



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**« L'ACCES AUX SOINS DES ENFANTS EN
SITUATION DE RUE À PARIS.**

QUELS DISPOSITIFS POUR ACCOMPAGNER LES FAMILLES MIGRANTES

EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE A PARIS ? »

Groupe n° 22

- ANBAR Anne-Sophie
- BOUKHARSSA Malika
- BOULANGER Alixia
- BREZARD Nadège
- GOURDON Fabien
- KEBABSA Zaia
- MARSÀ Cécile
- MAZELIER Pascale
- ROUSSEL Stéphanie
- STRASSER Thibault

Animatrice :

Clélia GASQUET-BLANCHARD

S o m m a i r e

Introduction	7
1. La France dispose d'un cadre juridique et institutionnel garantissant l'accès aux soins pour tous et plus particulièrement pour les enfants en situation de précarité	11
1.1. La région Île-de-France est confrontée à l'augmentation du niveau de précarité de sa population dans un contexte migratoire complexe	11
1.2. Le droit à la santé des enfants découle d'un cadre juridique riche organisant un accès universel aux soins en France	12
1.3. Un cadre juridique conforté par les politiques publiques et la mobilisation des acteurs institutionnels organisant l'accès aux soins pour les populations précaires	13
2. L'accès aux soins des enfants précaires repose sur une diversité d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux déployant des dispositifs spécifiques en Île-de-France	15
2.1. L'existence de pluralités de voies permettant aux enfants d'accéder aux acteurs de la santé	15
2.2. La prise en compte d'un accès aux soins est indissociable des autres besoins de l'enfant et de sa famille et tend à faire l'objet d'innovations	17
2.3. L'accès aux soins repose aussi sur l'engagement des professionnels et des bénévoles et sur un ensemble de réseaux de bonne volonté	20
3. La pertinence des dispositifs d'accompagnement des populations à la rue mérite d'être discutée au regard des constats relevés sur le terrain	21
3.1. L'accompagnement vers l'accès aux soins des familles et enfants précaires est remis en cause par l'existence de freins aux causes multiples	22
3.2. Le renforcement de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité s'insère dans une lutte globale contre la pauvreté et s'appuie sur des préconisations partagées	28
Conclusion.....	33
Bibliographie	34
Liste des annexes	37

Remerciements

Nous adressons nos premiers remerciements à notre animatrice, Madame Clélia GASQUET-BLANCHARD, pour sa disponibilité, son accompagnement, ses conseils avisés et pour la relecture de ce mémoire.

Nous remercions également tout particulièrement le docteur Arlette DANZON, adjointe au médecin chef de Protection Maternelle Infantile (PMI), et Madame Véronique BOULINGUEZ pour leurs idées et leurs conseils tout au long de ce Module Interprofessionnel (MIP).

Notre étude sur l'accès aux soins des enfants en situation de rue a pu être menée à bien grâce de nombreuses collaborations.

Ainsi, nous souhaitons remercier l'ensemble des professionnels et des acteurs de terrain qui ont accepté de nous ouvrir les portes de leurs structures et nous faire part de leur riche expérience malgré des emplois du temps chargés et dans un contexte calendaire particulièrement contraint. Merci à Mathilde ARCHAMBAULT, Clarisse BAUMAN, Hélène BRETIN, Annie CARON, Vanessa DINET, Laure GUENEAU, Adeline GRIPPON, Nawel LAGLAOUI, Caroline MALEPLATE, Estelle RIBLIER, Ramona STRACHINARU ainsi que le cabinet de Dominique VERSINI représentée en la personne de Julie BASTIDE.

Les entretiens menés furent riches et ont tous éclairé à leur façon notre sujet.

Nous tenons enfin à remercier l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et tout particulièrement l'équipe chargée de l'organisation du MIP pour nous avoir donné l'opportunité de travailler en inter-professionnalité et pour les moyens logistiques mis à disposition permettant de mener à bien nos travaux.

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale de l'Etat
AP-HP: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASV : Atelier Santé Ville
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAO : Centre d'Accueil et d'Orientaion
CAOMI : Centre d'Accueil et d'Orientaion des Mineurs Isolés
CASP : Centre d'Action Sociale Protestant
CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CEGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
CHUM : Centre d'Hébergement d'Urgence des Migrants
CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse
CMS : Centre Médico-Social
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
DEMIE : Dispositif d'Évaluation des Mineurs Isolés Étrangers
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
ESI : Espace Solidarité Insertion
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LAEP : Lieu d'Accueil Parents-Enfants
LIMA : Lieu de Mise à l'Abri
MNA : Mineur Non Accompagné
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OFII : Office Français de l'Intégration et de l'Immigration
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OSE : Œuvre de Secours aux Enfants
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PUMA : Protection Universelle Maladie
RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens
SOLIPAM : Solidarité Paris Maman
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SIAO : Service d'Information, Accueil et Orientation
UASA : Unité d'Assistance aux Sans Abris
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Adama se présente à 10h00 à l'ESI Georges Pitard. Elle est arrivée il y a un an en France en provenance du Sénégal avec ses trois enfants âgés de 2 ans, 7 ans et 10 ans. Elle s'est réfugiée la nuit précédente dans le service d'urgence d'un hôpital parisien. Aujourd'hui, et comme les jours précédents, elle va passer la journée au téléphone avec les services du Samu Social de la ville de Paris (« 115 ») afin de trouver une place d'hébergement. Si elle n'en trouve pas, elle devra passer la nuit dans la rue. Adama et ses enfants ont déjà enduré plusieurs nuits sous des ponts, dans des halls d'immeubles ou de gares. Lors de ces nuits, elle ne dort pas, elle veille ses enfants, s'assure qu'ils dorment bien, qu'ils sont protégés du froid et que rien ne leur arrive. Les dangers dans la rue sont nombreux, elle ne ferme pas l'œil.

Si les enfants sont considérés comme les personnes ayant l'âge de l'enfance, c'est à dire la période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence, ils sont particulièrement affectés par les situations de précarité. Ainsi, les enfants en situation de rue, sans logement stable ou dans un logement inadapté (hôtel, centre hébergement et de réinsertion sociale, etc.), sont victimes de nombreuses formes de précarité dès lors qu'ils subissent l'absence d'une ou plusieurs sécurités (emploi, logement, etc.), comme le définit le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE). Si notre étude porte donc sur les enfants en situation de minorité (de 0 à 18 ans), une attention particulière sur la place donnée à la prise en charge et à l'accès aux soins des enfants de 0 à 6 ans a été accordée au regard de leur vulnérabilité particulière.

Du fait des nombreuses interactions qui y sont associées, il convient de ne pas penser l'enfant comme une entité autonome. Il faut l'envisager dans son parcours de vie, son environnement et les différentes dimensions de sa famille (deux parents, un seul parent, une femme enceinte seule ou accompagnée). En effet, comme souligné par Madame Hélène BRETIN, sociologue de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), spécialiste des inégalités sociales et de la santé, lors d'un entretien : « *Les enfants ne sont pas ex-nihilo et ne sont pas seuls. S'intéresser à leur prise en charge sans tenir compte de leur environnement, et en l'occurrence des adultes qui les accompagnent, ne peut aboutir qu'à un regard tronqué de la réalité. Sauf à parler exclusivement des mineurs étrangers isolés non accompagnés...* ». La prise en charge d'un enfant en situation de précarité suppose un accompagnement qui dépasse largement le strict périmètre de l'accès aux soins. Celle-ci

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

doit englober tous les besoins fondamentaux de l'enfant, comme le concept de la figure de sécurité développé par le Docteur Marie-Paule MARTIN BLACHAIS. Ce concept présente la sécurité comme un méta besoin sans lequel les autres ne peuvent trouver une réponse satisfaisante. Cette notion serait sous-jacente des autres besoins fondamentaux de l'enfant, tels que l'alimentation, le logement ou encore la scolarisation. En ce sens, l'enfant ne pourrait se construire, s'épanouir et être en bonne santé s'il venait à manquer du sentiment de sécurité.

Selon le rapport de Dominique VERSINI, la précarité touche 22% des enfants vivants à Paris, soit 85 000 enfants de 0 à 17 ans dont les familles ont un revenu global inférieur à 60% du revenu médian en 2013. De plus, le nombre de Mineurs Non Accompagnés (MNA) a particulièrement augmenté. La mission MNA a recensé entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017, 14 908 personnes âgées de 10 à 17 ans sur le territoire français métropolitain et le rapport DOINEAU-GODEFROY estime que l'on pourrait dépasser 18 000 MNA en métropole, du fait du très grand isolement de certains d'entre eux. Cependant, seulement 8 000 sont pris en charge par les services de la protection de l'enfance sur l'ensemble du territoire français. Ceux qui ne bénéficient pas d'une prise en charge seraient obligés de retourner à la rue, générant, par exemple, fin d'année 2017 dans le XVIII^e arrondissement de Paris, une situation préoccupante face à l'augmentation des jeunes en errance dans le secteur de la Goutte d'Or.

Du fait de l'importance du nombre d'enfants concernés par une situation de rue et de leur augmentation ces dernières années causée notamment en raison des phénomènes migratoires, cette thématique nous a interpellé. Cet état de fait nous concerne particulièrement en tant que futurs professionnels de santé publique. Ainsi, nous avons voulu savoir si les dispositifs existants à Paris permettaient effectivement l'accompagnement de ce public et garantissaient un état de santé acceptable pour ce public, au sens d'état de complet bien-être physique, mental et social. Nous avons donc considéré l'accompagnement en santé dans son sens le plus large, à la fois à travers le prisme sanitaire, social et médico-social mais également en tenant compte du rôle de l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs. C'est finalement l'effectivité de l'article 27 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), qui reconnaît à tous les enfants dans le monde le droit à « *un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel et social* », que nous avons cherché à apprécier sur le territoire parisien.

Dès lors, nous nous sommes demandé si l'ensemble des dispositifs à destination des enfants et des familles en situation de rue permettait à ces derniers d'accéder aux soins de manière effective ?

En réponse à ce questionnement, plusieurs hypothèses peuvent être formulées, influencées par les lectures et l'actualité qui ont alimenté notre réflexion :

- Nous postulons que malgré l'enjeu global de cette problématique, le secteur étudié serait cloisonné, générant un manque de communication et d'information susceptible de compromettre la coordination et le travail des acteurs de terrain.
- Nous postulons une saturation des dispositifs face à une augmentation de la précarité.
- Nous postulons qu'il est nécessaire de développer des dispositifs allant au-delà du seul secteur sanitaire (du fait des nombreux déterminants de santé qui peuvent altérer l'état de santé d'un individu) pour améliorer la prise en charge et accompagner davantage les enfants en situation de rue vers les soins les plus adaptés.

Afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, et pour comprendre et décrire les dispositifs d'accès aux soins pour les enfants en situation de précarité à Paris, nous avons décidé de travailler selon trois méthodologies d'enquête détaillées en annexe 3 : une enquête documentaire, l'observation non-participante et des entretiens semi-directifs.

La recherche documentaire est au fondement de la recherche universitaire. Elle permet de questionner les dimensions du sujet, ses enjeux ainsi que de l'appréhender de manière globale et/ou restreinte. De plus, la recherche documentaire permet d'étoffer des données factuelles qui peuvent conforter une enquête qualitative. Cependant, cette méthode de recherche doit se faire avec précaution afin de départager les documents et les supports trouvés concernant une thématique où les informations sont particulièrement abondantes. De même, il convient de se départir des précédentes enquêtes dans le but de ne pas influencer le cadre de notre travail.

Le choix de l'observation non-participante a été rendu nécessaire dans notre enquête afin de pouvoir approcher la population ciblée. Du fait de l'absence d'un lien de confiance pérenne en raison du temps imparti et/ou de la barrière de la langue, il était impossible d'envisager une observation participante. Cette méthode permet notamment d'observer des comportements, des interactions dans le quotidien et des attitudes lorsque les acteurs sont confrontés à des situations particulières. Néanmoins, la présence de l'observateur peut biaiser les réactions des personnes observées qui agiront moins naturellement.

Le choix de l'entretien semi-directif est au cœur de notre enquête. Il a été privilégié en raison de sa nature qualitative. Les entretiens se sont déroulés conformément à des thématiques préalablement définies et décrites en annexe 4. Nos interlocuteurs pouvaient donc répondre librement à nos questions. Cette méthode d'enquête a pour avantage d'être facile à mettre en place d'adapter les thématiques en fonction de l'informateur. Elle permet une approche globale du sujet et de comparer les réactions des personnes interrogées. Néanmoins, les entretiens semi-directifs nécessitent un investissement lourd en termes de temps (disponibilité pour l'entretien, retranscription, analyse et interprétation). De plus, les réponses dépendent pour beaucoup des connaissances, représentations et/ou de la liberté de parole des informateurs.

L'application de ces règles méthodologiques nous a permis de recueillir plusieurs témoignages réalisés durant le mois de mai 2018 qui ont tous donné lieu à une transcription intégrale afin de permettre à l'ensemble du groupe de disposer du même niveau d'information.

Cela nous a permis d'éclairer nos hypothèses de départ. Tout d'abord, il s'avère que l'accès aux soins des enfants en situation de rue peut s'appuyer sur un cadre juridique et institutionnel protecteur (première partie) et sur un important réseau d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui mettent en œuvre plusieurs dispositifs (deuxième partie). Il n'en demeure pas moins que la pertinence des dispositifs mérite d'être discutée et que des préconisations peuvent être émises afin de tendre vers un accès aux soins plus effectif (troisième partie).

1. La France dispose d'un cadre juridique et institutionnel garantissant l'accès aux soins pour tous et plus particulièrement pour les enfants en situation de précarité

Face à une augmentation du niveau de précarité de sa population (1.1), la France peut s'appuyer sur un arsenal juridique solide (1.2) et sur un ensemble de politiques publiques et d'acteurs institutionnels afin d'accompagner les populations en situation de précarité vers un accès aux soins (1.3).

1.1. La région Île-de-France est confrontée à l'augmentation du niveau de précarité de sa population dans un contexte migratoire complexe

Le contexte de tensions à la fois structurelles, comme les contraintes budgétaires et la saturation des structures d'hébergement, et conjoncturelles, telles que la hausse globale de la pauvreté ou encore de l'arrivée de mineurs non accompagnés sur le territoire, affecte les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité.

Selon le rapport de l'Observatoire des inégalités de 2017¹, sur cinq millions de personnes pauvres en France, 1,8 million sont des enfants. Les situations de grande précarité sont particulièrement manifestes dans l'agglomération parisienne. Les données du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)² de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France font apparaître une progression de la grande pauvreté de 0,5 point de 2007 à 2011 et représente près de 400 000 personnes. Face à cette progression, l'Etat héberge en Île-de-France environ 92 000 personnes, dont 35 000 à l'hôtel en 2016. Les enfants représentent 50% des personnes hébergées. Selon ce rapport, près de 8 familles sur 10 (dont 2 enfants sur 3) sont hébergées à l'hôtel et souffrent souvent d'insécurité alimentaire. Par ailleurs, au 30 septembre 2015, il y avait 132 bidonvilles dans lesquels vivaient 7214 personnes dont 2117 mineurs en Île-de-France. Enfin, 55% des appels au 115 étaient issus d'appels de familles en situation de rue en 2014.

En outre, la région est particulièrement affectée par l'arrivée de migrants en provenance de pays en guerre et en quête d'asile politique. Le rapport DOINEAU – GODEFROY du 28 juin 2017 indique que 13000 MNA se trouvaient sur le territoire national

¹ Observatoire des inégalités, *Rapport sur les inégalités en France*, sous la direction d'Anne Brunner et Louis Maurin, juin 2017

² Bilan du Projet régional de santé Île-de-France – PRAPS 2013-2017, février 2018.

en décembre 2016 et que ce chiffre pourrait dépasser 25 000 à la fin de l'année 2018. Depuis le 2 juin 2015, 30 opérations de mise à l'abri de personnes installées dans des campements de fortune dans l'espace public ont été organisées et plus de 21 728 offres de places d'hébergement ont été proposées en Île-de-France.

Dans ce contexte, l'accroissement préoccupant du nombre de personnes en situation de grande pauvreté, dont de nombreux mineurs, représente un défi pour notre système de soins et interroge la capacité du système de protection sociale français à rendre effectif le droit à l'accès à la santé pour tous (1.2).

1.2. Le droit à la santé des enfants découle d'un cadre juridique riche organisant un accès universel aux soins en France

Le droit à un accès universel aux soins est reconnu par différentes normes à la fois conventionnelles, constitutionnelles et légales.

Au niveau constitutionnel, le préambule de la Constitution de 1946 énonce que : « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant (...), la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». Au niveau conventionnel, la CIDE du 20 novembre 1989 énonce que chaque enfant a droit à un niveau de vie suffisant et à jouir du meilleur état de santé possible (art 27).

Par ailleurs, cette protection des enfants est prévue à l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles qui dispose que : « La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ». De plus, L'article L.1111-5 du code de santé publique prévoit la possibilité d'un accès aux soins des mineurs lorsque l'autorité parentale fait défaut, notamment pour les mineurs non accompagnés.

Ces différentes sources juridiques permettent de garantir un droit à la santé, matérialisant le choix collectif d'assurer aux enfants un accès effectif aux services de santé. Cependant, les textes juridiques ne pourraient pas avoir de portée si les institutions et les politiques publiques ne dotaient pas les acteurs d'outils permettant de mettre effectivement en œuvre le droit à la santé, donc l'accès aux soins (1.3).

1.3. Un cadre juridique conforté par les politiques publiques et la mobilisation des acteurs institutionnels organisant l'accès aux soins pour les populations précaires

Conformément aux principes et règles juridiques précédemment énoncés, différentes politiques publiques assurent l'accès aux soins et la protection des mineurs en situation de grande précarité.

Ainsi, l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 consacre la Protection Universelle Maladie (PUMA), qui garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. En outre, s'agissant des personnes en situation irrégulière, l'Aide Médicale d'Etat (AME) offre une prise en charge gratuite, avec tiers payant, des frais de santé dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (art. L.251-1 du code de l'action sociale et des familles). En principe, dès leur arrivée, les enfants étrangers bénéficient de l'AME, quelle que soit la situation de leurs parents.

Par ailleurs, des acteurs institutionnels garantissent également l'effectivité de cet accès aux soins. Pour faire face aux inégalités les plus importantes, les lois de santé de juillet 2009 et de janvier 2016 dotent les régions d'un PRAPS structurant et facilitant l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Ce programme a pour vocation de fédérer l'action des différents services de l'ARS sur les questions de santé des plus fragiles et des exclus. Le PRAPS francilien de première génération (2013 - 2017) a été conçu et mis en œuvre comme « *un outil de guidance, un référentiel de repères et de bonnes pratiques* ». Il concerne l'accès à la santé des personnes en situation de grande précarité, telles que les personnes sans abri ou en logement précaire, les personnes en situation administrative instable ou encore les jeunes en difficulté d'insertion sociale (les mineurs non accompagnés, les jeunes sortis du dispositif de l'aide sociale à l'enfance ainsi que les jeunes en errance, etc.). La mise en place des dispositifs a été pour partie financée par l'ARS de l'Île-de-France à hauteur de 3 362 965 euros. A titre d'exemple, le PRAPS en Île-de-France a permis la mise en place de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ambulatoires dans les quartiers les plus défavorisés.

Par ailleurs, l'extrême vulnérabilité de l'enfance a conduit à la mise en place de politiques publiques spécifiques confiées à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), organisée par la Direction de l'Aide Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) à Paris. La mise en

place de ces politiques publiques est assurée par deux acteurs principaux : la PMI et la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Le Service Départemental de PMI assure des actions de prévention, de dépistage et d'accompagnement des futurs parents et des enfants de moins de six ans, en consultation ou à domicile ou en lien avec l'école maternelle (bilan des quatre ans) et les lieux d'accueil de la petite enfance, au cœur du réseau périnatal, et petite enfance, à la croisée du sanitaire et du médicosocial. Ouvert à tous, c'est un acteur essentiel de la réduction des inégalités de santé pour les mères et les jeunes enfants. En proximité des publics, il assure également un repérage des vulnérabilités et propose un accompagnement adapté aux situations. Ces missions sont complétées par l'action de la CRIP en charge du repérage et de la protection des enfants qui, exposés à un risque ou à des maltraitements avérés, ne peuvent demeurer dans leur famille. Ces missions sont réalisées en étroite collaboration avec le service de la DASES.

Enfin, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) a été associée à la création de dispositifs permettant l'accès à la santé pour les mineurs non accompagnés. La PJJ dépend du ministère de la justice et s'occupe de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre. Cependant, lors du démantèlement de la Lande de Calais, la PJJ a été sollicitée en vue de garantir l'orientation des mineurs non accompagnés ou des mineurs se présentant comme tels vers les Centres d'Accueil et d'Orientation des Mineurs Isolés (CAOMI). Il s'agit de dispositifs qui sont hors du droit commun et qui répondent à un besoin de mise à l'abri en extrême urgence, pour une durée estimée de trois mois, avant que ces derniers puissent être réorientés soit vers le Royaume-Uni, soit vers le dispositif de protection de l'enfance de droit commun. Ils doivent assurer l'hébergement et la sécurité des mineurs et veiller à l'identification et à la prise en charge de leurs besoins, notamment médicaux et psychologiques.

