tiers décrivent une situation d'isolement. Celui-ci ne les met pas forcément au courant des démarches à réaliser, et parfois il pratiquerait la désinformation volontairement, afin d'exploiter ses hébergées. Le rôle déterminant d'inconnus, rencontrés dans la rue, dans le couloir d'un immeuble ou dans une salle d'attente est récurrent dans notre échantillon. L'état de santé de l'enfant a un impact moins important que dans l'exemple précédant, même si la mère est consciente des problèmes dont il souffre. Le manque d'informations parfois associé à l'hébergement chez un tiers prime sur les caractéristiques individuelles de l'enfant et limite la mise en place accélérée du suivi sanitaire.

2) L'impact des déménagements sur le maintien dans le suivi de soins

- 31 L'objectif est de comprendre les raisons du changement ou du maintien du professionnel de santé après un déménagement.

Par ailleurs, les centres de PMI, déjà surchargés, privilégient les nouveau-nés, ce qui n'est pas son cas. Lors d'un second entretien réalisé avec la mère, nous apprenons que le jour du rendez-vous en PMI, l'enfant est malade et ne peut être vaccinée. La mère s'adresse ensuite à un médecin généraliste pour rattraper les retards cumulés par l'enfant sur son calendrier vaccinal (1^{er} rendez-vous MedG-Clichy 92). Ce jour-là l'enfant est malade, si bien qu'en mars 2016 elle n'a toujours pas été vaccinée, mais a consulté.

- 35 Le déménagement introduit une crise, aggravée par l'ancrage de la famille à Issy. Le savoir acquis par la famille grâce à son réseau isséen lui donne cependant les clés pour organiser ses démarches à Clichy. Les expériences et les capitaux constitués lors du parcours interviennent dans la sortie de crise (Bidart, 2006). Malgré tout, l'enfant cumule des retards de vaccins en partie à cause de caractéristiques structurelles : l'état de saturation de la PMI en Île-de-France explique le délai du rendez-vous. Le suivi de soins de l'enfant dans le centre de PMI isséen est par ailleurs entravé par le système hôtelier et l'instabilité résidentielle. Les caractéristiques de la famille sont également déterminantes : la mère réalise ses démarches accompagnée de ses enfants, elle doit donc rapatrier ses activités. Enfin, l'état de santé de l'enfant, malade lors des rendez-vous, aggrave les retards de vaccins.
- 36 D'autres familles maintiennent le professionnel consulté par l'enfant avant le déménagement (Figure 5).

Figure 5. Maintenir le professionnel après un déménagement

Note de lecture : seule la période d'intérêt est illustrée. Le parcours de la famille est retranscrit à partir de janvier (JA) 2009. L'ID correspond à l'identifiant de la famille dans le Tableau 1

Source : corpus d'entretiens réalisés entre 2013 et 2016

- 37 La famille est composée d'une mère et de ses jumeaux, nés en France mi-juillet 2008. À leur naissance, la mère sous-loue une chambre à Saint-Maurice (non représenté sur la figure) et n'est pas sans logement. La commune est située dans le Val-de-Marne où est implanté son réseau familial, ses enfants sont suivis dans le centre de PMI local. À la suite d'une dispute avec la propriétaire de la chambre, la famille contacte le 115 (1). Elle est hébergée dans deux hôtels différents en quatre mois (hôtels-IdF), avant d'être stabilisée en Seine-Saint-Denis¹¹ (Hôtel-93). L'établissement est situé près d'un nœud de transport important, à moins d'un kilomètre d'associations et de services de santé. Une sortie de crise est donc possible, mais les activités de la famille sont situées à Paris et dans le Val-de-Marne, et non dans la commune. La mère souffre de plusieurs problèmes de santé et se déplace avec ses jumeaux. Ils sont suivis dans le centre de PMI de Saint-Maurice, situé entre 45 minutes et une heure de l'hébergement actuel de la famille (PMI-Saint-Maurice 94) : « j'ai jamais changé leur PMI, vous imaginez quand je fais les

