

LE DOSSIER

Naissance et précarité

Le rôle du Samusocial de Paris

RÉSUMÉ : Depuis plus de dix ans, la part des personnes en famille parmi les usagers de l'urgence sociale ne cesse de croître : elle est passée de 12 % des individus hébergés *via* le 115 de Paris à 49 %. Ainsi, l'effort du Samusocial de Paris, en termes d'hébergement comme de financement, est aujourd'hui plus important pour les familles que pour le public cible de l'urgence sociale, c'est-à-dire les personnes seules. Parmi ces familles sans domicile, 6 % sont des femmes enceintes.

Le Samusocial de Paris a développé des partenariats spécifiques autour de la prise en charge médico-psychosociale des tout-petits et de leurs mamans, en particulier avec le réseau périnatal SOLIPAM. Par ailleurs, son pôle d'hébergement et de réservation hôtelière, par le biais de ses médiateurs, rencontre les familles dans les hôtels dans le cas de situations socio-sanitaires préoccupantes. Enfin, un partenariat avec la Fondation Nestlé permet la distribution de kits alimentaires pour les enfants de 0 à 18 mois.



→ S. PARIGI¹, A. LAPORTE²,
P. HERSCHKORN BARNU³

¹ GIP Samusocial,

² Observatoire du Samusocial,

³ Association SOLIPAM,
PARIS.

Depuis une dizaine d'années, les personnes dites "en famille" (soit au moins un enfant mineur accompagné d'au moins un adulte, ou une femme enceinte de plus de 3 mois) font de plus en plus régulièrement appel aux dispositifs d'urgence sociale. Pourtant, leurs situations, leurs histoires, tout comme leurs besoins sont mal connus.

Des familles de plus en plus nombreuses hébergées de plus en plus longtemps

Le nombre de personnes en famille hébergées par le 115 de Paris a augmenté de près de 400 % en 10 ans (*fig. 1*) [1].

A cette augmentation s'ajoute la croissance régulière des durées annuelles d'hébergement, qui sont passées de 18 jours en moyenne en 1999 à 127 jours en 2009. Dans 98 % des cas, ces familles étaient hébergées en hôtel. En 1999, les personnes en famille représentaient 12 % des usagers du

115 et se voyaient attribuer 12 % des nuitées. En 2009, elles représentaient 48 % des usagers et se voyaient attribuer 73 % des nuitées.

Une majorité de familles immigrées, monoparentales, avec des enfants en bas âge

Les personnes de nationalité française représentent moins de 10 % des personnes hébergées en famille. La majorité des familles étrangères est originaire d'Afrique, et plus spécifiquement d'Afrique de l'Ouest [2].

Toutes origines géographiques confondues, ces familles sont essentiellement féminines (*fig. 2*). Elles sont composées à 58 % de femmes seules avec enfants (ou enceintes), tandis que les pères seuls représentent plus de 2 % de ces familles. En 2008, les familles monoparentales représentaient ainsi 60 % des familles prises en charge. En population générale, selon l'Insee, les familles monoparentales représentent une famille sur quatre à Paris [3].

LE DOSSIER

Naissance et précarité

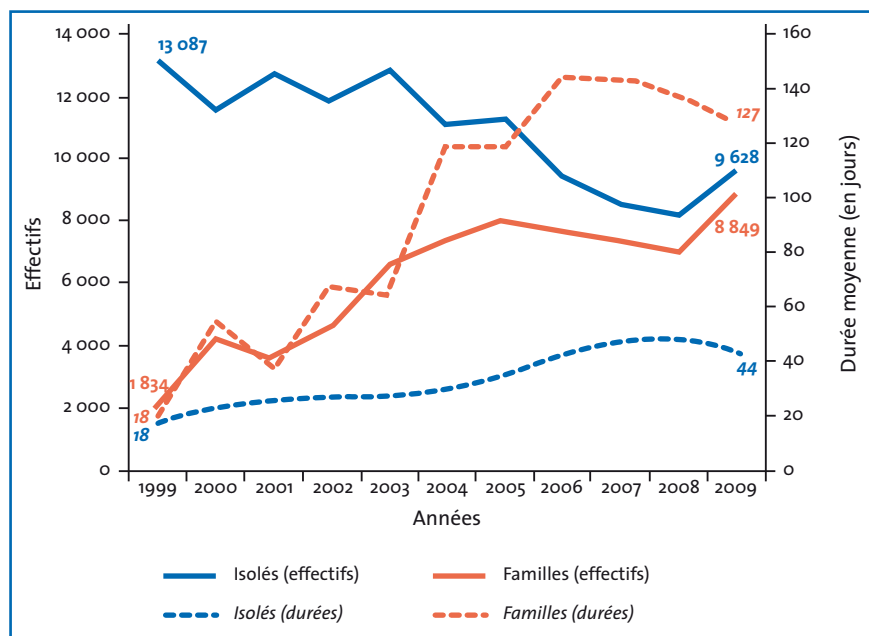


Fig. 1: Evolution des prises en charge et des durées d'hébergement entre 1999 et 2009. Source de données : 115 de Paris.

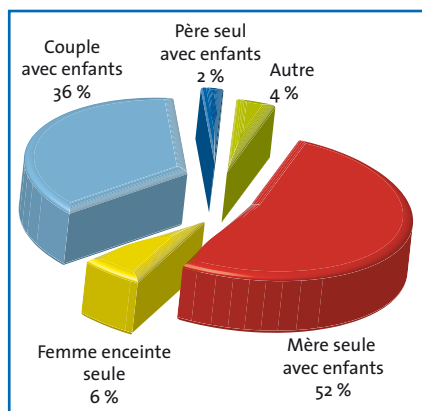


Fig. 2: Structure des familles hébergées par le 115 de Paris en 2008. Source de données : 115 de Paris.

Les familles sans domicile monoparentales comptent en moyenne 1,3 mineur contre 1,8 pour les couples. La structure familiale étant directement corrélée à l'origine géographique, les familles africaines, essentiellement monoparentales (plus de 70 %), comptent en moyenne moins de mineurs (1,4) que les familles européennes (1,7) qui sont plus majoritairement

en couple (67 %). L'âge des enfants varie également selon l'origine géographique. Agés en moyenne de 3 ans pour les familles d'origine africaine, ils sont âgés de près de 6 ans pour les autres familles. De nombreuses femmes seules enceintes ont recours au 115 ; elles représentent 6 % des familles hébergées en 2008 [2].

Des difficultés sociales et des problèmes de santé importants

Les parcours d'exclusion de ces familles mettent en lumière une rupture par rapport au logement : 57 % des personnes en famille ont dû faire appel au 115 de Paris après avoir été expulsées de leur lieu d'habitation (chez une tierce personne dans la plupart des cas)¹ [2].

Par ailleurs, ces familles sont particulièrement démunies. La moitié d'entre elles ne bénéficient d'aucun suivi social et près de 60 % ne disposent d'aucune ressource financière (seules 16 % bénéficient d'allocations sociales). De plus, seules 45 % bénéficient de l'AME (Aide Médicale d'Etat) et 21 % de la CMU (Couverture Maladie Universelle). Ces difficultés administratives et sociales s'ajoutent à des problèmes de santé.

L'enquête SAMENTA portant sur la santé mentale et les addictions de personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [4] montre, en outre, que 29 % des adultes en famille souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévère, essentiellement de troubles anxieux (20,4 %)² ou de troubles sévères de l'humeur (8,3 %). Près d'un quart souffrent de troubles non sévères de l'humeur (23,3 %)³. Ces prévalences sont beaucoup plus élevées qu'en population générale, jusqu'à 5 fois plus pour les troubles non sévères de l'humeur. Les femmes sont plus exposées que les hommes, comme en population générale. Les troubles anxieux concernent, par exemple, 22,2 % des femmes contre 8,6 % des hommes, les troubles non sévères de l'humeur 24,2 % des femmes contre 17,2 % des hommes.

La précarité des femmes enceintes sans domicile est liée à divers facteurs :

une arrivée récente sur le territoire français, une situation administrative irrégulière, l'éclatement de la cellule familiale et l'isolement social de ces femmes, un parcours scolaire difficile, voire inexistant, et donc peu ou pas de qualification, l'absence d'emploi ou l'enchaînement de

¹ Source de données : 115 de Paris.

² Anxiété généralisée, trouble de l'adaptation ou état de stress post-traumatique.

³ Essentiellement des syndromes dépressifs légers ou moyens.

contrats précaires, pas de logement personnel stable ou digne, difficultés psychiques ou médicales préexistantes à la grossesse. Ces femmes ont le plus souvent tendance à déclarer leur grossesse tardivement, ce qui retarde la mise en place d'un suivi; elles méconnaissent leurs droits et les conditions d'accompagnement de la grossesse prévues au titre des dispositifs de droit commun et n'effectuent pas les démarches nécessaires pour être prises en charge dans ce cadre; elles tardent également à s'inscrire dans une maternité, ce qui accroît le risque d'une prise en charge inadaptée. Le risque est alors l'absence de suivi et une prise en charge retardée jusqu'à l'accouchement.

Par ailleurs, la précarité de ces femmes a des conséquences directes sur leur état de santé; elles peuvent être sous-alimentées ou malnutries; elles risquent de développer des complications liées à l'inadéquation de leur environnement de vie avec les besoins caractéristiques de la grossesse (insalubrité du logement, risques liés à la vie dans la rue, exposition à des substances psychoactives...); leur instabilité peut être anxiogène, particulièrement lorsqu'elle se conjugue avec la fragilité émotionnelle qui accompagne la grossesse, et cela peut entraîner des troubles psychiques de nature à aggraver leur situation sociale et à compromettre le développement de la relation mère-enfant.

Dans ce contexte, l'observatoire du Samusocial de Paris préconise dans son rapport SAMENTA [4] que les problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille puissent être évalués régulièrement par des équipes mobiles spécialisées dédiées aux familles en hôtel. Toujours dans ce même rapport, les auteurs indiquent que *“de plus en plus de femmes immigrées et vivant en hôtel sont amenées à accoucher dans des circonstances*

pénibles, avec notamment un accès aux soins compliqué (éloignement géographique, barrières culturelles ou de langue...). Le suivi à la sortie de la maternité doit être assuré afin de prévenir notamment les interactions pathologiques mère-enfant”.

Le rôle du Samusocial de Paris

En 2010, 50 nouvelles personnes par jour font appel au Pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière (PHRH) du Samusocial de Paris pour un hébergement en urgence⁴ [5]. Quand leur orientation est confirmée, ces familles se voient majoritairement proposer – contrairement aux personnes isolées⁵ – un hébergement en hôtel, faute de place en centre d'hébergement d'urgence collectif. Dans ce contexte de fragilité extrême, ces familles ne font pourtant pas l'objet d'une prise en charge spécifique, alors même que tout laisse à penser que leurs besoins, sur le plan social comme sanitaire, diffèrent de ceux des usagers cibles de l'urgence sociale.

Aujourd'hui, les familles hébergées à l'hôtel *via* le Samusocial de Paris peuvent – mais dans trois cas sur quatre seulement – être suivies par différents services: la CAFDA (centre d'accueil des familles demandeuses d'asile), l'APTAM (association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leur famille), l'OMF (Ordre de Malte France), ou encore les services sociaux au titre de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). L'orientation des familles vers tel ou tel dispositif d'aide dépend en partie de leur statut au regard de la législation et de leur situation socio-économique. Par ailleurs, les asso-

ciations Emmaüs, CASP Eglantine et Cité Saint-Martin accueillent dans la limite des places disponibles femmes et enfants en bas âge après évaluation conjointe du Samusocial Paris et de l'association SOLIPAM⁶.

Pour sa part, le PHRH par le biais de ses médiateurs (trices), intervient dans les hôtels. En 2009, 3 500 familles ont été visitées dans le cadre de ces médiations à la demande des hôteliers ou des plates-formes référentes [5]. Ces médiations sont l'occasion de répondre à des problèmes rencontrés par les hôteliers (respect du règlement), mais surtout des équipes des plates-formes (situation générale de la famille inquiétante, enfants laissés seuls...).

Dans ce contexte, la prise en charge de nombreuses femmes enceintes seules par le Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière a nécessité la mise en place, en mai 2010, d'un partenariat avec un hôtel dédié à ce public. Les femmes y sont orientées pendant leur grossesse et peuvent y rester jusqu'aux 3 mois de l'enfant si leur prise en charge par le Samusocial de Paris le nécessite.

Le GIP Samusocial de Paris – au-delà de l'hébergement qu'il assure en urgence – a développé des partenariats spécifiques autour de la prise en charge médico-psychosociale des tout-petits et de leurs mamans. L'association Solidarité Paris Maman (SOLIPAM) est un partenaire très actif du GIP, étant le seul réseau périnatal secondaire en Ile-de-France d'accès aux soins des femmes en situation de grande précarité enceintes ou ayant accouché, et de leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 mois (**voir encadré**).

⁴ Certaines de ces personnes ont pu avoir eu recours au PHRH par le passé.

⁵ En 2010, 98 % des nuitées attribuées aux familles sont en hôtel, contre 30 % des nuitées pour les personnes isolées.

⁶ Association Solidarité Paris Maman, SOLIPAM, créée le 22 février 2006 à Paris.

LE DOSSIER

Naissance et précarité

SOLIPAM : le réseau de santé périnatal/grande précarité Paris-Ile-de-France

Le réseau périnatal Solipam (Solidarité Paris Maman) repose sur le constat que la grande précarité pendant la grossesse constitue une urgence médicale¹. Son objectif : prendre en charge transversalement les problématiques sociales et médicales sur l'ensemble du territoire de santé parisien. Les membres fondateurs du réseau sont l'AP-HP, la maternité du groupe hospitalier Diaconesses-Croix Saint-Simon (PSPH), le GIP Samusocial de Paris, le Centre d'Action Sociale Protestant, la Ville de Paris, Direction des familles et de la petite enfance.

Le réseau, financé par le FIQCS depuis 2008, vise à :

- apporter une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée sur tout le territoire de santé parisien afin de répondre de façon optimale aux besoins de chaque femme enceinte et de son nouveau-né inclus dans le réseau, et cela tout au long de son parcours de soins jusqu'au 3 mois de l'enfant né,
- permettre une prise en charge globale de qualité au regard des normes professionnelles en menant des actions de formation et d'information sur les thèmes "précarité et périnatalité" auprès des partenaires du réseau,
- agir sur la morbidité périnatale, en agissant sur les facteurs sociaux afin de sortir les femmes et leurs enfants de l'urgence médicale générée par la vulnérabilité de leur environnement (13,7 % des femmes accouchant à l'AP-HP en 2005 avaient besoin d'un hébergement).

Un nouveau projet réseau est mis en œuvre depuis mars 2010. Il réunit régulièrement l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux dans le cadre de groupes de travail sur des enjeux opérationnels, de conduite du changement et d'évaluation du service rendu à la population, aux partenaires et à la collectivité.

Depuis 2010, en moyenne, 10 nouvelles femmes enceintes sont incluses mensuellement dans le réseau. La durée moyenne de suivi dans le réseau est de 6 mois. En 2009, 36,7 % des femmes suivies étaient prises en charge à l'hôtel par le Samusocial de Paris.

¹ Selon l'expression du Pr Dominique Mathieu Caputo, fondatrice du réseau.

330 femmes isolées ont été prises en charge par le réseau depuis sa création, auxquelles s'ajoutent 70 prises en charge de janvier à juin 2010.

Le Samusocial de Paris a aussi formalisé un partenariat avec la fondation Nestlé. Ce partenariat au bénéfice des familles hébergées par le 115 permet par la distribution de kits alimentaires, de satisfaire aux besoins nutritionnels des enfants

de 0 à 18 mois. Ces kits sont adaptés en fonction de l'âge des enfants : de 0 à 6 mois, de 6 à 8 mois, de 8 à 12 mois et de 12 à 18 mois. Ce sont ainsi près de 1000 kits (représentant 15 jours de repas) distribués chaque année, soit une file active d'une quarantaine d'enfants.

Mieux connaître ces familles est une priorité du Samusocial de Paris et, en particulier, leurs enfants, pour conce-

voir et mettre en œuvre des actions et des dispositifs adaptés.

L'Observatoire du Samusocial de Paris entame ainsi une étude sur les familles et leurs enfants afin de mieux cerner leurs besoins, leurs demandes et leurs attentes.

Bibliographie

1. GUYAVARCH E. Activité du 115 de Paris et caractéristiques des personnes hébergées via le 115 et les EMA en 2009. Observatoire du Samusocial de Paris (2010). <http://observatoire.samusocial-75.fr>
2. GUYAVARCH E, BOUIN A. Les SDF ont aussi une famille! Communication, à la journée scientifique de l'Observatoire du Samusocial de Paris (2009). <http://observatoire.samusocial-75.fr>
3. PORTAS C, MOREAU E, ROGER S. A Paris, la diversité des familles monoparentales reflète celle de la population. Insee Ile-de-France (2010 ; p. 299).
4. LAPORTE A, DOUAY C, DETREZ MA *et al.* La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samusocial de Paris et Inserm (UPMC, UMRS-707) (2010). <http://observatoire.samusocial-75.fr/>
5. Samusocial de Paris. Rapport d'activité 2009, Paris 2010, pp. 25-32. <http://www.samusocial-75.fr>

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.