Ainsi, la multiplicité des politiques publiques et des acteurs en charge de leur application vise à matérialiser le principe constitutionnel de solidarité. Cependant, si ces acteurs institutionnels organisent des programmes et des actions à destination des populations démunies pour faciliter leur accès aux soins, ils interagissent avec un ensemble d'autres acteurs dans le cadre de réseaux sanitaires, médico-sociaux et sociaux le but est d'accompagner l'accès aux soins des enfants en situation de précarité à Paris.

2. L'accès aux soins des enfants précaires repose sur une diversité d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux déployant des dispositifs spécifiques en Île-de-France

L'accès aux soins des enfants et des familles en situation de précarité en Île-de-France nécessite de tenir compte de l'ensemble des acteurs qui agissent contre la précarité en permettant l'accès aux soins des enfants, même en dehors du droit commun, via des dispositifs spécifiques (2.1). Par ailleurs, ce même réseau d'acteurs coopère aussi pour apporter à l'enfant et à sa famille des réponses à leurs besoins primaires. C'est par le biais d'une réponse aux besoins primaires de l'enfant qu'une partie des acteurs agit alors sur les déterminants de santé de l'enfant et l'oriente vers les soins (2.2). De ce fait, la pertinence des dispositifs dépend de l'engagement des professionnels et des bénévoles, au risque parfois de devoir « *bricoler* » l'accompagnement des populations en situation de précarité (2.3). Même si de nombreux acteurs listent de façon partielle leurs partenaires, il n'existe à Paris aucune cartographie exhaustive qui recense l'ensemble des structures et des acteurs institutionnels et de terrain. Une telle cartographie trouverait néanmoins rapidement ses limites eu égard au caractère mouvant dans le temps et dans l'espace des situations et des organisations.

2.1. L'existence de pluralités de voies permettant aux enfants d'accéder aux acteurs de la santé

Pour les enfants disposant de droits ouverts, la voie principale d'accès aux soins devrait être celle du médecin de ville et/ou du pédiatre. Cependant, les publics vulnérables confrontés à une importante précarité ne parviennent pas à utiliser cette voie tout au long de leur parcours, soit faute de droits ouverts, soit par méconnaissance.

Tout d'abord, les enfants peuvent être accueillis pour un premier accès aux soins aux urgences de l'hôpital, l'accès par le « 15 » demeurant à la marge eu égard à l'absence de domicile. Dès lors, un suivi autour du service social peut être mis en place à l'hôpital pour gérer l'ouverture de droits à l'AME ou accompagner la sortie, notamment s'agissant de la question délicate de l'hébergement. Par ailleurs, des informations préoccupantes peuvent être transmises à la protection de l'enfance.

De la même manière, cinq PASS en Île-de-France, dont deux seulement sur Paris, sont dédiées à l'accès aux soins des enfants : Ambroise-Paré (Boulogne – 92), Armand

Trousseau (Paris 12), Jean-Verdier (Bondy - 93), Robert Debré (Paris 19) et Louis Mourier (Colombes – 92). Elles constituent la principale porte d'entrée pour le *primo* accès aux soins. Ces PASS sont complétés par des PASS ambulatoires. On peut souligner par ailleurs l'action du département 93 qui a mis en place une PASS de proximité ouverte pour les soins de ville. Ce mécanisme permet aux personnes d'avoir accès à un médecin traitant plus rapidement et ainsi d'éviter le passage par l'hôpital. Une convention a été établie avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) afin de réduire les délais de traitement des dossiers d'ouverture des droits.

Par ailleurs, la ville de Paris concentre huit PMI dont les missions consistent à lutter contre la mortalité infantile et à permettre une prise en charge globale de la santé de la mère mais également de l'enfant de moins de 6 ans. La PMI assure donc une protection maternelle par le biais des consultations prénatales et postnatales ainsi que par des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes. Les centres de planification peuvent proposer aux femmes enceintes une première consultation de suivi de grossesse ainsi qu'une échographie et un bilan sanguin dans l'attente du premier rendez-vous en maternité. Si le suivi des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité est assuré au sein des centres hospitaliers de l'Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), cette première consultation représente un accès aux soins non négligeable pour des femmes souvent en situation de détresse. Ce réseau de soins coordonne les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité sanitaire et sociale afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes à la rue, des jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au troisième mois après la naissance. Le premier contact médical peut donner lieu à une orientation en fonction des problèmes de santé différents acteurs pour des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Par exemple, les treize Centres Gratuits d'Information (CGI), de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) en Île-de-France ont pour missions de dépister les hépatites virales, le virus du SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT), qui couvre toute la chaîne de lutte contre la tuberculose. De plus, les PMI visent la protection effective des enfants de 0 à 6 ans au moyen d'actions de prévention. En ce sens, trois centres de PMI sont spécialement à l'accueil d'enfants en situation de rue à Paris.

D'autres acteurs sont engagés en faveur d'un meilleur accès aux soins pour les publics les plus précaires. Ainsi, les Centres Médico-sociaux (CMS) ainsi que certaines associations, tels que Médecins du Monde, assurent des consultations médicales au sein de

leur centre. Des interventions dans les bidonvilles en appui avec la Pharmacie Humanitaire Internationale, qui délivre les médicaments aux intéressés, sont également assurées.

Enfin, certains acteurs, comme les Ateliers Santé Ville (ASV) visent à agir plus spécifiquement sur les déterminants de santé. On peut également mentionner les Maisons des adolescents, qui sont des lieux d'accueil multidisciplinaire et de conseil gratuit et anonyme pour tous les jeunes de 12-20 ans en matière de santé, relations, sexualité, scolarité, mal être ou addiction. Enfin, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) vise à assurer la prise en charge spécifique des enfants handicapés.

L'offre sanitaire proposée sur Paris est donc solidement complétée par une offre médico-sociale. Au regard des parcours et de la diversité des acteurs, on constate une forte interconnexion des organismes afin d'assurer l'efficacité des actions engagées pour tenter de répondre aux besoins primaires.

2.2. La prise en compte d'un accès aux soins est indissociable des autres besoins de l'enfant et de sa famille et tend à faire l'objet d'innovations

Si les acteurs médicaux et médico-sociaux jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge des enfants et des familles, d'autres structures interviennent afin de répondre aux besoins multiples de ces populations précaires. Comme décrit ci-dessous, la place du secteur associatif, parfois mandaté et souvent financé par les pouvoirs publics, est majoritaire.

Au titre de l'accueil et de l'hébergement, les maraudes des différents acteurs, le « 115 » et le Samu Social de Paris sont les trois voies les plus caractéristiques de l'accès aux soins. Depuis 2004, la Mairie de Paris a également mis en place une Unité d'Assistance aux Sans-Aabri (UASA) qui intervient sur l'ensemble du patrimoine municipal ou dans des lieux où les autres maraudes ne peuvent pas se déplacer (sites particulièrement sensibles, talus de périphérie, canaux, etc.). Cette unité municipale, unique en France, est constituée de vingt-sept inspecteurs de sécurité, de deux travailleurs sociaux et de deux interprètes qui maraudent pour maintenir un lien avec les sans-abri (14 000 contacts en 2014), les orienter vers les structures d'accueil et contribuer à les « sortir de la rue » (150 « sorties de la rue » en 2014). Il existe aussi de nombreux acteurs associatifs qui agissent ou viennent en soutien

sur les enjeux essentiels liés au logement d'urgence (COALIA, le LIMA, Les enfants du canal, Dom'Asile, Paris d'Exil et Utopia 56, etc.).

S'agissant de l'aide alimentaire, de nombreuses structures existent, dont certaines sont particulièrement emblématiques : le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), la Banque Alimentaire, les Restos du Cœur, les Restos solidaires, le Secours catholique et Secours populaire, etc. Ces acteurs s'engagent à fournir des repas soit aux structures accueillant des personnes en situation de grande précarité soit en distribuant directement des repas. Dès lors, ils sont pleinement engagés en faveur du bien-être des personnes en situation de rue.

A ce premier contact qui vise à répondre aux besoins primaires, différents dispositifs innovants ont été développés à Paris afin de répondre à l'ensemble des besoins des enfants précaires de manière coordonnée. Il s'agit de l'Espace Solidarité Insertion (ESI) et du Centre d'Hébergement d'Urgence des Migrants (CHUM)

Ainsi, les ESI, spécialement dédiés aux familles et implantés à Paris, constituent des dispositifs innovants en concentrant dans un lieu unique diverses prestations médicales, sociales et matérielles. Il s'agit de l'ESI Georges Pitard, le plus ancien créé en 2002 tandis que le plus récent est situé dans le deuxième arrondissement de Paris, à Bonne Nouvelle. Leur fonctionnement est atypique dès lors qu'ils cherchent à décloisonner le travail de chacun des acteurs du social et du médical en les faisant agir quotidiennement dans un espace commun. Ainsi, des sages-femmes, des psychologues ou encore des pédiatres tiennent des permanences dans ces lieux. Par ailleurs, ils permettent aux familles d'accéder à des ressources matérielles, telles que des lave-linges, des postes informatiques, etc. Les ESI sont financés par de multiples partenaires : la DASES, la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP), la Caisse d'Allocation Familiale (CAF). Ces structures poursuivent par conséquent de nombreux objectifs déterminés par des logiques propres à chacun de ces acteurs : décloisonnement et coordination des différents dispositifs, expérimentations, accès aux soins, accompagnement à la parentalité, etc.

Au-delà du décloisonnement des métiers, les ESI permettent aussi à des acteurs associatifs aux pratiques professionnelles différentes de collaborer dans un objectif commun. L'exemple de l'ESI Bonne Nouvelle montre ainsi la coopération de deux associations pour organiser son fonctionnement : il s'agit de l'Oeuvre de Secours aux Enfants (l'OSE) et du

Centre d'Action Sociale Protestant (CASP). Ces associations mettent en commun leurs approches, l'une centrée sur la protection de l'enfance et l'autre sur l'accompagnement social au service de la prise en charge des familles à la rue.

De nouveaux métiers et de nouvelles activités sont mis en place dans ces structures. En effet, le rôle de médiateur est aussi renforcé pour les acteurs agissant au sein de ces structures puisqu'ils se positionnent à l'intersection de différentes structures et dispositifs. Au sein de l'ESI Georges Pitard, le rôle d'équipier a été testé, puis pérennisé, suite à l'initiative des personnes accueillies qui, voyant l'équipe en difficulté, se sont proposées d'intervenir comme intermédiaires auprès des personnes accueillies. Ce rôle d'équipier est basé sur le volontariat et implique une participation aux formations et aux réunions dispensées au sein de l'ESI. Ce statut permet, d'une part, de renforcer le lien avec les personnes accueillies et d'autre part, de redonner un sentiment d'utilité sociale pour les volontaires. L'équipe de l'ESI souhaite désormais faire reconnaître ce statut à un niveau institutionnel.