rendez-vous, je suis obligée de partir là-bas et... c'est... bon je peux pas vous dire c'est la merde ! ». Pour autant, les enfants ne connaissent pas de rupture de soins depuis la perte du logement. Pourquoi délocaliser les activités quotidiennes et de soins, même après une stabilisation ? La mère fait part de relations difficiles avec les services communaux qui refuseraient de la prendre en charge car elle est hébergée par le 115 du Val-de-Marne. En effet, la pénurie des chambres d'hôtels en Île-de-France conduit certains 115 à héberger leurs familles en dehors de leur département. Il en résulte des tensions entre les collectivités territoriales et les 115, les premières pouvant refuser d'accompagner des familles qui ne relèveraient pas du 115 de leur département. La mère décrit également des difficultés relationnelles avec certains professionnels de santé qui n'accepteraient pas l'AME. L'absence d'avance de frais par les bénéficiaires et les formalités administratives nécessaires motiveraient ces rejets (Conférence nationale de la santé, 2010). La mère a tenté d'inscrire ses enfants dans le centre de PMI local, mais elle estime avoir été discriminée étant donné le délai rallongé du rendez-vous proposé : « Parce que la PMI ici quand on parle dès qu'on dit qu'on est ici [à l'hôtel], c'est... on est mal vu quoi, on est mal recueilli, on vous donne un rendez-vous qui est loin, qui vous décourage quoi ».

- 38 Le maintien du professionnel de santé est ici lié au contexte spatial : la commune bénéficie des services dont la famille a besoin mais elle ne peut s'en saisir. Précisons que l'hôtel compte plus de 300 personnes en famille. L'accueil de cette population est probablement complexe pour les services sanitaires et sociaux de la commune. À nouveau, les dysfonctionnements de la PMI en Île-de-France sont flagrants. Si le délai du rendez-vous est interprété par la mère comme une discrimination, il est le résultat de la saturation des centres de PMI franciliens, exacerbée par la présence d'un hôtel de grande taille. L'engorgement du système hôtelier, qui contraint les 115 départementaux à héberger en dehors de leur territoire, crée des refus de prise en charge. Pour autant, les enfants ne connaissent pas de rupture de soins, en dépit de la composition familiale (ménage monoparental) et des problèmes de santé de la mère. C'est le refus de la rupture et du délai rallongé du rendez-vous qui motive le maintien du professionnel de santé.

3) Être stabilisé : garantir le suivi de soins de l'enfant ?

- 39 La figure 6 démontre que la crise peut suivre un événement autre que le déménagement.

Figure 6. Quand le déménagement ne fait pas bifurcation

Note de lecture : seule la période d'intérêt est illustrée. Le parcours de la famille est retranscrit à partir de juin (JN) 2015. L'ID correspond à l'identifiant de la famille dans le Tableau 1