Une autre expérimentation est mise en œuvre au sein de l'ESI Bonne nouvelle depuis avril 2018 : il s'agit du Lieu d'Accueil Enfants-Parents (LAEP), dont le financement est assuré par la CAF. Ce lieu permet à des psychologues d'accompagner les familles dans le jeu avec leurs enfants. Il permet aux parents « d'oublier endant quelques temps les difficultés du quotidien pour se recentrer sur le lien avec leur enfant à travers le jeu. Dès lors, le LAEP a pour objectif de préserver le lien entre parent et enfant dans des situations où celui-ci peut être mis à mal. Cet espace est ouvert à toutes les familles, en situation de rue ou non. Par conséquent, il vise à mélanger tous les publics et leur offrir un accès égal à des prestations pour le développement psychologique des enfants. Pour autant ; ces structures n'offrent qu'un accueil de jour, aussi les familles qui ne disposent pas d'un hébergement sur place consacrent le temps passé dedans à appeler le « 115 ».

Par ailleurs, le Centre d'Hébergement d'Urgence des Migrants (CHUM), mis en place il y a un peu plus d'un an, semble être une solution qui rassemble à la fois les avantages des ESI tout en proposant un hébergement aux familles. Elles peuvent ainsi être stabilisées durant plusieurs semaines et ne sont pas dirigées vers plusieurs hôtels différents au cours du même mois. Ainsi, le CHUM situé à Ivry concentre sur un seul site trois pôles pour une prise en charge globale : un pôle santé géré par le Samu social, un pôle social géré par Emmaüs Solidarité et un pôle éducatif géré par l'Education nationale.

De nombreux acteurs, tels que l'association Hors la Rue ou Ecole dans la rue, se déploient sur le terrain afin de construire un lien de confiance avec des populations très mobiles et craintives vis-à-vis des institutions.

Tous ces acteurs et ces dispositifs contribuent à l'intégration, l'éducation et/ou la scolarisation des enfants (...). Comme souligné par la Présidente de l'association Hors la Rue : « ... le but est de redonner à ces jeunes une véritable place d'enfant. Lorsqu'ils sont dans la rue, ils sont dans une stratégie de survie, d'activité pécuniaire (mendicité), petite délinquance (vol téléphone portable ou au distributeur de billets). A partir du moment où le lien de confiance est tissé, on essaye de leur faire reprendre une place d'enfant. Ils n'ont rien d'autre à faire qu'à apprendre, jouer et prendre soin d'eux... ».

Dès lors, de nombreux acteurs associatifs interviennent pour permettre l'accès aux soins des enfants en situation de précarité. Cependant, il est clairement apparu que l'effectivité de cet accès repose sur l'engagement personnel des professionnels et sur la constitution de réseaux de bonne volonté (2.3).

2.3. L'accès aux soins repose aussi sur l'engagement des professionnels et des bénévoles et sur un ensemble de réseaux de bonne volonté

L'accès aux soins des enfants en situation de grande précarité est en partie assuré par l'engagement personnel de professionnels et par la constitution de réseaux de bonne volonté sans lesquels le public aidé ne pourrait accéder à une prise en charge dans les meilleures conditions.

Ainsi, l'ensemble des professionnels mais également des bénévoles, des jeunes volontaires du service civique ou des stagiaires assure l'effectivité de l'accès aux soins grâce à leur engagement personnel. Ces professionnels permettent la mobilisation d'un très grand nombre d'acteurs pour un faible coût. Cet engagement pallie certaines limites inhérentes au système de santé. A titre d'exemple, la présence de nombreux bénévoles permet de pallier le manque de moyens de certaines structures, comme par exemple à l'ESI Georges Pitard où une pédiatre et une sage-femme interviennent plusieurs fois par semaine. L'engagement apparaît ainsi particulièrement important notamment au regard de la situation parfois matériellement contrainte de certaines structures. Dans de nombreux entretiens, il ressort que l'accueil et la prise en charge effective des personnes en situation de rue est assurée par

l'engagement personnel des professionnels et/ou des bénévoles. *A contrario*, l'importance de l'engagement associatif a pu susciter des critiques quant au manque d'engagement des pouvoirs publics. Comme exprimé lors de l'entretien mené avec Médecins du Monde à propos des bénévoles : « *Ils (les pouvoirs publics) tirent sur la corde sensible et ils tirent fort, ils savent que l'on peut utiliser mêmes nos deniers personnels pour solutionner les problèmes, ils doivent peut-être ne pas négliger la chose. Ils utilisent indirectement notre fibre sociale, ils savent qu'ils peuvent en disposer...* ».

S'agissant des réseaux de bonne volonté, les témoignages des acteurs précisent que plusieurs d'entre eux sont amenés à s'impliquer au-delà ou en dehors de leur périmètre d'actions. À titre d'exemple, on peut citer l'assistante sociale du LIMA : « *Le LIMA n'a pas vocation à revoir les familles mais en raison de la conjoncture, c'est ce qui se passe, on revoit les gens trois ou quatre fois. Il y a à Paris deux accueils de jours à l'ESI Bonne Nouvelle et Georges Pitard avec une capacité de 1200 personnes et un accueil réel dans les faits qui avoisine les 1700...* ». L'action des acteurs bénévoles est donc souvent portée par des valeurs ou des convictions personnelles. Les acteurs qui fondent leur engagement sur leurs convictions et croyances religieuses (CASP, Entraide Protestante, Secours catholique, etc) illustrent ce constat et peuvent même parfois surprendre au regard de l'importance des missions qui leurs sont transférées. Le DEMIE est ainsi porté par la Croix rouge, acteur laïc dont les origines catholiques sont connues. Le CASP est mandaté par la Ville de Paris pour mettre en place un plan d'action pour faire face à l'afflux de mineurs marocains en errance dans les rues de la Goutte d'Or. Enfin, la gestion de l'ESI Bonne Nouvelle est assurée par le CASP de même qu'Emmaüs, association majeure dans la lutte contre la pauvreté, qui porte l'ESI Georges Pitard.

Malgré la force de l'engagement de l'ensemble de ces acteurs, plusieurs difficultés doivent être surmontées pour favoriser une meilleure prise en charge des enfants. Il apparaît par ailleurs de nos échanges que différentes perspectives peuvent être envisagées.

3. La pertinence des dispositifs d'accompagnement des populations à la rue mérite d'être discutée au regard des constats relevés sur le terrain

L'analyse des constats relevés lors des entretiens et des observations non participantes permet de discuter les modalités de l'accompagnement des enfants et familles à la rue vers les dispositifs d'accès aux soins (3.1). Un renforcement de ces derniers au

moyen de leur insertion dans une politique globale de lutte contre la pauvreté tout en s'appuyant sur le respect de préconisations partagées semble nécessaire (3.2).

3.1. L'accompagnement vers l'accès aux soins des familles et enfants précaires est remis en cause par l'existence de freins aux causes multiples

3.1.1. L'existence de limites politiques, économiques, administratives, sociales et culturelles freine l'accompagnement des enfants vers la santé

Au travers de nos observations et à la suite des différents entretiens menés, des difficultés économiques, administratives et politiques ont été relevées. Ces problèmes nous sont apparues comme autant de limites s'agissant de l'accompagnement des familles en situation de précarité.

Tout d'abord, le contexte économique actuel contraint affecte particulièrement les acteurs. En effet, le déficit public s'élève à 59,3 milliards d'euros en France en 2017 tandis que le nombre de personnes en situation de grande pauvreté s'accroît, notamment en Île-de-France. Cet effet ciseau apparaît comme une limite particulièrement importante dès lors qu'il affecte le fonctionnement matériel des structures dédiées à la prise en charge des personnes en situation de grande précarité (baisse des subventions, rationalisation des aides financières, etc.). De plus, certains dispositifs sont questionnés dans leur essence. En effet, le coût de l'AME fait régulièrement l'objet de critiques. Selon un rapport de la Mission santé du Sénat de 2016, l'AME représente un coût de 814,1 millions d'euros en progression. Cette dépense est de plus extrêmement concentrée sur la région Île-de-France, qui représente 53% de la dépense totale d'AME et 30% de la dépense totale d'AME pour Paris³.

Par ailleurs, de nombreuses limites administratives doivent être soulignées. Ainsi, les délais d'attente de l'instruction d'un dossier d'AME peuvent être particulièrement longs au regard de la situation des demandeurs. En 2015, le délai moyen était de 39 jours. Si la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) s'est engagée à réduire à 25 jours les délais d'instruction des dossiers, les CPAM d'Île-de-France sont confrontées à l'accroissement des demandes et, en conséquence, à l'allongement des délais de traitement des dossiers.

³ Rapport de M.Francis DELATTRE, Mission santé 2016 Sénat, pour le Projet de loi de finances pour 2017
22 EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

La complexité des démarches administratives est un autre élément soulevé par les acteurs. Si certaines structures accueillent des permanences de la CPAM au sein des accueils de jour, d'autres en sont dépourvues. Ainsi, une association comme Médecins du Monde peine à avoir des contacts privilégiés avec la CPAM et rencontre difficultés pour ouvrir des dossiers. Beaucoup d'acteurs tels que les travailleurs sociaux ou des associations s'interrogent sur l'organisation volontaire de cette complexité qui aurait pour but de ralentir *de facto* les procédures. Ainsi, les demandeurs sont régulièrement confrontés à l'absence de réponse des services administratifs, au comportement inadapté des agents, à des demandes contradictoires témoignant d'un manque de connaissance des personnels, etc. En outre, des objectifs contradictoires mettent les acteurs en tension. Si les permanences des CPAM dans les structures sont reconnues par les acteurs pour la simplification de l'accès aux droits qu'elles assurent, les contraintes budgétaires peuvent conduire à la baisse du nombre de ces permanences. Dès lors, des moyens comme internet et le téléphone sont favorisés pour la poursuite des démarches alors même que ces publics en grande difficulté nécessiteraient un accompagnement dans la proximité.

Des contraintes réglementaires en inadéquation avec la situation de personnes en situation de rue retardent également l'ouverture de droits et *in fine* l'accès aux soins. Ainsi, pour prétendre à l'AME le demandeur doit justifier de trois mois de présence sur le territoire national, excepté pour les enfants. Ce délai imposé retarde d'autant l'attribution et l'accès aux droits, d'autant plus que les familles en situation de rue rencontrent de nombreuses difficultés à rassembler de tels justificatifs. Lors de notre entretien avec Médecins du Monde, il nous a été expliqué qu'une demande d'AME est souvent suivie d'une réponse négative. Selon notre interlocuteur, ces refus seraient le reflet : « *d'une incompétence ou d'un abus volontaire de la CPAM* ».

Enfin, les difficultés administratives des personnes en situation de précarité doivent être appréhendées au regard des expériences difficiles, parfois traumatisantes, des familles. A leur arrivée sur le territoire, des familles se retrouvent parfois complètement isolées et en perte de repères. Ces familles sont coupées de leurs liens traditionnels. Alors qu'elles pouvaient élever leurs enfants avec l'aide d'un cercle familial incluant une forte présence des grands-parents, la migration les confronte à une prise en charge solitaire. Les parcours migratoires très heurtés sont souvent évoqués et représentent autant d'expériences traumatisantes à supporter. De même des enfants qui ont été soumis à des conditions très éprouvantes physiquement et psychologiquement, dormant dans des gares, sont reçus. Leur

fatigue et la distance qu'ils entretiennent avec les institutions rendent d'autant plus difficile l'assimilation des informations dispensées par les acteurs. Ainsi, les travailleurs du LIMA considèrent même que seulement 20% de l'information qu'ils leur délivrent est retenue.

D'autres limites, propres aux acteurs et à leur organisation peuvent également être relevées. Les structures rencontrées agissent majoritairement à court terme, dans un contexte d'incertitudes quant aux moyens qui leurs sont alloués. Si les acteurs s'adaptent aux demandes croissantes, leur bonne volonté ne peut pas à elle seule répondre à l'intégralité des demandes, comme le montre la saturation des dispositifs d'accueil au sein de l'ESI Georges Pitard. Dans cette structure, il nous a été indiqué que l'accueil des familles pouvait être interrompu en cas de forte affluence, entraînant la fermeture de l'ESI. De plus, les délais d'attente pour les rendez-vous peuvent être longs alors que les enfants ne peuvent souvent pas attendre dix jours, comme le souligne l'interlocuteur de l'association Hors la rue. Des redondances dans la prise en charge peuvent aussi exister, comme lorsque les professionnels de santé ne savent pas si un enfant a été vacciné. Si les sérologies sont coûteuses, des revaccinations sont effectuées pour ne pas faire prendre un risque à l'enfant. Cela traduit ainsi les difficultés d'assurer un suivi médical efficace des familles.

La prise en charge des enfants et des familles peut également être freinée par la barrière de la langue. Si des outils comme l'interprétariat existent, ils sont particulièrement coûteux et n'assurent pas nécessairement la compréhension de chaque personne au regard de la diversité des langues parlées. En conséquence, les acteurs déplorent la perte d'informations potentiellement dommageable pour le patient. Le profil des professionnels rencontrés témoigne cependant d'un recrutement qui tient de plus en plus compte des compétences linguistiques des travailleurs (roumain, arabe, espagnol, etc.). Leur nombre demeure cependant restreint et le recours à l'interprétariat par les acteurs est réduit car le coût reste élevé. En derniers recours, les structures s'en remettent aux outils de traduction en ligne.

Par ailleurs, la sectorisation du système de prise en charge par âge, territoire et compétence peut fragiliser la prise en charge globale des enfants. En effet, chaque acteur tend à se spécialiser dans un domaine de prise en charge. Ainsi, le Samu Social de Paris est officiellement l'acteur principal en termes d'hébergement tandis que la PMI et la PASS ont comme champ de compétence les soins. La PMI s'occupe également du suivi médical et de l'accompagnement des femmes enceintes, des enfants de 0 à 6 ans et l'association Hors la

rue prend en charge les enfants de 10 à 12 ans jusqu'à la majorité, etc. Cette segmentation de l'activité rend *de facto* le suivi des familles difficile. L'absence de coordination et de communication entre les acteurs peut compromettre la prise en charge des familles et le travail réalisé par chacun. Or, l'observation participante a pu mettre en évidence la tension qui existe entre l'impératif de compilation et de recensement des informations pour chaque personne prise en charge et les difficultés induites par la gestion propre des structures, alors que le dialogue et l'examen des personnes restent la priorité quotidienne.

A la multiplicité des acteurs, s'ajoute le manque de stabilité des familles qui devient alors une priorité pour chacun des acteurs afin de débiter le travail d'aide et d'accompagnement. A chaque changement de logement, et particulièrement d'hôtel, ou d'expulsions de camps ou de bidonvilles, les acteurs sont obligés de reprendre leur travail depuis le début car la domiciliation est le point crucial pour l'ouverture de droits. Cette délocalisation implique que les démarches et les contacts sont à reconstruire.

Les acteurs des ESI déplorent également l'inadaptation des logements aux besoins des familles. Si certains logements apparaissent en bon état, le manque d'entretien met en évidence de nombreuses situations d'insalubrité. En outre, les familles ne peuvent pas cuisiner dans les hôtels, ce qui est un frein à l'aide alimentaire, d'autant plus que le panel associatif n'est pas le même hors de Paris.

Enfin, la prise en charge de certains professionnels à l'égard des familles et enfants en situation irrégulière peut parfois paraître dégradée, ce qui ressort du discours des acteurs. Par exemple, l'association Hors la rue témoigne des difficultés rencontrées lors d'accompagnements (délais d'attente, personnels rudoyant, etc.).

Pour pallier ces dysfonctionnements, les acteurs usent de stratégies d'identification des services d'urgences les plus « bien traitants » pour ces familles vulnérables. Il en résulte une forte inventivité des acteurs qui permet souvent de dépasser les limites rencontrées.

3.1.2. *Malgré le contexte contraint, l'accompagnement des familles dans le parcours de soins s'appuie sur l'engagement des acteurs qui « bricolent » mais doit éviter les écueils d'une hiérarchisation ou d'une priorisation des publics*

Le contexte contraignant et les limites qui en découlent ont des effets sur les pratiques des acteurs de terrain, les dispositifs et leur mise en œuvre et *in fine* sur la situation des familles à la rue. Ces effets peuvent être positifs puisque les acteurs doivent faire preuve de créativité et d'inventivité dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. En ce sens, cette inventivité permet de mobiliser des ressources matérielles, humaines et sociales et de pallier le manque de moyens. Ces démarches relevées dans la majorité des sites visités et caractérisés lors des entretiens peuvent être rapprochés du concept sociologique positif de « *bricolage* ». Ainsi, les acteurs « *bricolent* », au sens où ils cherchent à optimiser les dispositifs de prise en charge selon les moyens dont ils disposent. Ainsi, ils vont innover, explorer comme le définit Levi-Strauss dans son ouvrage, *La pensée sauvage* (1962), lorsqu'il distingue l'ingénieur qui se définit par un projet et le « *bricoleur* » qui agit et s'arrange avec les « *moyens du bord* ».

Lors des différents entretiens réalisés, les professionnels de santé et sociaux ont évoqué leur frustration face au manque de moyens budgétaires, matériels ou humains pour répondre de manière suffisante aux différents besoins des usagers et à l'ensemble des personnes qui se présentent quotidiennement à leur structure. Par conséquent, ils se trouvent parfois dans l'obligation de refuser l'accompagnement d'une famille ou d'un enfant en raison du manque de place ou de l'absence de médecins. Cette problématique est particulièrement visible dans les ESI lorsque des rendez-vous sont refusés à des femmes en raison du manque de place. Si un autre rendez-vous est systématiquement proposé, il n'en demeure pas moins que cela entraîne un retard dans la prise en charge.

Toutefois, certaines associations font le choix d'accueillir en sureffectif. Les acteurs ont ainsi évoqué leur situation lors des Plans grand froid ou durant l'été. Ils répondent aux demandes de la Ville de Paris qui souhaite une prise en charge des familles dans des situations météorologiques extrêmes, et le font avec des structures qui ne sont pas extensibles et un personnel motivé mais parfois éreinté.

Cependant, cette situation de « *bricolage* » amène aussi les acteurs à prioriser les publics face à l'afflux des demandes et besoins. Même s'ils s'accordent à dire qu'il est difficile pour eux de devoir prioriser un enfant plutôt qu'un homme isolé, une famille plutôt

qu'une femme enceinte, et que l'aide doit pouvoir être apportée à tous de manière égale, l'augmentation des demandes et des besoins entraîne aussi des difficultés organisationnelles au sein des dispositifs. En effet, ces derniers ne parviennent plus ou pas toujours à assurer le suivi des usagers ou à leur accorder le temps nécessaire, etc.

Il a aussi été noté que certaines associations ont pu faire le choix de spécialiser certains de leurs dispositifs pour un public spécifique au détriment d'un autre. Ce choix de spécialisation résulte de la difficulté à répondre à tous les besoins spécifiques des enfants et familles précaires. Ainsi, les acteurs peuvent parfois concentrer de façon temporaire ou permanente leurs moyens sur les familles roms, les migrants ou sur les enfants marocains. Le ciblage des dispositifs sur un public peut aussi s'avérer bénéfique, les prises en charge permettant un meilleur accompagnement d'un public avec des besoins très spécifiques.

Toutefois, les familles peuvent être amenées à rompre leur parcours de soins ou à renoncer en raison des variations dans la prise en charge.

D'une part, le renoncement aux soins semble apparaître comme la première conséquence des limites soulevées. En effet, les enfants et les familles semblent souvent renoncer aux soins en raison de l'absence de couverture sociale, de la méconnaissance du système administratif ou en raison du manque de temps pour s'occuper de leur santé. Ce renoncement aux soins ne permet pas une prise en charge des besoins et pathologies des publics précaires. L'état de santé de ces personnes tend alors à se dégrader jusqu'à ce qu'elles soient obligées d'avoir recours en urgence à l'hôpital, alors même que la pathologie aurait pu être traitée au moyen d'une prise en charge en amont.

D'autre part, des ruptures peuvent apparaître dans le parcours de santé. En ce sens, l'instabilité de l'hébergement ou les nombreuses exclusions des camps obligent les familles à s'installer sur des territoires différents. Or, cela peut alors éloigner les enfants et leurs familles des structures sanitaires, sociales et médicosociales qui les ont accompagnées. Les personnes précaires doivent alors débiter un nouveau parcours en se rapprochant d'un nouveau médecin ou d'un nouveau pédiatre, d'une nouvelle structure d'accueil. Les enfants et les familles souffrent alors de la discontinuité de leur prise en charge mais ont moins de chance de guérir plus rapidement ou d'avoir accès à un réseau de prévention.

En outre, les publics précaires sont aussi exposés à de fortes stigmatisations. Les enfants et les familles roms sont les plus exposés aux stigmatisations car leur mendicité est souvent perçue comme agressive et ils vivent dans des camps pouvant gêner le voisinage. Lorsque ces familles s'adressent aux dispositifs de soins, notamment aux urgences, ils ne bénéficient pas toujours d'un bon accueil, des soins peuvent être refusés selon le discours des professionnels. Cette situation de fait mentionnée à plusieurs reprises lors de nos entretiens apparaît en contradiction avec le principe selon lequel les établissements publics de santé ont pour obligation de soigner toutes les personnes qui se présentent dans leurs locaux. Cette situation entretient une méfiance des populations précaires envers les structures destinées à les secourir et représente un blocage dans l'accès aux soins.