Source : corpus d'entretiens réalisés entre 2013 et 2016

- 40 Cette rupture est courte mais l'enfant souffre durant cette période d'une otite purulente non soignée (Absence de soins). Lorsque nous rencontrons la famille, elle est stabilisée depuis vingt mois dans un hôtel du département essonnien¹² (Hôtel-Commune 91). Elle était auparavant hébergée dans un centre parisien (non représenté sur la figure). Son déménagement vers l'hôtel est mal vécu, car ses conditions de vie se sont dégradées. L'établissement est implanté dans une zone industrielle en dehors du centre-ville où sont situés l'école, le centre de PMI et la mairie. Les associations d'aide alimentaire ou vestimentaire sont localisées dans une autre commune. La mère attribue à l'hôtel la dégradation de l'état de santé de ses enfants. Ces derniers s'alimentent mal du fait de l'absence de cuisine et sont fatigués par les déplacements nombreux et quotidiens qu'ils effectuent : « Pour faire le linge on est obligé d'aller à Massy [autre commune de l'Essonne]. [...] J'ai le linge, j'ai mon fils, j'ai ma fille, on nous regarde dans le bus comme des chiens ! [...] tu es fatiguée, les enfants sont fatigués ». Elle regrette le centre d'hébergement où la présence d'un accompagnement social simplifiait les démarches. De plus, l'enfant âgé de deux ans n'est plus suivi par la PMI depuis octobre 2015. Cet arrêt prématuré du suivi peut être imputé aux difficultés rencontrées par la PMI, particulièrement en région francilienne, pour accueillir une nouvelle patientèle ou maintenir son suivi jusqu'à l'âge de 6 ans (cf partie 2, II). La mère indique s'être adressée à des cabinets de proximité, mais elle aurait rencontré des refus. Elle désigne l'hôtel comme responsable : « nous on n'a pas de médecins à cause du titre hôtel. On est allé voir un médecin [en cabinet] qui est juste à côté et le monsieur, il me dit pour l'instant il prend pas les enfants à l'hôtel ». Nous décidons de contacter le centre municipal d'une ville voisine qui accepte de recevoir l'enfant quelques jours après (1^{er} rendez-vous, MedG-Massy 91).
- 41 La crise d'une durée de deux mois n'est pas suscitée par un déménagement, mais par un arrêt du suivi inattendu. Ce dernier est causé par la saturation de la PMI et se prolonge en raison des refus rencontrés par la mère qui échoue à ré-ancrer le recours aux soins de son fils dans sa commune d'hébergement. Alors que le principe de protection de l'enfance devrait garantir l'accès aux soins inconditionnel, des refus de prise en charge surviennent. Cette modification du parcours de soins conduit au changement de professionnel mais aussi à des conditions de recours nécessitant un nouveau

déplacement en dehors de la commune, alors que la mère exprime lors de l'entretien son épuisement physique.

VI. Conclusion

- 42 Cet article montre l'impact de la mobilité résidentielle sur le parcours de soins des enfants à partir de récits de vie spatialisés réalisés auprès de familles hébergées à l'hôtel et en centre d'hébergement en Île-de-France. Bien que présentant de nombreux atouts, cette méthodologie comporte quelques limites. Solliciter l'aide d'un professionnel pour recruter des participants introduit un biais, car ses critères de sélection ne sont pas ceux du chercheur. Le recrutement au sein de structures de soins excluait les enfants les plus démunis, éloignés de ces structures et ayant peu de contacts avec ces dernières.
- 43 Cette étude a néanmoins démontré que les parcours résidentiels des familles sans logement comportent des ruptures, mais avec des périodes de rue rares et de courte durée. En fonction des déménagements, chaque famille fait des choix contraints quant au suivi de soins de l'enfant. Le parcours de soins de l'enfant est ainsi perturbé par des ruptures, des changements de professionnels, même s'ils sont parfois maintenus malgré les déménagements. Il est façonné par des facteurs d'ordre structurels. Les dysfonctionnements du système d'hébergement et du système de soins (fragilisation de la PMI, refus de certaines couvertures santé) ont un rôle important. Des facteurs d'ordre subjectifs interviennent également.
- 44 La hiérarchisation du système d'hébergement, qui propose différentes missions et formes d'hébergements, a été critiquée (Sahlin, 2005). Néanmoins, au sein du dispositif hôtelier, il existe une hiérarchisation des établissements en fonction de leurs aménités, des types de séjours pratiqués et du réseau social présent. Ainsi, déménager d'un hôtel à un autre peut dégrader ou améliorer les conditions de vie et les conditions de recours aux soins de l'enfant. L'hôtel s'inscrit aussi dans un contexte spatial qui conditionne les possibilités de recours aux soins. Si la question du déménagement est capitale, le changement de contexte spatial qu'il implique l'est également. La recherche montre par ailleurs l'ambiguïté de l'hébergement chez un tiers (CESOD, 2013 ; Lanzaro, 2014). Il constitue une forme de soutien social, mais ralentit parfois l'engagement du suivi de soins. Le déménagement peut donc être positif et favoriser les contacts avec les interlocuteurs « clés ».
- 45 La recherche présentée ici mériterait cependant d'être approfondie. La dernière partie montre qu'en dehors du déménagement, d'autres événements font bifurcation et il aurait été intéressant d'ouvrir la notion de bifurcation à une plus grande diversité d'événements. Enfin, le nombre de familles à la rue ne cesse d'augmenter (Fédération des acteurs de la solidarité, 2019). Une perspective de recherche pourrait investiguer les conséquences sur le recours aux soins des enfants, des périodes de rue prolongées.

BIBLIOGRAPHIE

Basset C. (2014), « La protection maternelle et infantile », Les avis du conseil économique, social et environnemental, Paris, Conseil économique, social et environnemental.

Bidart C. (2006), « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 120, n° 1, p. 29-57.

Brousse C. (2006), « Devenir sans-domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? », *Économie et statistique*, n° 391-392, p. 35-64.

Burrick D. (2010), « Une épistémologie du récit de vie », *Recherches qualitatives*, n° 8, p. 7-36.

CESOD (2013), « Hébergement chez un tiers et citoyenneté locale à Saint-Denis. L'instabilité résidentielle au cœur des expériences de précarité », Direction des solidarités et du développement social de la mairie de Saint-Denis.

Conférence nationale de la santé (2010), « Résoudre les refus de soins », rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, ministère de la Santé et des Sports.

Dahdah A., Audren G. et Bouillon F. (2018), « La ville (in)hospitalière : parcours scolaire et résidentiel d'une famille syrienne à Marseille », *Espaces et sociétés*, vol. 172-173, n° 1, p. 73.

Fédération des acteurs de la solidarité (2019), « Journée internationale des droits de l'enfant : en France, des milliers d'enfants à la rue ou dans des hébergements précaires ! », communiqué de presse, disponible sur <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/06/CP-Enfants-a-la-rue.pdf>.

Grossetti M. (2006), « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 120, n° 1, p. 5-5.

Guyavarch E. et al. (2014), *Enfants- Enfants et familles sans logement en Île-de-France*, Paris, Observatoire du Samusocial de Paris.

Guyavarch E. et Garcin E. (2014), « Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles », *Informations sociales*, n° 182, p. 142-149.

Guyavarch E., Le Méner E. et Oppenchain N. (2016), « La difficile articulation entre les espaces du quotidien chez les enfants sans logement », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 111, n° 1, p. 18-29.

Halasa K. et Bergonnier-Dupuy G. (2018), « Vivre dans une famille sans logement : facteurs de stress des enfants hébergés à l'hôtel dans le cadre du dispositif d'hébergement d'urgence », *Sociétés et jeunes en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n° 21.

Lanzaro M. (2014), *Sortir de l'hébergement d'insertion vers un logement social en Île-de-France. Des trajectoires de relogement, entre émancipation et contraintes*, université Paris Est, thèse en urbanisme aménagement et politiques urbaines.

Le Méner E. et Guyavarch E. (2014), « Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir », *Politiques sociales et familiales*, vol. 115, n° 1, p. 80-86.

Le Méner E. et Oppenchain N. (2015), « Pouvoir aller à l'école. La vulnérabilité résidentielle d'enfants vivant en hôtel social », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 110, n° 1, p. 74-87.

Le Méner E. et Oppenheim N. (2012), « The Temporary Accommodation of Homeless Families in Île-de-France: Between Social Emergency and Immigration Management », *European Journal of Homelessness*, vol. 6, n° 1, p. 83-103.

Loison-Leruste M. et Perrier G. (2019), « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, vol. 43, n° 1, p. 77-110.

Mordier B. (2016), « Introduction de cadrage les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012 », *Économie et statistique*, n° 488-489, p. 25-35.

Pierre-Marie E. et al. (2014), « Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance », *Île-de-France à la page*, n° 423, p. 1-4.

Sahlin I. (2005), « The Staircase of Transition », *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, vol. 18, n° 2, p. 115-136.

Yaouancq F. et al. (2013), « L'hébergement des sans domicile en 2012, des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », *INSEE Première*, n° 1455, p. 4.

Yaouancq F. et Duée M. (2014), « Les sans-domicile et l'emploi. Des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie », *INSEE Première*, n° 1494, p. 4.

ANNEXES

Tableau 2. Détail des parcours résidentiels des familles

Identifiant	Durée du parcours	Nb déménagements	Résumé du parcours*
F01	20,5 mois	8	Hôtel=>CADA
F02	7,5 mois	3	Hôtel=>CADA
F03	4 mois	>=10	Hôtel/rue=>hôtel
F04	18 mois	>=7	Hôtel/rue=>hôtel
F06	21 mois	2	Rue=>centre=>hôtel
F07	41 mois	>=9	Rue/hôtel=>hôtel
F12	25 mois	6	Hôtel/rue=>hôtel=>CADA
F18	48 mois	2	Hôtel
F08	37 mois	>=12	Tiers=>hôtel/rue=>hôtel
F09	22 mois	7	Tiers=>sous-loc.=>tiers=>hôtel
F10	48 mois	5	CADA=>tiers=>hôtel=>tiers=>hôtel
F11	35 mois	5	Tiers=>hôtel

F16	27 mois	4	Tiers=>hôtel
F17	23 mois	4	Tiers=>hôtel
F13	30 mois	3	Tiers=>hôtel
F14	46 mois	1	Hôtel
F15	41 mois	1	Hôtel
F05	25 mois	4	Tiers=>Hôtel

*Le résumé du parcours ne retranscrit pas le nombre de déménagements mais les grandes phases du parcours

Lecture : la F03 a d'abord connu des périodes d'instabilité à l'hôtel entrecoupées d'expérience de rue avant d'intégrer plus durablement un hôtel. La F08 a été stabilisée chez un tiers avant de connaître une phase d'instabilité à l'hôtel entrecoupée de période de rue, pour ensuite passer à une phase de stabilisation à l'hôtel. La F14 a toujours connu l'hébergement hôtelier, mais a connu des longues phases de stabilisation entrecoupées d'un déménagement.

Figure 7. Localisation des principaux lieux cités dans l'article

Champs : corpus d'entretiens réalisés entre 2013 et 2016 auprès de 18 familles sans logement

Encadré. Les enquêtes ENFAMS 2013 et SD 2012

ENFAMS

Elle définit les familles sans logement comme un ou deux parent(s) accompagné(s) d'au moins un enfant ayant la nuit précédant l'enquête dormi dans un hôtel social, un CHU, un CHRS ou un CADA.

Ses principaux objectifs étaient d'estimer le nombre de familles et d'enfants sans logement en Île-de-France, de connaître leur profil sociodémographique, leurs conditions de vie et leurs trajectoires de vie et de décrire les états de santé et le recours aux soins des parents et des enfants.

De janvier à mai 2013, 801 familles ont été interrogées. Pour être enquêtée, une famille devait être hébergée dans la région francilienne en hôtel social, en CHU, en CADA ou en CHRS ; parler une des 17 langues d'enquêtes (en dehors du français), et être accompagnée d'au moins un enfant de moins de treize ans.

Au sein de chaque famille, un parent et un enfant tiré au sort dans la fratrie étaient interrogés. Un questionnaire était administré au parent, puis il devait répondre à un questionnaire sur l'enfant tiré au sort, dont le contenu variait selon l'âge. Lorsque l'enfant avait moins de 6 ans, les questions portaient sur sa santé et son recours aux soins. Lorsque l'enfant avait 6 ans ou plus, elles abordaient principalement les thématiques de la sociabilité et de la scolarité.

SD

Elle concerne les sans-domicile, utilisateurs et utilisatrices des services d'hébergement et de distribution de repas en France.

Ses principaux objectifs étaient d'estimer le nombre de sans-domicile en France, de décrire leur profil sociodémographique, de connaître leurs conditions de vie et de comprendre les trajectoires de vie ayant mené à l'exclusion.

L'enquête s'est déroulée de janvier à février 2012. Pour être enquêtée, la personne devait être majeure, vivre dans une agglomération de plus de 20 000 habitants, parler une des 14 langues de l'enquête (en dehors du français), avoir fréquenté les services inclus dans l'enquête. Parmi ces services, figurent les hébergements d'urgence, de stabilisation et d'insertion, les accueils de jours et haltes de nuit, les dispositifs mobilisés pour le plan grand froid et les distributions de repas. Ont été exclus les services qui proposaient des formes d'hébergement trop proches du logement personnel et les CADA.

La prise de contact a eu lieu dans des services d'aide tirés au sort. Les personnes francophones étaient enquêtées en face à face, tandis que les personnes non francophones remplissaient un questionnaire papier.

NOTES

1. Le 115 est un numéro d'appel d'urgence que toute personne ayant perdu son logement peut contacter afin d'obtenir un hébergement. Départementalisé, il est géré par des organismes différents selon les départements.
2. Ces enquêtes sont décrites dans l'annexe.
3. <https://assureraevenirpmi.org>, page consultée le 23/01/2021.
4. Ce seuil a été établi après la consultation de plusieurs médecins chefs de PMI qui estimaient tisser des liens durables avec les familles environ trois mois après leur emménagement dans un établissement.

5. Quatre familles ne sont pas incluses dans l'analyse du parcours à l'arrivée en France car leur enfant est né plus d'un an après leur arrivée sur le territoire.
 6. Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile.
 7. Toutes les localisations citées dans l'article sont représentées dans l'Annexe.
 8. Les extraits des entretiens réalisés avec les familles russophones sont issus de la traduction réalisée par l'interprète Alexandra Scherbakova.
 9. Caisse primaire d'assurance maladie.
 10. La domiciliation « permet à toute personne sans domicile stable ou fixe de disposer d'une adresse administrative où recevoir son courrier et faire valoir certains droits et prestations ».
 11. En raison des relations conflictuelles décrites avec la mairie, le nom de la commune est anonymisé.
 12. En raison des difficultés pour la famille de trouver un médecin dans la commune, le nom de cette dernière est anonymisé.
-

RÉSUMÉS

En Île-de-France, l'hôtel social est souvent mobilisé par les associations pour héberger des familles, principalement migrantes et accompagnées d'enfants de moins de 6 ans. À cet âge, l'enfant nécessite un suivi de soins régulier auprès des professionnels pédiatriques. Nous supposons que ce suivi est dépendant de la mobilité résidentielle inhérente au système d'hébergement hôtelier. Cet article a pour objectif de reconstituer le parcours résidentiel des familles et le parcours de soins de leurs enfants et de saisir comment ces derniers s'influencent. La démonstration repose sur 18 entretiens biographiques spatialisés réalisés entre 2013 et 2016 auprès des familles sans logement hébergées en Île-de-France.

In Paris region, welfare hostels are mobilized by associations to accommodate families, mainly migrants with children under the age of 6. At this age, the child requires regular care follow-up with pediatric professionals. We assume this follow-up to be dependant on the residential mobility inherent in the hotel accommodation system. The purpose of this article is to recreate the residential journey of families and the healthcare pattern of their children and to understand how the former influence the latter. The demonstration is based on 18 spatial biographical interviews carried out between 2013 and 2016 with homeless families sheltered in Paris region.

INDEX

Mots-clés : instabilité résidentielle, parcours de soins, santé infantile, familles sans logement, migrants, Île-de-France

Keywords : residential instability, healthcare pattern, child health, homeless families, immigrants, Paris Region

AUTEUR

CANDY JANGAL

Ingénieure de recherche

Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS/CNRS UMR 8044, INSERM U1276