Par ailleurs, lorsque les populations dépassent les limites mentionnées et accèdent effectivement aux soins, ils rencontrent d'autres obstacles en tant qu'usager. Ainsi, lorsque les populations en situation de précarité obtiennent l'ouverture droits sociaux, ils doivent prendre rendez-vous chez un pédiatre de ville alors que la file active de la médecine de ville est plus longue et souvent congestionnée. Les familles et les enfants doivent alors patienter plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous. La situation de droit commun apparaît alors plus complexe que la prise en charge exceptionnelle dès lors qu'il aurait peut-être été plus aisé de consulter un pédiatre auprès d'un ESI. Ainsi, certaines populations peuvent être amenées à choisir stratégiquement de maintenir leur situation en l'état afin de continuer à bénéficier de dispositifs spécifiques plutôt que de la prise en charge de droit commun.

La discussion de ces différentes limites laisse apparaître différentes pistes susceptibles d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des mineurs en situation de rue et leur famille. Si ces pistes doivent nécessairement être partagées, manifestant ainsi la coordination des acteurs, elles s'insèrent obligatoirement dans une lutte globale contre la pauvreté (3.2).

3.2. Le renforcement de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité s'insère dans une lutte globale contre la pauvreté et s'appuie sur des préconisations partagées

3.2.1. L'enjeu de l'hébergement est déterminant pour renforcer l'accès aux soins et aux droits

De nombreux dispositifs ont été développés à Paris afin de faciliter l'accès à la santé des enfants à la rue. Cependant, si ces innovations permettent de mobiliser les acteurs, il apparaît que la stabilisation des familles dans un hébergement adéquat reste une condition

essentielle de l'accès aux soins et aux droits. En effet, les acteurs rencontrés soulignent le « *parcours d'errance* » des familles qui serait amplifié par la dispersion des dispositifs et l'instabilité ou l'inadéquation des solutions d'hébergement. Par conséquent, si les ESI favorisent bien le décloisonnement des acteurs et leur rassemblement dans un même lieu, la prise en charge continue des familles en situation de précarité reste un objectif à atteindre. Les ESI représentent un lieu d'accueil de premier recours et les familles doivent régulièrement se déplacer, pour se rendre dans les PMI par exemple, sans en avoir nécessairement les moyens, notamment en raison de l'absence de titres de transport. Cette situation engendre alors un renoncement aux soins de la part de ces familles. Ces dernières se rendront alors aux urgences lorsqu'elles le peuvent mais éprouveront des difficultés à s'insérer dans un véritable parcours de soins.

L'instabilité et l'inadaptation matérielle et/ou géographique des hébergements constituent les principaux freins quant à l'accès aux soins des enfants. En effet, les familles changent d'hébergement au gré des places disponibles tandis que le recours aux hôtels accentue leur isolement et leur précarité. En outre, la prévention des différentes pathologies se heurte aux conditions matérielles très difficiles que ces familles rencontrent dans les hôtels telles que l'insalubrité, l'impossibilité de cuisiner, de recevoir des visites, ou encore les nuisances sonores, etc.

Si la politique parisienne d'accès aux soins des familles à la rue se caractérise par l'augmentation croissante des moyens consacrés à la gestion des situations urgentes, le manque de solutions d'hébergement de qualité sur le long terme freine l'intégration sociale de ces familles, limite leur accès aux soins et renforce leur situation précaire.

3.2.2. *Le renforcement de l'accès aux soins passe par la formulation de préconisations partagées pour lutter globalement contre la pauvreté*

La formulation de préconisations doit répondre à certaines conditions pour qu'elles soient pertinentes et mises en œuvre. *In fine* ces préconisations doivent permettre l'accès aux soins des enfants à la rue en rendant les dispositifs actuels plus efficaces et en évitant des écueils rencontrés. Plusieurs conditions semblent devoir être réunies afin que des préconisations puissent être réalisées et permettre un renforcement de l'accès aux soins :

- Elles doivent être partagées par tous les acteurs (par eux, pour eux, avec eux) en prenant en considération les besoins des familles et des enfants à la rue ;

- Elles doivent renforcer des dispositifs reconnus comme efficaces et souhaités par les acteurs (par exemple l'interprétariat) ;
- Elles doivent s'insérer dans une logique de lutte globale contre l'exclusion ;
- Elles doivent accentuer les moyens dédiés au traitement des pathologies plus spécifiques aux enfants à la rue (accès aux soins bucco-dentaire par exemple) ;
- Elles doivent éviter ou dépasser les écueils déjà rencontrés : segmentation des publics, cloisonnement des acteurs, mise en place de filières, etc.

De manière générale, les projets qui ont abouti sur le territoire parisien et les outils qui semblent fonctionner résultent de partenariats efficaces entre les acteurs. Les dysfonctionnements proviennent bien souvent de structures où les réseaux sont informels et dépendent d'une personne identifiée. Ainsi, l'absence ou le départ de cette personne clé affectera le bon fonctionnement global de la structure. En outre, l'écoute mutuelle et partagée entre tous les acteurs permet un partage d'expertise.

Toutes les préconisations doivent s'inscrire dans une politique globale de lutte contre la pauvreté. En effet, il n'est pas suffisant de favoriser l'accès aux soins et de le rendre efficient si les droits/besoins fondamentaux ne sont pas respectés. Les professionnels qui interviennent auprès des publics précaires ont systématiquement souligné la difficulté d'accompagner des enfants médicalement sans pouvoir les orienter afin qu'ils soient également accompagnés sur les autres plans (hébergement, alimentation, scolarisation, etc.). Cette approche globale est également illustrée par les exigences administratives qui exigent pour toute personne – et donc également pour un sans-abri - une domiciliation pour l'accès à des droits sociaux. Le droit à l'accès aux soins devrait être corrélé à l'effectivité d'autres droits, comme le droit à un hébergement décent, le droit de manger, etc.

Cependant des préconisations plus spécifiques peuvent être formulées pour, d'une part, rendre pertinent l'accompagnement par les dispositifs et d'autre part, pour renforcer l'accès efficient aux soins pour les enfants et les familles à la rue :

Première piste : Renforcer la coordination des acteurs du social et de la santé.

- Dans le prolongement de notre postulat de départ et suite aux différents entretiens menés, il apparaît que la segmentation des parcours et les ruptures dans la prise en charge peuvent résulter du manque de coordination entre les acteurs.

- Au sein des associations, cette coordination gagnerait à dépasser le seul caractère interpersonnel afin de faciliter la prise en charge et d'éviter la défaillance des réseaux en cas d'absence ou de départ de la personne ressource.
 - Le renforcement de la coordination entre les associations et les acteurs institutionnels permettrait le recours aux droits (ex : systématiser les permanences de la CPAM dans les accueils de jour) ;
 - **Deuxième piste : Favoriser la prévention et diversifier la prise en charge, notamment en santé mentale, ophtalmologie et soins bucco-dentaire.**
 - Le renforcement de la prévention permettrait d'éviter le recours tardif aux structures de soin souvent congestionnées.
 - La présence de dentistes ainsi que d'ophtalmologues assurerait une prise en charge efficace et plus fine des populations les plus précaires, souvent sujettes à de nombreuses pathologies en lien avec leur situation de vie précaire.
 - **Troisième piste : Harmoniser des feuilles de route concernant le fonctionnement des PASS.**
- Dès lors, différents outils peuvent aussi être mis en place :
- **Premier outil** : une plateforme recensant les places libres dans les structures d'hébergement. Cette plateforme permettrait une répartition plus efficace des personnes en situation de rue et éviterait l'épuisement lié à une errance prolongée ;
 - **Deuxième outil** : un carnet de santé international unique pour chaque enfant. Dans certaines situations, les personnes migrantes sont parfois prises en charge dans différents pays suivant leur parcours. Ce « parcours de soin transnational » peut induire des redondances dans la prise en charge. Un carnet de santé international permettrait d'assurer une prise en charge plus fine des populations migrantes ;
 - **Troisième outil** : l'obligation d'envoi de comptes-rendus entre les professionnels de santé.

Néanmoins, de telles préconisations ne peuvent être pérennisées ou nouvellement mises en œuvre qu'en étant accompagnées par les politiques et par des financements pérennes.

Des différents entretiens réalisés nous avons également pu mettre en avant des écueils à éviter ou à dépasser par les acteurs pour favoriser l'accès aux soins des enfants en situation

de précarité.

Tout, la barrière de la langue ne doit pas engendrer toute remise en cause des droits des patients et/ou manifester une forme de paternalisme médical ou social. Le rôle des parents étant primordial, ils ont le droit d'être informés et leur avis ou consentement doit toujours être recherché. Ceci est d'autant plus important que les personnes migrantes peuvent parfois perdre le sens de leurs obligations parentales lorsqu'elles sont en situation de rue de manière prolongée. Pour le coordinateur de l'association OSE au sein de l'ESI Bonne nouvelle : « *Les enfants sont un peu les passagers. C'est comme des passagers clandestins et on ne leur demande pas leur avis. On ne les considère pas. Ce n'est pas une négligence mais c'est en raison du contexte qu'on a moins d'attention par rapport à eux* ». Il est donc important pour les acteurs de permettre aux parents de s'investir pleinement en tant que tel, de recréer le lien familial avec l'enfant qui a pu être laissé de côté pour un temps. Lorsque ce n'est pas le cas, les parents sont bien souvent un rempart pour l'enfant. La pédiatre de l'ESI Georges Pitard a souligné le « *bon état de santé* » relatif des enfants qu'elle voit en consultation est notamment dû à « *l'extrême vigilance des parents* ». L'état de santé de la famille a un impact sur celui de l'enfant : « *Les mères qui sont en dépression et là quand elles craquent, à ce moment-là les troubles psychologiques, les troubles alimentaires, les troubles du comportement, etc. surviennent chez les enfants* » constate la pédiatre de l'ESI Pitard.

Accompagner les usagers « *trop tardivement* » est un risque. Le moment de leur action est déterminant car les acteurs s'accordent à dire que leur action est primordiale au moment de l'arrivée des migrants par exemple. L'accueil des primo-arrivants est un moment déterminant durant lequel il faut tout de suite prendre en charge l'enfant et sa famille sur le plan santé, le plan social et le plan éducatif. Les trois versants doivent alors être regroupés.

Conclusion

Les différents échanges avec les acteurs sur l'accès aux soins des enfants en situation de rue sur Paris nous ont permis de prendre la mesure de l'importance des actions engagées et du dynamisme – associatif et institutionnel – qui les entoure. La pertinence de plusieurs dispositifs innovants soulignés par les personnes interrogées mis en place ces dernières années n'a fait que renforcer ce constat. Le travail réalisé nous a permis de revenir sur un certain nombre d'*a priori* et d'investiguer également le délicat équilibre qu'il convient de trouver entre la volonté de faire bénéficier du droit commun aux enfants en situation de précarité et la nécessité de tenir compte d'un certain nombre de particularités propres à certains groupes, voire à chacun d'entre eux.

De façon unanime, il ressort une saturation des structures nécessitant une grande coordination qui n'est pas toujours tangible. Cette saturation est clairement accentuée par un phénomène migratoire, croissant à Paris. Il entraîne une perméabilité des missions des acteurs sanitaire, médicaux-sociaux et sociaux. Le contexte socio-économique actuel accentue la complexité de certaines situations et ne permet pas de financer suffisamment les politiques publiques actuelles amenant certains acteurs à dénoncer parfois une « *politique de l'insuffisance*⁴ ». Aussi, les acteurs « *bricolent* », au sens où ils innovent, explorent de nouvelles voies d'actions, en créant des solidarités et des réseaux de fait. Mais leurs pratiques peuvent aussi être déviées par la hiérarchisation des publics ou la priorisation des groupes en fonction d'intérêts propres.

Si la lisibilité du réseau de soins pour les enfants de 0 à 6 ans sur Paris est organisé, coordonné et compréhensible, il fonctionne grâce aux liens tissés entre les professionnels, rendant la coordination possiblement « *personne-dépendante* », et donc par essence fragile. Il est par ailleurs rapidement dépassé par la nécessité de prendre en compte l'ensemble de l'entourage de ces enfants qui sont amenés malheureusement pour beaucoup à grandir dans un contexte de précarité. Outre le financement et l'importance du bénévolat - et plus largement de l'aide citoyenne apportée aux migrants - la coordination des structures devient alors l'enjeu majeur pour garantir un accès aux soins des mineurs sur le territoire parisien. Le Centre humanitaire de la Ville de Paris à Ivry sur Seine est illustratif de la capacité des pouvoirs publics à transcender ponctuellement les différentes limites exposées et constitue par conséquent un exemple à suivre.

⁴ Propos développé par le docteur Jean-François CORTY, médecin et directeur des opérations internationales à Médecins du Monde, dans son ouvrage « *La France qui accueille* ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale
- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946
- Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989
- Décision n°90-283 DC du 8 janvier 1991 Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Article 59 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 relative au financement de la sécurité sociale
- Circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Code de la santé publique et ses articles L. 1110-1 ; L. 1111-5 ; L. 112-3
- Code de l'action sociale et familiale, article L. 251-1 et suivants

Rapports :

- « Les enfants vivants en situations de précarité visibles ou invisibles à Paris », Dominique Versini pour Anne Hidalgo, 2013, pp.48
- « Lutte contre la grande exclusion : revue synthétique des données chiffrées disponibles », APUR, 18 septembre 2014
- « L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise social – Le cas des femmes enceintes et des enfants », Médecins du Monde, 2014
- Rapport ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France, Samu Social de Paris, octobre 2014
- Chapitre 5 : « Des mineurs isolés encore traités comme des étrangers plutôt que comme des adolescents à protéger », rapport de l'Unicef « Chaque enfant compte, partout, tout le temps », 2015, p.29-32
- Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Médecins de Monde, rapport 2016

- « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Séverine Euillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Severac, 2016, pp.201
- « Mineurs Non Accompagnés : répondre à une urgence qui s'installe » présenté au Sénat par Elisabeth Doineau et Jean-Pierre Godefroy, au nom de la Commission des Affaires Sociales, 28 juin 2017, pp.116
- Rapport d'activité « programme MNA Paris 2016 », Médecins du Monde, 2017
- Projet Régional de Santé 2013-2017 – Bilan du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, ARS Île de France
- Rapport annuel d'activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés, DPJJ
- « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance », Dr Marie-Paule Martin-Blachais à la Ministre des familles, de l'enfance et des droits de la femme, 28 février 2017

Articles journalistiques :

- Attal, Jeremy, « Un centre d'accueil pour mineurs non accompagnés ouvre à Pantin », *Le Figaro*, 5 décembre 2017
- Bertrand, Solenne et Pinet Livia, « En France, en 2017, de plus en plus de familles dorment dehors », *L'Humanité*, 22 août 2017
- Bourdon, Gwenaël, « Moi, David, 17 ans, mineur étranger », *Le Parisien*, 12 juillet 2017
- François, Jean-Baptiste, « Migrants, un accès aux soins alarmants en Europe », *La Croix*, 15 novembre 2016
- Mouloud, Laurent, « Le scandale invisible des enfants de la rue », *L'Humanité*, 1er décembre 2015
- Pommiers, Eléa, « Comment sont pris en charge les MIE en France ? », *Le Monde*, 23 octobre 2017

Articles scientifiques :

- Gasquet-Blanchard, Clélia, «Le provisoire qui dure. Géographie comparée de deux centres humanitaires parisiens», *Géoconfluences*, février 2018.
- Laurant, Sophie, « Une prise en charge éclatée », *Plein droit* 2014/3 (n° 102), p. 9-13.

- Weber, Florence. « Chapitre 3. Une mère pauvre et ses enfants », *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*, sous la direction de Weber Florence. Éditions Rue d'Ulm, 2013, pp. 101-136.
- Zaouche-Gaudron, Chantal, « Enfants et précarité », *Le journal des psychologues*, 2006/7 (n°240), p. 63-66.

MIP antérieurs :

- Groupe n°2 – 2014 : « L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennaise »
- Groupe n°7 – 2017 : « Le réseau SOLIPAM : quelle satisfaction des professionnels de santé participant au réseau chargé de la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité en Île-de-France ? »
- Groupe n°12 – 2017 : « L'interprétariat médical et social, élément de la démocratie sanitaire »

Autres :

- <http://www.croix-rouge.fr/Actualite/3-millions-d-enfants-pauvres-en-France2/Les-enfants-premieres-victimes-de-la-precarite-1826>
- Enseignement « les services de la PMI », par le Dr Estelle RIBLIER, DU Santé Précarité
- « Dans les hôtels miteux de Paris, les mineurs migrants à l'abri de rien », infomigrants.net, 22 février 2018

Liste des annexes

Annexe 1 : Glossaire

Annexe 2 : Méthode

Annexe 3 : Structures rencontrées/Types de fonctions

Annexe 4 : Grille d'entretien

Annexe 5 : Photographies de l'ESI de Georges Pitard et de Bonne Nouvelle

Annexe 1 : Glossaire

ACT - Appartement de coordination thérapeutique : logement individuel, de relais et à titre temporaire, dédié aux personnes/familles qui sont en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière et qui ont besoin de soins et de suivi médical.

ARS - Agence Régionale de Santé : créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, est un établissement public administratif chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans sa région.

Ateliers Santé Ville (Paris) : mis en place en 1999, ce dispositif vise à coordonner des acteurs et des actions de santé des territoires prioritaires afin de promouvoir la santé. Ce dispositif donne aux personnes, groupes et communautés les moyens de contrôler leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie, en agissant sur les facteurs déterminants de la santé.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie : branche de la Sécurité Sociale qui assure le risque maladie et maternité, elle prend donc en charge tout ou partie des frais de santé de ses bénéficiaires, notamment au titre de la Protection Universelle Maladie. Elle est également chargée de la gestion l'Aide Médicale d'Etat financée par l'Etat.

Centre d'Accueil et d'Orientaion : mis en place en 2015, c'est une structure d'hébergement temporaire à destination des migrants, pour faire face à la crise migratoire, notamment l'évacuation de la lande de Calais.

Convention Internationale des Droits de l'Enfant : signée en 1989 et ratifiée par la France en 1990, cette convention est une convention internationale de l'Assemblée Générale des Nations Unies dont l'objectif est d'établir et d'assurer des droits de l'enfant.

Centre de Lutte Antituberculeuse : centre qui assure la coordination départementale de la lutte antituberculeuse et assure la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de la tuberculose jusqu'à complète guérison.

Clandestin : personne étrangère en situation administrative irrégulière cherchant à se cacher ou à cacher sa situation aux autorités.

Croix Rouge : Fondée en 1864, cette association d'aide humanitaire française a pour objectif d'aider les personnes en difficulté en France ou à l'étranger, elle a pour missions l'urgence, le secourisme, l'action sociale, la formation, la santé et l'action internationale.

Demandeur d'asile : personne qui dit s'être réfugiée et qui a déposé une demande administrative afin de bénéficier de ce statut.

Dispositif d'Evaluation des Mineurs Isolés Etrangers : dispositif coordonné et géré par la Croix Rouge, qui apprécie notamment la minorité d'un individu en situation de migration afin de déterminer s'il peut être pris en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Déterminants de santé : issus de la déclaration de Jakarta (1997), ces facteurs qui influencent l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs (comportementaux, politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques).

Emmaüs : c'est une association qui a pour objet de lutter contre la pauvreté et l'exclusion par des moyens divers et adaptés au contexte des pays où ils se trouvent.

Enfant : personne qui a l'âge de l'enfance, c'est à dire la période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence.

ESI - Espace Solidarité Insertion : espace qui aux populations précaires d'accéder à des soins de première nécessité (douche, lessive, restauration rapide) et de rencontrer des professionnels qui permettent d'accompagner dans leurs démarches de recherche d'emploi et de logement.

Exilé : l'état d'une personne qui a quitté sa patrie volontairement ou sous la contrainte et qui vit dans un pays étranger avec ce que cela implique de difficultés et de sentiment d'éloignement de son pays.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France.

Information préoccupante : information transmise à la Cellule Départementale des Informations Préoccupantes pour alerter sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être.

Migrant : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays.

MNA - Mineur Non Accompagné : désigne les mineurs sans accompagnement de leur famille et en situation irrégulière sur le territoire français (anciennement Mineur Isolé Étranger).

Œuvre de Secours aux Enfants : association ayant une mission d'aide médico-sociale autour des pôles de l'enfance, la santé, le handicap, le grand âge et la mémoire. Accompagne les enfants et les jeunes en difficulté, les personnes handicapées, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et survivant de la Shoah.

Parcours de santé : ils articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Parcours de soins : ils permettent l'accès aux consultations de premier recours et aux autres lieux de soins (hospitalisation programmée ou non, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée).

Pauvreté : situation d'un individu, d'un groupe de personne ou d'une société qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour lui permettre de satisfaire ses besoins fondamentaux et se développer normalement.

PASS - Permanences d'accès aux soins de santé : structure ayant pour mission de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies à l'hôpital, dans les réseaux institutionnels ou associatif de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Pharmacie humanitaire internationale : organisme à but non lucratif et à vocation humanitaire. Cette structure a vocation à garantir l'accès aux soins aux personnes les plus démunies avec l'aide des pharmaciens, à l'international ainsi que dans les bidonvilles en France.

Précarité : la précarité définit la condition qui résulte d'« absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux.

Réfugié : personne qui a dû fuir son pays afin d'échapper à un danger (guerre, persécutions, catastrophe naturelle, etc.) et ayant obtenue le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Commission des recours des réfugiés.

Sans-papiers : personne qui ne possède pas les documents qui lui permettent de justifier de son identité et, si elle est étrangère, de la régularité de sa situation en France (pièce d'identité, carte de séjour, permis de travail, etc.).

Vulnérabilité : caractéristique de celui qui, du fait de sa fragilité, peut être attaqué, blessé ou affaibli. La vulnérabilité est donc la fragilité face à la maladie, à des infirmités, à des agressions extérieures, à des événements personnels, sociaux-économiques, à des événements naturels ou à des aléas climatiques.

Annexe 2 : Méthode

➤ En amont du MIP :

Les membres du groupe ont commencé à échanger début avril pour identifier des acteurs incontournables qui devaient être rencontrés durant le mois de mai. Une semaine plus tard, une première rencontre a eu lieu entre tous les membres pour échanger sur le sujet, comprendre la commande, partager les premières recherches bibliographiques et la liste des acteurs à contacter pour un entretien. Un premier échange par courriel a eu lieu avec la Madame Gasquet-Blanchard afin de valider la liste des acteurs à rencontrer.

Nous avons également programmé un rendez-vous hebdomadaire afin de nous réunir collectivement sur le site parisien de l'EHESP et en visioconférence avec les membres du groupe qui se trouvaient sur Rennes.

➤ Le premier jour du MIP:

Il a été l'occasion d'une première rencontre en visioconférence avec la référente, Madame Gasquet-Blanchard, afin d'échanger sur la commande, le sujet, la problématique envisagée et les orientations du travail à fournir.

Nous avons également décidé de la méthodologie à utiliser dans nos recherches :

- Une enquête documentaire à travers l'élaboration d'une bibliographie étoffée ;
- Trois méthodologies d'enquête : une enquête documentaire, l'observation non-participante et des entretiens semi-directifs ;
- Afin d'établir une grille d'entretien adaptée à tous les acteurs, nous avons choisi de lister des thématiques (annexe 4).

Aucun projet de plan du rapport n'a par contre été élaboré en amont afin de construire l'analyse de la problématique à l'aune des échanges avec les informateurs.

➤ Organisation du groupe et répartition du travail

- Création d'un groupe partagé sur la plateforme Outlook afin d'avoir une vision commune sur le travail et les échanges réalisées au sein du groupe et lors des entretiens ;
- Élaboration de la bibliographie ;
- Réalisation des premiers entretiens dès le vendredi 4 mai 2018.

Chaque entretien a été intégralement retranscrit et transmis à l'ensemble des membres du groupe afin de partager collectivement l'information et de procéder à une analyse thématique triangulée. Les entretiens devaient être analysés par les personnes présents lors l'entretien mais également par d'autres membres du groupe.

L'avancement dans les recherches et le travail a fait l'objet de points hebdomadaires avec la référente et les membres du groupe, grâce à la visioconférence entre Rennes et Paris. Trois réunions collectives ont été organisées afin de partager les idées et les constats.

➤ **Rédaction du rapport**

Le rapport a été rédigé « collectivement » sur cinq journées dédiées à compter du jeudi 17 mai. Chaque partie a fait l'objet d'une première rédaction par un binôme ou trinôme. Il a ensuite été relu une première fois par la référente du groupe qui a formulé des observations et émis des recommandations.

Au terme d'une nouvelle réunion collective du groupe dès le mardi 22 mai, le rapport a été ajusté de façon successive par cinq membres du groupe pour harmoniser et corriger les éventuelles erreurs.

Au fur et à mesure du déroulement du MIP, nous avons par ailleurs pu identifier un certain nombre de limites :

- Des difficultés dans la définition et le choix de la population étudiée (enfant de moins de six ans, mineur, mineur non accompagné, migrant...);
- Des difficultés dans l'approche globale des acteurs qui ont des intérêts variés ; Des difficultés liées au calendrier scolaire et aux ponts de mai qui ont rendu les acteurs à interroger moins disponibles. Cependant, grâce à l'anticipation des membres du groupe au début du mois d'avril, il a été possible d'amoindrir les impacts de ces difficultés.

Annexe 3 : Structures rencontrées/ Types de fonctions

Les structures rencontrées sont listées de façon chronologique en fonction de la date des rencontres. Chaque entretien a donné lieu à une retranscription intégrale qui a été communiquée à l'ensemble des membres du groupe MIP pour garantir un partage d'informations optimal.

Fonction des personnes rencontrées	Structures rencontrées
Coordinatrice « Familles à la rue »	Mairie de Paris Direction de la Prévention et de la Protection Département prévention de la délinquance et assistance aux sans-abri Unité d'assistance aux sans-abri (UASA)
Assistante sociale	Centre d'Hébergement d'Urgence LIMA 14 Hôpital Notre Dame de Bon Secours
Responsable de la mission Migrants du pôle médical et soins du Samu Social de Paris	Samu Social de Paris Centre humanitaire de la Ville de Paris à Ivry sur Seine
Coordinatrice générale Mission Banlieue IDF Médecins du Monde	Médecins du Monde
Directrice et responsable de l'équipe éducative	Association Hors la Rue
Pédiatre bénévole	EMMAUS – Espace Solidarité Insertion (ESI) Familles - Georges PITARD
Sociologue de l'EHESS qui a travaillé dans les ESI	EHESS
Adjoint au médecin chef de PMI	Espace Solidarité Insertion (ESI) Bonne nouvelle
Médecin de PMI adjointe sur le territoire 5/6/13/14	Protection maternelle et infantile (PMI)
Conseillère relative à la protection de l'enfance pour l'adjointe à la Maire de Paris chargée de toutes les questions relatives aux solidarités, lutte contre l'exclusion, accueil des réfugiés et protection de l'enfance	Mairie de Paris

Annexe 4 : Grilles d'entretien

> Présentation et rappel de règles liées à l'enregistrement des entretiens, l'anonymat et la conservation des données

> Question introductive

Que pensez-vous de la prise en charge et/ou de l'accompagnement des enfants situation de précarité à Paris ?

> Liste des thèmes à aborder au cours de l'entretien :

- Les acteurs (coordination entre eux, spécificité parisienne...);
- Les financements/ la prise de décision politique ;
- Le parcours (accueil, suivi, pathologies les plus répandus...);
- Les marges de progression (dispositifs, acteurs) ;
- Les paradoxes entre les droits liés à une santé universaliste et les politiques migratoires ;
- Exclusion et lutte contre les inégalités ;
- Le rôle des politiques publiques et leur impact sur l'accès aux soins des enfants de la rue (actualités, mobilisations associatives, etc.)
- Place de l'entourage et de la famille dans les prises en charge (relations entre parents et soignants) ;
- Moyens de communication utilisés/disponibles pour sensibiliser/ se faire connaître auprès de ces publics ;
- Question du suivi/ perdu de vue des mineurs ;
- Focus particulier sur les « – de 6 ans » et les centres de protection maternelle et infantile
- Connaissance des acteurs d'expériences innovantes sur le sujet

Annexe 5 : Photographies de l'ESI de Georges Pitard et de Bonne

Nouvelle

Photographies de l'ESI Pitard



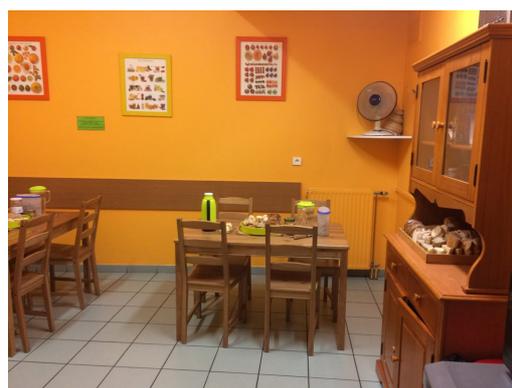
Espace de jeux pour les enfants



Salle de repos pour les familles



Ordinateurs mis à disposition des familles



Salle à manger



Les sanitaires



Machine à laver pour les familles

Photographies de l'ESI Bonne Nouvelle



Salle de jeux



Salle de repos pour les familles



Salle à manger



Machines à laver pour les familles



Accueil des familles



Denrées alimentaires

« L'ACCES AUX SOINS DES ENFANTS EN SITUATION DE RUE À PARIS »

ANBAR Anne-Sophie (DH) – BOUKHARSSA Malika (DE3S) – BOULANGER Alixia (DE3S) – BREZARD Nadège (AAH) – GOURDON Fabien (DH) – KEBABSA Zaia (D3S) – MARSA Cécile (AAH) – MAZELIER Pascale (DS) – ROUSSEL Stéphanie (AAH) – STRASSER Thibault (DH)

Résumé :

Régulièrement, l'actualité fait écho aux situations extrêmes de vulnérabilité auxquelles font face les enfants à la rue à Paris accompagnés ou non accompagnés. Victimes de nombreuses formes de précarité, l'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir de graves conséquences pour leur développement. Dans ce contexte, l'accès aux soins et plus largement le devenir sanitaire de ces enfants et de leur famille représentent un enjeu majeur. Si le cadre juridique et institutionnel se veut protecteur et qu'un important réseau d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existe, plusieurs constats peuvent être émis s'agissant des dispositifs existants. Outre une saturation des structures sanitaires, une plus grande coordination apparaît ainsi indispensable. A défaut, une perméabilité des missions est constatée ainsi que le « *bricolage* », au sens d'innovations et d'explorations, de l'ensemble des acteurs sanitaire, médicaux-sociaux et sociaux qui ne peuvent traiter exclusivement la santé des enfants sans tenir compte de l'ensemble de leurs besoins fondamentaux et de ceux de leurs proches. Le contexte socio-économique ne permet par ailleurs pas de renforcer les moyens à la hauteur du défi humain et social qu'ils représentent. Le bénévolat - et plus largement l'aide citoyenne - apparaît de plus en plus indispensable pour permettre l'effectivité sur le territoire parisien de l'article 27 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui reconnaît à tous les enfants dans le monde le droit à « *un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel et social* ». Grâce à l'engagement de tous les professionnels quelques innovations méritent cependant d'être soulignées comme le Centre humanitaire de la Ville de Paris à Ivry sur Seine qui est illustratif de la capacité des pouvoirs publics à transcender ponctuellement les différentes difficultés.

Mots clés : accès aux soins, précarité, sans-abri, enfants, mineurs, Paris.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs