

# GRANDIR SANS CHEZ-SOI

**samusocial**  
Paris

Quand l'absence  
de domicile met en péril  
la santé mentale  
des enfants



### Rédaction

**Sarah BEN SMIDA**, UNICEF France

**Caroline DOUAY**, Observatoire du Samusocial de Paris

**Julie LIGNON**, UNICEF France

**Lison RAMBLIERE**, Observatoire du Samusocial de Paris

**Mina STAHL**, UNICEF France

**Stéphanie VANDENTORREN**, Santé publique France

### Remerciements

**Bruno FALISSARD**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, professeur de santé publique à l'université Paris-Sud, directeur du centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP)- Entretien le 12 juillet 2022

**Mélanie KERLOC'H**, psychologue, co-rédactrice du rapport « La santé mentale des mineurs non accompagnés- Effets des ruptures, de la violence et de l'exclusion » de Médecins sans Frontière et du Comède (2021)- Entretien le 5 septembre 2022

**Emmanuelle PEYRET**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Robert-Debré, cheffe de l'unité spécialisée en addictologie des enfants et François-Henri GUILLOT, responsable structure d'addiction à l'hôpital Robert-Debré- Entretien le 26 juillet 2022

**Adèle, Agyx, Jean-Paul, Julianna, Julio, Karim, Lila, Lionel, Roura**, enfants hébergés dans des hôtels sociaux et accompagnés par le Samusocial de Paris, consultés dans le cadre de l'élaboration de ce rapport. Les prénoms des enfants ont été modifiés pour préserver leur anonymat- Consultation le 30 août 2022.

**Service Études et Recherches Statistiques**, Conseil National de l'Ordre des Médecins

**Enguerrand DU-ROSCOAT, Yvon MOTREFF**, Santé publique France

**Cedric GALERA, Maria MELCHIOR**, INSERM

### UNICEF France

Comité français pour l'UNICEF

Association loi 1901 reconnue d'utilité publique

3 rue Duguay Trouin, 75006 PARIS

[www.unicef.fr](http://www.unicef.fr)

### Samusocial de Paris

Groupement d'Intérêt Public

Sis 35 avenue Courteline, 75012 Paris

[www.samusocial.paris](http://www.samusocial.paris)

### Santé publique France

Etablissement public administratif

Sis 12 rue du Val d'Osne, 94415 SAINT-MAURICE Cedex

[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

**Illustration** : Ève Gentilhomme

**Design graphique** : Ève Gentilhomme

**ISBN** :

**Citer cette publication** : UNICEF France, Samusocial de Paris, Santé publique France. Grandir sans chez-soi- Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants. **Octobre 2022**

# Table des matières

	<b>Synthèse</b>	<b>4</b>
	<b>Introduction</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Comment l'absence de domicile affecte-t-elle la santé mentale des enfants ?</b>	<b>12</b>
	<b>1.1 La santé mentale des enfants altérée par l'absence d'accès à un logement sain et sécurisé</b>	<b>13</b>
	- L'absence de domicile comme entrave au développement de l'enfant	14
	- Un environnement social précaire	14
	- Face au surpeuplement des lieux de vie	16
	- Face à l'insécurité alimentaire	16
	<b>FOCUS</b> : L'influence du parcours migratoire sur la santé mentale des enfants	17
	La situation particulière des mineurs non accompagnés	17
	<b>1.2 Des relations familiales à l'épreuve de l'absence de domicile et de la précarité</b>	<b>18</b>
	- Des relations familiales affectées par la sur-occupation des lieux de vie	18
	- Précarité et détresse parentale	20
	<b>1.3 Face à l'absence de domicile, l'école comme point d'ancrage ou de rupture</b>	<b>21</b>
	- L'école comme point d'ancrage et lieu de sociabilité	21
	- Des obstacles à la scolarisation et au maintien dans le système scolaire	22
	- Des conditions d'apprentissage et de sociabilité non favorables	23
<b>2</b>	<b>Pourquoi les enfants sans-domicile rencontrent-ils des difficultés d'accès aux soins en santé mentale ?</b>	<b>26</b>
	<b>2.1 L'accès aux soins en santé mentale des enfants mis à mal par un secteur en souffrance</b>	<b>27</b>
	- Une demande de soins en santé mentale en hausse chez les enfants et les adolescents	27
	- Une crise de l'offre de soins en santé mentale pour les mineurs	28
	- Un avenir incertain	30
	<b>2.2 L'absence de domicile comme entrave supplémentaire à l'accès aux soins</b>	<b>31</b>
	- L'accès aux soins sectorisés mis en échec par l'instabilité résidentielle	31
	- Des alternatives trop coûteuses pour les familles sans-domicile	32
	<b>2.3 Le manque de structures de première ligne et d'actions de prévention</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>Quelles politiques publiques pour l'amélioration de la santé mentale des enfants sans-domicile ?</b>	<b>36</b>
	<b>3.1 La prise en compte du bien-être des enfants dans les politiques publiques de l'hébergement et de l'accès au logement</b>	<b>37</b>
	<b>3.2 La prise en compte du bien-être des enfants dans les politiques publiques de santé</b>	<b>39</b>
	- Les enfants très peu pris en compte dans les dispositifs de santé mentale à destination des personnes sans-domicile	39
	- Des mesures à destination des enfants prenant très peu en compte les besoins spécifiques des enfants sans-domicile	40
	- Penser le logement comme un prérequis pour la santé mentale	40
	<b>Préconisations</b>	<b>41</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>43</b>

# Synthèse

En France, le 22 août 2022, plus de 42 000 enfants vivaient dans des hébergements d'urgence, des abris de fortune ou dans la rue selon l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité<sup>1</sup>. Ces enfants connaissent des réalités très différentes mais sont tous confrontés à la précarité inhérente à l'exclusion liée au logement. La précarité est ici entendue comme « l'absence d'une ou de plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>2</sup>. Cette précarité, qui se décline au pluriel (précarité des conditions de vie, économique, sociale, administrative, etc.), engendre des conséquences graves sur la santé mentale des enfants.

Dans ce rapport, l'UNICEF France et le Samusocial de Paris, en collaboration avec Santé publique France, ont souhaité **mettre en lumière les conséquences de l'exclusion liée au logement sur la santé mentale des enfants**. Ce rapport appelle à un renforcement et à une adaptation des politiques publiques tant de l'hébergement et de l'accès au logement que de la santé, afin de mieux promouvoir et protéger la santé mentale des enfants. **La santé mentale des enfants en situation de précarité doit en effet recevoir une réponse politique adaptée à ses spécificités.**

En raison de l'absence de données récentes sur cette population, notamment en ce qui concerne la prévalence des troubles de la santé mentale, il est difficile de quantifier l'ampleur des besoins en France. Pour autant, face à la pandémie de Covid-19, les professionnels ont rapidement alerté sur l'urgence de la situation, soulignant la dégradation de la santé mentale des enfants ainsi que la rareté des ressources de pédopsychiatrie sur le territoire. Dans ce contexte, il devient primordial d'actionner les leviers pour mettre en place des **dispositifs d'hébergement adaptés aux besoins spécifiques des enfants** en situation d'exclusion liée au logement et de **favoriser le recours aux soins de ceux souffrant de troubles de la santé mentale.**

## La méthode

Ce rapport a été réalisé à partir d'une **analyse des principales données de la littérature sur la santé mentale des enfants sans-domicile, d'entretiens auprès de professionnels de la santé mentale et de consultations d'enfants sans-domicile** accompagnés par le Samusocial de Paris.

Le terme « sans-domicile » comme défini par l'Insee<sup>3</sup>, recoupe ici les catégories « sans abri » et « sans logement » de la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (European Typology on Homelessness and housing exclusion- ETHOS<sup>4</sup>). Pour des raisons de compréhension et d'homogénéisation des termes, l'expression « sans-domicile » est utilisée tout au long du rapport.

Ce rapport a été rédigé en collaboration avec Santé publique France, concernant les données épidémiologiques de l'état de santé des enfants sans-domicile. Celles-ci sont principalement issues de l'étude Enfams, réalisée en 2013 par l'Observatoire du Samusocial de Paris, en partenariat avec Santé publique France.

## L'absence de domicile affecte négativement l'environnement des enfants

L'enfance constitue **une période essentielle du développement**, avec des conséquences sur les bases psychologiques, émotionnelles, sociales, cognitives et comportementales du développement et de la santé mentale de l'enfant. **Le logement est un facteur environnemental central** pour l'enfant car il structure ses expériences et influe sur le milieu familial, scolaire et amical dans lequel il évolue. Le fait d'en être privé confronte l'enfant à des conditions de vie dégradées, mêlant nuisances, insalubrité, exigüité, insécurité, manque de commodités, qui vont ainsi engendrer d'importantes répercussions sur sa santé physique et mentale à court et moyen terme, mais aussi sur le long terme, affectant sa vie de futur adulte.

La précarité inhérente à l'absence de domicile peut **altérer les interactions et le fonctionnement au sein même de la famille**, que ce soit par des conflits interpersonnels, la fragilisation des liens d'attachement ou encore le manque d'intimité. La qualité des interactions familiales est pourtant reconnue comme étant fondamentale au soutien et à la sécurisation du développement psychique de l'enfant. **Le milieu scolaire est lui aussi mis à mal par l'absence de domicile**, alors qu'il contribue également au développement et au bien-être de l'enfant, tant au travers de sa fonction première de transmission des savoirs qu'en tant qu'agent de socialisation. De par leur situation de précarité, qui peut être multiforme, administrative et résidentielle, les enfants sans-domicile rencontrent de multiples obstacles pour accéder à l'école, maintenir une continuité scolaire et disposer de conditions favorables à leurs apprentissages.

## De l'absence de domicile aux troubles de la santé mentale

L'absence de domicile affecte l'évolution de l'enfant au sein des différents environnements dans lequel il évolue : familial, scolaire, social et amical. Elle peut entraîner un état de mal-être qui perturbe les relations aux autres, l'estime de soi, le sommeil, l'alimentation, le niveau de stress, les résultats scolaires, l'implication et la motivation dans

les activités quotidiennes. Pour certains enfants, cela peut déboucher sur des troubles de la santé mentale plus ou moins conséquents, comme les troubles intériorisés ou extériorisés du comportement, des troubles de l'anxiété ou encore de la dépression et des troubles de l'humeur.

L'enquête Enfams, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris en 2013 auprès des familles sans-domicile, hébergées dans des centres d'urgence, de réinsertion sociale, centres d'accueil de demandeurs d'asile ou en hôtel social, en Ile-de-France, **soulignait que les troubles suspectés de la santé mentale globale étaient plus fréquents chez les enfants sans-domicile (19,2%) qu'en population générale (8%).**

## La vulnérabilité des enfants sans-domicile accentuée par un moindre accès aux dispositifs de prévention et de soins

Pour les enfants souffrant de troubles de la santé mentale, **la disponibilité et l'accès à une offre de soins en santé mentale précoce et adaptée restent essentiels**. Or de façon générale, les enfants et les adolescents ont de grandes difficultés à accéder aux soins. Au cours des dernières années, l'amélioration des connaissances et des diagnostics, parallèlement à **l'augmentation de la prévalence des troubles depuis la pandémie de Covid-19, ont entraîné une augmentation des besoins et des demandes**. Cette tendance s'observe alors que l'on manque de plus en plus de professionnels exerçant la pédopsychiatrie sur tout le territoire. L'Ordre des médecins rapporte une **diminution d'un tiers des effectifs de médecins compétents à exercer la pédopsychiatrie en France entre 2010 (3 113 professionnels) et 2022 (2 039 professionnels)**. Sur le court terme, la situation ne semble pas en voie d'amélioration étant donné qu'un tiers (36,4 %) des médecins actifs en pédopsychiatrie sont des retraités encore en activité et que la moyenne d'âge pour les actifs réguliers hors retraités est de 56 ans. **La pédopsychiatrie en France est aujourd'hui dans une situation si critique que l'accès à une prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant peut prendre plusieurs années.**

« Aujourd'hui, on passe presque plus de temps à expliquer pourquoi on ne peut pas soigner plutôt qu'à soigner. »  
Professeur Bruno Falissard

Ces délais, induits par la **saturation ou l'absence de dispositifs**, ont de lourdes conséquences sur la santé des enfants, appuyant la nécessité d'une prise en charge réactive, comme le rapporte la psychiatre Emmanuelle Peyret : « comme dans quasiment toutes les pathologies chroniques, plus on intervient tôt, plus le pronostic est bon. » (26 juillet 2022)

Dans ce contexte difficile, les enfants sans-domicile sont confrontés à des obstacles supplémentaires d'accès et de maintien dans les soins impliquant une discontinuité dans les parcours de soins, mais aussi **l'impossibilité de recourir aux alternatives de soins dans le secteur privé, souvent trop coûteuses**.

## Des politiques publiques à renforcer

Malgré les efforts déployés ces dernières années, **la politique de l'hébergement et de l'accès au logement reste toujours insuffisante et, par certains aspects, s'avère contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant**. En maintenant les enfants dans une précarité résidentielle, ces politiques ne permettent pas de promouvoir ni de protéger la santé des enfants, en particulier leur santé mentale.

**La reconnaissance et la prise en charge des problèmes de santé mentale et de la spécificité des enfants, restent globalement insuffisantes.**

La pédopsychiatrie en France rencontre une grave crise qu'il est urgent de prendre en compte et qui fragilise d'autant plus les enfants sans-domicile.

En amont des soins, la prévention primaire des troubles de la santé mentale, par le maintien des conditions favorables au bien-être et à la sécurisation des enfants, est le premier levier essentiel. **Les enfants sans-domicile restent dans un angle mort des politiques publiques** dans le sens où les mesures visant à favoriser le bien-être

des enfants ne semblent pas prendre en compte les besoins spécifiques de ceux qui n'ont pas de domicile. Par ailleurs, **les mesures à destination des populations sans-domicile ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des enfants**.

Le logement reste un préalable de sécurisation de base indispensable afin d'apporter à l'enfant une certaine stabilité dans son environnement, ses relations, et sa scolarité. Cela lui permet d'aborder son quotidien de façon plus sereine, diminuant ainsi le risque de développer des troubles de la santé mentale.

**Face à ces constats, ce rapport propose plusieurs pistes d'action** afin que les politiques de l'hébergement et du logement prennent davantage en compte la santé mentale des enfants et réciproquement, que les politiques de santé soient mieux adaptées aux enfants en situation de grande précarité.

[1] Le **Baromètre enfants** à la rue publié en septembre 2022 par l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité analyse les demandes d'hébergement des personnes en famille ayant sollicité le 115 le 22/08/2022 dans la France entière. Ces données ne sont pas exhaustives car nombreuses sont les familles sans abri qui ne recourent pas au 115. De plus, elles ne permettent pas de mettre en lumière la situation spécifique des mineurs non accompagnés.

[2] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social. 1987 ; 14

[3] Selon l'Insee, « une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ».

[4] FEANTSA, Typologie européenne de l'exclusion liée au logement, 2007.

# Préconisations

## ► **Promouvoir la santé mentale des enfants sans-domicile en leur garantissant un environnement sûr, bienveillant et stable, propice à leur développement, à leur bien-être et à l'exercice de leurs droits :**

Garantir l'accueil inconditionnel des familles sans-domicile dans des structures adaptées aux besoins spécifiques de l'enfant ; favoriser la stabilité résidentielle des familles sans-domicile en limitant le recours à l'hébergement d'urgence et en interdisant les expulsions des lieux de vie informels sans solution de relogement durable ; permettre aux familles sans-domicile d'accéder à un logement ordinaire en accélérant la production de logements à loyers abordables et adaptés à leurs besoins ; assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés en leur garantissant une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle, en assurant leur prise en charge par les services de la protection de l'enfance pendant l'évaluation de leur minorité et de leur isolement jusqu'à décision judiciaire définitive, et en s'assurant de la qualité et de l'effectivité du soutien matériel, éducatif et psychologique proposé par l'aide sociale à l'enfance.

## ► **Améliorer la prévention et la détection des problèmes de santé mentale de tous les enfants en renforçant les leviers existants, avec une attention spécifique à la situation des enfants sans-domicile :**

Renforcer et sécuriser les moyens de la protection maternelle et infantile ; renforcer la médecine scolaire en poursuivant les efforts de revalorisation de la rémunération des professionnels de santé de l'Education nationale, et en recrutant davantage de psychologues scolaires et en l'absence de psychologue, s'assurer de la présence d'un référent en santé mentale qui soit formé à ces enjeux dans

chaque école ; favoriser le développement et la coordination des dispositifs d'accompagnement à la parentalité et améliorer leur accessibilité et leur lisibilité par les familles sans-domicile ; encourager le développement d'actions de prévention et de sensibilisation hors les murs, visant à aller vers les familles sans-domicile via des équipes mobiles adaptées aux besoins des enfants.

## ► **Mieux prendre en charge les problèmes de santé mentale de tous les enfants, avec une attention particulière sur les enfants sans-domicile, en renforçant l'offre existante et en améliorant sa qualité et la prise en compte de leurs besoins spécifiques :**

Renforcer l'offre de soins en santé mentale par la revalorisation des métiers du soin en santé mentale et l'augmentation des capacités d'accueil des établissements et de développement de l'offre dans les territoires en tension (centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques) ; lever les barrières financières des familles sans-domicile par une prise en charge inconditionnelle, totale et immédiate ; encourager le développement des pratiques d'*aller-vers* et de *ramener vers*, pour accompagner les personnes éloignées du système de santé ; systématiser le recours à l'interprétariat en santé.

## ► **Favoriser la transversalité et l'interconnaissance entre le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion et celui de la santé mentale et de la pédiatrie :**

Systématiser la prise en compte de la santé mentale des enfants dans les politiques publiques de l'hébergement et de l'accès au logement et réciproquement.

# Introduction

**La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) reconnaît à chaque enfant, sans distinction aucune, le droit de « jouir du meilleur état de santé possible » (article 24). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). La santé mentale est donc une composante essentielle de la santé, définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »(2)**

Dans sa conception positive, la santé mentale s'appréhende selon trois dimensions, corrélées mais distinctes (3) :

- **Le niveau global de santé mentale** allant du bien-être au mal-être ;
- **Le fonctionnement personnel et social des individus** (participation sociale, autonomie, capacités...) allant du fonctionnement optimal aux situations de handicap psychique ;
- **Les troubles de la santé mentale**<sup>1</sup> allant de l'absence de symptômes aux troubles sévères.

La réalisation du droit de l'enfant à une santé optimale suppose ainsi d'appréhender la santé mentale dans sa dimension la plus large et de prendre en considération l'ensemble des déterminants qui l'influencent.

L'enfance constitue une période sensible du développement durant laquelle les interactions complexes de divers déterminants biologiques et environnementaux, ainsi que les expériences vécues et les relations interpersonnelles posent les bases psychologiques, émotionnelles, sociales, cognitives et comportementales de la santé mentale de l'individu (4). Accompagnées de multiples changements et de besoins particuliers, les étapes déterminantes de développement qui surviennent au cours de l'enfance en font une période de vulnérabilité mais aussi d'opportunités, dans la mesure où elles offrent des occasions uniques de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants et des adultes de demain.

**La moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans (5).**

Les troubles de la santé mentale des enfants peuvent se manifester par une anxiété, un retrait relationnel, des troubles du comportement, des troubles alimentaires ou encore des troubles du sommeil et avoir une gravité et une durée variable. On distingue les troubles internalisés, comme les troubles émotionnels, le sens de l'identité et la confiance en soi, des troubles externalisés comme les troubles du comportement ou les symptômes d'hyperactivité/inattention, les troubles relationnels avec les pairs, la capacité de s'adapter, mais également les troubles du développement et le retard mental.

En France, **il existe peu de données sur la pré-**

**valence des troubles de la santé mentale.** Quelques données produites à partir de modélisations ont cependant estimé que **les troubles de la santé mentale concerneraient environ 2 % des enfants de moins de 5 ans, 12 % des enfants de 5 à 9 ans et plus de 20 % des enfants de plus de 10 ans** (estimation 2019) (6). Les symptômes d'hyperactivité et/ou d'inattention concerneraient majoritairement les enfants de 5 à 14 ans, les troubles de l'anxiété les enfants de plus de 9 ans et les troubles dépressifs les adolescents de plus de 14 ans. Au total, ce sont environ 49 000 enfants de moins de 18 ans qui ont été hospitalisés en psychiatrie en 2018, soit 3 enfants sur 1 000 (7). Les données épidémiologiques en population sur la santé mentale des enfants restent donc lacunaires. Afin de palier à ce manque, **Santé publique France a lancé l'étude Enabee en 2022 visant à produire des indicateurs sur le bien-être et les difficultés émotionnelles des enfants de 3 à 11 ans en France** (8).

La santé mentale des enfants fait l'objet d'une attention grandissante depuis le début de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, comme en témoigne la mise en place accélérée de dispositifs visant à répondre aux souffrances psychiques des enfants comme le dispositif « forfait 100 % Psy Enfant Ado ». La crise sanitaire, les confinements successifs et les mesures de distanciation sociale ont profondément bouleversé le quotidien des enfants, leur rapport à leur lieu de vie, leurs relations familiales et amicales, leur scolarité, leurs loisirs, etc. La pandémie de Covid-19 les a également confrontés à un climat d'incertitude anxieuse, en particulier pour les enfants en situation de précarité. **Une étude menée en France chez des enfants âgés de 8 à 9 ans lors de la fermeture des écoles durant le premier confinement a rapporté des taux élevés de symptômes d'hyperactivité/inattention (13,6 %) et des difficultés émotionnelles (7,5 %), avec un risque plus élevé chez ceux ayant des revenus modestes.** Une autre étude menée à la même période auprès des 9-18 ans par Santé publique France rapporte que **les adolescents ont été particulièrement affectés selon leurs conditions de vie matérielles et confirme l'existence d'un gradient selon les conditions de vie** (9). Cela a renforcé la prise de conscience des effets de l'environnement sur la santé mentale.

Selon le psychologue américain Urie Bronfenbrenner (10), le développement de l'en-

fant résulte de l'interaction de celui-ci avec son environnement, comportant plusieurs milieux d'influence - ou niveaux d'interaction- au sein desquels peuvent intervenir des facteurs protecteurs ou des facteurs de risque pour sa santé mentale. A partir du modèle d'Urie Bronfenbrenner et de l'approche des déterminants sociaux de la santé mentale de l'OMS (11), l'UNICEF a proposé un cadre de référence organisé autour de trois milieux d'influence de la santé mentale des enfants (12) :

- **Le « monde proche de l'enfant »** formé par ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, il exerce une influence primaire sur sa santé mentale. Dans ce monde, les soins attentifs et les environnements sûrs, bienveillants, stables et enrichissants jouent un rôle essentiel.
- **Le « monde élargi de l'enfant »** intervient, comme son nom l'indique, quand le monde de l'enfant s'agrandit. Celui-ci doit lui apporter de la sûreté et de la sécurité ainsi que des liens d'attachement sains dans l'environnement préscolaire, scolaire ou au sein de la communauté.
- **Le « monde extérieur »** inclut les déterminants sociaux à grande échelle : la pauvreté, la discrimination, les migrations, les pandémies, les catastrophes naturelles, etc. Il renvoie également aux systèmes de croyances, aux normes, au contexte socioéconomique et aux politiques générales.

[1] La commission du Lancet sur la santé mentale mondiale et le développement durable propose une classification des troubles psychiques et de leur prise en charge en 5 stades :

- **Stade 0** : absence de symptôme (promotion de la santé mentale et prévention des maladies, pas de prise en charge ou d'intervention médicale) ;
  - **Stade 1a** : détresse non spécifique (auto-aide et entraide, amélioration des connaissances en santé mentale, repérage des environnements stressants et toxiques, changement des environnements et acquisitions de compétences pour faire face aux difficultés) ;
  - **Stade 1b** : symptômes légers, en nombre ou intensité insuffisante pour caractériser un trouble psychique (conseil et diagnostic médical et psychosocial dans le cadre des soins de santé primaires (médecine générale)) ;
  - **Stade 2** : syndrome complet (trouble caractérisé) (premier traitement en soins de santé primaire, soins spécialisés disponibles, graduation de l'aide en fonction des résultats) ;
  - **Stade 3** : syndrome persistant avec récurrences (traitement spécialisé en lien avec les soins de santé primaire, accompagnement psychosocial (assistance psychologique, économique et social))
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; 392 (10157): 1553-98. DOI : 10.1016/S0140-6736(18)31622-X

Certains enfants voient l'ensemble de leurs milieux d'influence affectés par des risques cumulatifs, exacerbant leur vulnérabilité, comme c'est le cas pour les enfants sans-domicile. Selon l'Insee, « une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) » (13). Les enfants dits « sans-domicile », recourent les catégories « sans abri » et « sans logement » de la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (European Typology on Homelessness and housing exclusion – ETHOS) (14). Pour des raisons de compréhension et d'homogénéisation des termes, l'expression « sans-domicile » est utilisée tout au long du rapport (14).

Les enfants constituent un segment croissant et méconnu de la population sans-domicile. Entre 2001 et 2012, l'Insee a enregistré **une augmentation de 85% du nombre d'enfants sans-domicile**, portant leur nombre à 30 100 (15). Selon l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité, le 22 août 2022, **plus de 42 000 enfants vivaient dans des hébergements d'urgence, des abris de fortune ou dans la rue** (16). Ces enfants connaissent des réalités très différentes mais sont tous confrontés à la précarité dans son sens multidimensionnel : précarité des conditions de vie, économique, sociale, administrative.

La précarité est ici entendue comme « **l'absence d'une ou de plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux** » (17). Cette précarité a d'importantes conséquences sur leur santé mentale. Si les répercussions de la précarité inhérentes à l'absence de domicile sont peu documentées dans la littérature française, des études internationales démontrent **des troubles mentaux plus fréquents chez les enfants sans-domicile** par rapport à la population générale (18). Une revue systématique de la littérature a par exemple montré que les enfants sans abri en âge d'être scolarisés sont deux fois plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale que les enfants logés à faible revenu, avec des problèmes particulièrement élevés de troubles interiorisés (18). Ces constats sont concordants avec les conclusions de l'enquête Enfams : les troubles suspec-



tés de la santé mentale globale sont plus fréquents chez les enfants hébergés (19,2 %) qu'en population générale (8 %) sur la même période (19).

**Le logement est un élément central de l'environnement de l'enfant** : il détermine les conditions matérielles dans lesquelles vit l'enfant au quotidien, il est l'espace privilégié de la vie familiale, il a une influence sur la scolarité et les relations entre pairs et il est vecteur de représentations sociales. Ainsi, le fait de ne pas en disposer induit bien souvent **une altération des relations des enfants avec leurs milieux d'influence** (familial, scolaire, etc.) au sein desquels peuvent alors **se manifester des risques pour leur santé mentale**. A cette vulnérabilité particulière s'ajoutent des obstacles pour accéder aux soins, y compris en santé mentale, participant à la dégradation de leur état de santé.

Les effets de l'absence de domicile sur la santé mentale des enfants sont peu documentés. Les freins à une prise en charge efficace sont également peu traités. Par ce rapport, il s'agit à la fois de comprendre l'impact de l'exclusion liée au logement sur les milieux d'influence des enfants et leur santé mentale, mais aussi de restituer les obstacles à leur accès aux soins.

[2] Le dispositif «forfait 100 % Psy Enfant Ado» mis en place dans un contexte de sortie de crise sanitaire liée au Covid-19 en avril 2021, a pour objectif de prendre en charge jusqu'à dix séances de psychologues pour les enfants et adolescents de 3 à 17 ans souffrant de troubles psychiques légers à modérés. Déployées sur l'ensemble du territoire, ces prises en charge psychologiques sont sans avance de frais pour les familles et intégralement financées par l'Assurance Maladie. L'accès à ce dispositif présuppose l'existence d'un médecin généraliste déclaré et l'affiliation à la sécurité sociale.



Il s'agit ensuite de **souligner l'importance de tenir compte de la santé mentale des enfants dans les politiques en matière d'hébergement et de montrer l'intérêt de décroiser les politiques de logement et de santé**, le logement étant un déterminant majeur de la santé.

### **Méthodologie :**

Ce rapport a été réalisé à partir d'une analyse des principales données de la littérature française sur la santé mentale des enfants sans-domicile, d'entretiens auprès de professionnels de la santé mentale et d'une consultation de neuf enfants âgés de 9 à 14 ans, hébergés en hôtel social et accompagnés par le Samusocial de Paris. Afin de préserver leur identité, des pseudonymes-choisis par les enfants - sont utilisés.



1  
chapitre

**Comment l'absence de domicile  
affecte-t-elle la santé mentale  
des enfants ?**

**Le logement est un déterminant majeur de la santé, reconnu comme tel par l’OMS (20), qui mentionne l’accès et le maintien d’un logement de qualité comme l’une des conditions de base pour mener une vie saine. Bien plus qu’un simple abri, le logement remplit diverses fonctions sociales et individuelles qui structurent la vie des habitants et influencent leur état de santé (21). Le fait de ne pas en disposer prive non seulement les enfants d’un environnement protecteur, stable et prévisible, mais aussi d’un point d’ancrage, d’un lieu où se construit et se renforce la culture familiale et l’intimité, d’un lieu de repos physique et psychique, de lâcher-prise, d’expression et de créativité, et d’un lieu où se déroulent les activités quotidiennes, structurantes pour les expériences qui forgent leur santé.**

## 1.1 La santé mentale des enfants altérée par l’absence d’accès à un logement sain et sécurisé

Alors que pour de nombreux enfants le logement constitue un cocon protecteur, pour ceux vivant dans des conditions de vies délétères et insécurisantes, il peut devenir un lieu à fuir, source de cauchemars et de stress, dans lequel il est difficile de s’épanouir et de se développer. **Quand les conditions de logement sont dégradées, l’équilibre de l’enfant est affecté.** Son lieu de vie ne remplit plus son rôle de lieu de **protection** et de structuration.

Les enfants qui dorment à la rue, avec ou sans leur famille, sont confrontés à des aléas météorologiques plus ou moins violents (fortes pluies, neige, inondations, canicule), desquels ils n’ont pas la possibilité de se protéger. Pour les enfants hébergés, les logements sont pour la plupart mal isolés, atteignant des températures très froides en hiver (la crise énergétique à venir risquant d’aggraver ce problème), ou très chaudes en été. Ces écarts de température, dont la fréquence augmente avec le réchauffement climatique, ne permettent pas aux populations de bénéficier d’un sommeil réparateur (22,23).

Ces expositions aux intempéries sont particulièrement délétères pour les enfants à la rue, en bidonville ou en hôtel social car elles provoquent du stress et une grande lassitude chez les familles et tout particulièrement chez les enfants, qui de par leur jeune âge, n’ont pas les capacités d’y faire face. Ces situations peuvent également avoir des effets physiques sur les enfants. En effet, les populations en situation de précarité sont davantage exposées à la dégradation de la qualité de leurs milieux de vie (cumul d’expositions environnementales), ce qui a des **conséquences directes sur la vulnérabilité des enfants et peut entraîner diverses pathologies (24)**. Par exemple, le manque de sommeil et une mauvaise alimentation rendent l’enfant plus vulnérable aux maladies infectieuses, ou d’une autre façon, la présence de moisissures peut augmenter le risque d’asthme (25). La charge mentale d’une maladie physique, souvent chronique est très lourde à porter pour les enfants.

« Mes problèmes respiratoires. C'est une des choses qui me stresse le plus. »  
Julio, 15 ans

Les enfants sans-domicile sont à la fois très exposés et vulnérables à la pollution de l'air (24). Certaines études ont en effet pu établir **un lien entre l'exposition à des pollutions atmosphériques des enfants et une augmentation des troubles de la santé mentale tels que l'anxiété et la dépression**. Ces études ont par ailleurs démontré que les enfants sans-domicile, sont quant à eux plus vulnérables aux effets psychiques des pics de pollution (26).

Par ailleurs, **les lieux de vie des enfants sans-domicile sont très souvent insalubres**, vecteurs d'anxiété pour les enfants à différents niveaux. A titre d'exemple, l'absence d'eau chaude, de sanitaires privatifs ou leur utilisation par des adultes de façon inappropriée (usage de drogue, relations sexuelles) peut devenir une source d'angoisse pour les enfants, liée à l'insalubrité des lieux mais également à leur occupation.

« C'était pas bien, c'était sale, je voulais pleurer en arrivant. »  
Roura, 14 ans

Les familles sans-domicile vivent souvent dans des quartiers dans lesquels il y a peu de stabilité résidentielle, ce qui influence la cohésion sociale et peut entraîner des **comportements à risque** chez certains habitants (consommation d'alcool et de drogues, destruction du bien d'autrui) et provoquer **une certaine anxiété chez les enfants**. La professeure de psychologie de l'enfant, Chantal Zaouche Gaudron a analysé ce phénomène : « Lorsque les enfants vivent dans des quartiers qui ne sont pas sécurisés ou qui manquent de services, ils ont plus de risques de développer des difficultés comme l'hyperactivité, l'agressivité, l'isolement, quelle que soit la qualité de leur vie familiale. » (27)

« Il faudrait avoir des hôtels spécialement pour les familles, pas avec des gens qui boivent. On doit être en sécurité. »  
Adèle, 13 ans

### L'absence de domicile comme entrave au développement de l'enfant

Les conditions de vie matérielles dégradées (nuisances, insalubrité, exigüité, insécurité, manque de commodités) ont **des conséquences sur la santé physique et mentale des enfants du fait du rôle crucial de l'environnement dans le développement de leurs capacités sensori-motrices, cognitives et socio-affectives**. Les conditions de vie dans la petite enfance ont un impact important sur le développement de l'enfant et sur sa vie future. Le comportement d'un adolescent est, dans une large mesure, fonction du vécu de sa petite enfance, de l'environnement dans lequel il a grandi, de la formation qu'il a reçue pendant cette période et des traumatismes psychiques qu'il a pu subir (28).

Tous les domaines de vie (familial, environnemental ou institutionnel) sont interconnectés et ont ainsi un effet sur le développement des enfants. Leur développement relève de la croissance (poids, taille) et de la maturation, et se manifeste dans le domaine physique et psychomoteur (développement moteur, sensoriel, intellectuel, affectif et social). La littérature, notamment anglo-saxonne, a montré que le début et la durée des conditions de vie précaires sont déterminants : **plus les enfants sont jeunes, plus ils sont vulnérables sur les plans physique et psychique ; et la pauvreté persistante affecte davantage le développement de l'enfant que la pauvreté transitoire** (29, 30, 31, 32, 33).

### Un environnement social précaire

En évaluant le développement des enfants de moins de 6 ans et leurs comportements adaptatifs, **l'étude ENFAMS a révélé une forte prévalence de retard de développement (80,9 %) chez les**

**enfants sans-domicile, notamment liée à la pauvreté, au défaut de recours aux soins et au stress parental** (effets cumulatifs des conditions de vie délétères).

Parmi les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude, la présence d'un retard de développement était plus importante chez les enfants dont les parents avaient un niveau d'études faible, chez les enfants plus âgés, chez les enfants nés dans un pays autre que la France, chez ceux qui avaient un faible poids à la naissance, et chez ceux qui avaient été hospitalisés au cours de l'année précédant l'enquête (34).

Le facteur le plus associé au retard de développement des enfants était l'âge : plus l'âge au moment de l'étude était élevé, plus les scores de communication, vie sociale, vie quotidienne et motricité étaient bas. Ce résultat est conforme aux conclusions d'autres études et pourrait être attribué à l'effet cumulatif d'un environnement à haut risque et de la nécessité d'une plus grande

stimulation cognitive et verbale avec l'âge (35).

Le pays de naissance des parents, ainsi que le petit poids de naissance étaient également associés aux scores de développement des enfants. Les enfants de parents nés à l'étranger peuvent être confrontés à différents facteurs de risque de difficultés développementales, comme un faible revenu familial, un faible niveau d'éducation parentale et des barrières linguistiques. La cohorte PreCARE menée auprès de plus de 10 000 femmes accouchant dans des maternités du nord de Paris a par exemple montré un risque plus élevé de recours inadéquat aux soins prénataux chez les femmes nées hors de France comparées à celles nées en France, avec un risque particulièrement fort pour celles en précarité administrative (36). L'Observatoire du Samusocial de Paris a également publié une étude en 2015 (Enquête Rémi) qui illustre les nombreuses difficultés entremêlées auxquelles ces femmes enceintes font face (administratives, compréhension, etc.) et cela particulièrement lorsqu'elles sont isolées (37).



L'itinérance de ces familles très pauvres commence souvent avant la naissance de l'enfant, et la plupart des mères font face à de nombreuses difficultés lors de la grossesse (suivi insuffisant, carences nutritionnelles, etc.). Leurs enfants sont donc davantage susceptibles d'avoir un faible poids de naissance (38). D'une autre façon, l'étude de l'association Intermèdes-Robinson observe des retards de développement en partie dus à un manque d'activités et de stimulations car **« les enfants grandissent dans un espace dans lequel ils n'ont aucune légitimité »**(39).

### Face au surpeuplement des lieux de vie

En effet, **le surpeuplement peut être la cause des troubles du sommeil qui ont de fortes répercussions** à différents niveaux : l'affectif et le cognitif sont altérés dans tous les secteurs de la vie autant au niveau des apprentissages, que du développement socio-affectif, de la scolarité et de la socialisation. Le bruit, l'exiguïté et le surpeuplement qui caractérisent souvent **les endroits dans lesquels vivent les enfants sans-domicile ne permettent pas des conditions propices à un sommeil réparateur dont l'enfant a besoin pour son développement**. La pollution sonore intérieure ou extérieure peut être une source de stress pour les enfants (insécurité du quartier, disputes) et/ou une entrave à un sommeil de qualité.

**Le manque de sommeil peut avoir sur les enfants des conséquences bien plus graves que chez les adultes** : il entrave la croissance du fait que les hormones de croissance sont sécrétées la nuit, et perturbe la maturation de leur système nerveux et le développement de leur mémoire. Il influe sur leur comportement et leur capacité à contrôler leurs émotions. Dans l'étude ENFAMS, les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants sont notamment associées aux habitudes de sommeil des enfants mais également à la région de naissance des parents, la mobilité résidentielle de la famille, leur état de santé le surpoids, le risque suicidaire des mères, le fait que les enfants n'aient pas leur hébergement et qu'ils soient victimes de moqueries à l'école (40).

### Face à l'insécurité alimentaire

**L'accès à une alimentation saine est aussi un déterminant fondamental de la santé, y compris de la santé mentale.**

De nombreuses familles hébergées en centres d'hébergement d'urgence (CHU) ou à l'hôtel sont dans l'impossibilité de cuisiner dans leur lieu de vie. Associée à des difficultés financières, la qualité de la nourriture achetée en pâtis. Sans espace dédié, les enfants sont parfois contraints de manger leur repas assis sur leur lit et cette situation est source d'inconfort pour les familles et les enfants, qui ne peuvent pas se nourrir convenablement. L'étude Enfams révèle que **près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 souffrent de la faim**. Elle démontre également que le type de lieu d'hébergement, le type d'habitation, le gestionnaire, ainsi que la participation financière à l'hébergement sont significativement associés à l'insécurité alimentaire des familles (41). Ainsi, près de la moitié des familles souffraient d'anémie souvent causée par des carences alimentaires : 50,3% des mères et 37,7% des enfants. L'anémie engendre une asthénie (fatigue) physique et psychique et des états dépressifs, elle peut provoquer une irritabilité, de l'impulsivité voire de la confusion (42).

Par ailleurs, le surpoids et l'obésité frappent une forte proportion des enfants dont 21,6 % étaient en surpoids et 4 % obèses chez les enfants âgés de plus de 2 ans. Aux conséquences de l'obésité sur la santé physique des enfants peuvent s'ajouter de la stigmatisation et de la discrimination ayant tous les trois des conséquences sur le bien-être psychologique.

# FOCUS : L'influence du parcours migratoire sur la santé mentale des enfants

La surreprésentation des personnes étrangères dans la population sans-domicile invite à considérer les conséquences de l'expérience migratoire sur la santé mentale des enfants concernés, en famille ou isolés (mineurs non accompagnés) [\(43\)](#).

Le parcours des enfants en situation de migration est souvent marqué par des expériences traumatiques, vécues dans leur pays d'origine (pauvreté, violences, ruptures familiales, guerre, catastrophes naturelles) ou sur la route de l'exil (violences, exploitation, incertitudes, perte de proches), et pouvant entraîner une détresse psychique, se traduisant le plus souvent par des syndromes psychotraumatiques ou dépressifs [\(44\)](#). Aux multiples traumatismes déjà subis s'ajoutent les conditions d'accueil en France, souvent très précaires et pouvant induire des conditions de vie extrêmement dégradées voire déshumanisantes. Ces conditions d'accueil, mettent en péril leur santé mentale. Des études ont ainsi démontré que le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont aggravés voire provoqués par les conditions d'accueil difficiles réservées aux personnes migrantes [\(44\)](#).

## La situation particulière des mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés en recours devant le juge des enfants en raison d'une remise en cause de leur minorité sont une population particulièrement vulnérable. Ne bénéficiant d'aucune protection, ces derniers sont parfois contraints de vivre dans la rue, dans des abris de fortune ou dans des hébergements provisoires. Ces conditions d'accueil mettent en péril leur santé mentale.

Dans leur rapport sur la santé mentale des mineurs non accompagnés, Médecins Sans Frontières (MSF) et le Comède observent en effet l'apparition de « troubles réactionnels à la précarité », favorisée par des conditions de vie indignes : **50% des jeunes suivis au centre d'accueil de jour de MSF situé à Pantin souffrent d'une détresse réactionnelle** se traduisant par des symptômes tels « qu'une humeur triste, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnies), des troubles de la concentration, des attitudes de retrait social, un épuisement physique et psychique, un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets ou à continuer dans la situation actuelle. Parmi eux, certains développent des idées suicidaires » [\(45\)](#). Mélanie Kerloc'h, psychologue et corédactrice du rapport témoigne ainsi :

« Certains jeunes ont vécu des choses importantes et graves mais ne sont pas malades quand ils arrivent sur le territoire français. C'est la précarité qu'ils vivent en France et l'identification aux «grands exclus» qui participent au développement de troubles. Ce sont des troubles réactionnels à la précarité. Ça commence généralement par des troubles anxieux, puis des symptômes du spectre dépressif, parfois des idées suicidaires »

Mélanie Kerloc'h (5 septembre 2022)

**Le lien entre ces troubles et la précarité peut facilement être établi. Médecins Sans Frontières et le Comède observent en effet que les symptômes cessent lorsque les jeunes sont pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance**, lorsqu'ils évoluent un environnement sécurisant et adapté à leurs besoins et que le soutien matériel, éducatif et psychologique qui leur est apporté par les services de protection est de bonne qualité. A la précarité des conditions de vie s'ajoute la précarité administrative. L'attente d'une reconnaissance légale de leur minorité et de leur isolement sur le territoire maintient les jeunes dans un climat d'incertitude et d'insécurité particulièrement anxiogène. Cette situation est d'autant plus difficile que ces derniers ne bénéficient pas toujours du soutien de leurs proches, dans un système juridique et administratif complexe.

L'évaluation de leur minorité est en elle-même une épreuve particulièrement fragilisante. Outre la complexité de la procédure de reconnaissance de minorité et les longs délais judiciaires qui peuvent générer un fort sentiment d'angoisse, la remise en cause de la véracité des expériences vécues par les jeunes peut constituer une douloureuse atteinte narcissique qui a une répercussion identitaire. Ainsi, à l'image de celle de l'ensemble des enfants en situation de migration, la santé mentale des mineurs non accompagnés en recours est non seulement affectée par leur parcours migratoire, mais aussi par les conditions d'accueil en France. Leur isolement, les privant de l'étayage nécessaire à la sécurisation et à l'amélioration de leur état psychique, renforce cette vulnérabilité.

## 1.2 Des relations familiales à l'épreuve de l'absence de domicile et de la précarité

Le milieu familial a une influence majeure sur la santé mentale de l'enfant. En effet, **la famille fournit le plus souvent l'attachement et les soins nécessaires pour soutenir et sécuriser le développement psychique de l'enfant** (46). De plus, en tant que première instance de socialisation, elle structure les expériences affectives et relationnelles de l'enfant et participe ainsi grandement au développement de ses compétences psychosociales, essentielles à son bien-être. **Les pratiques familiales d'éducation et de soins ainsi que la manière dont la famille structure les expériences de l'enfant sont largement influencées par l'environnement dans lequel celle-ci évolue.** La précarité inhérente à l'absence de domicile constitue un facteur de risque qui affecte les interactions au sein de la famille ainsi que le fonctionnement et la stabilité familiale (47) et, par conséquent, la santé mentale des enfants.

### Des relations familiales affectées par la sur-occupation des lieux de vie

Les familles sans-domicile ayant recours au numéro d'urgence 115 sont aujourd'hui majoritairement accueillies dans des hôtels sociaux. Le Baromètre enfants à la rue publié en septembre 2022 par l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité indiquait en effet que 72 % des familles hébergées vivaient à l'hôtel (16). Leurs conditions de vie au sein de ces établissements ont fait l'objet de plusieurs études ces dernières années (19,48,49), toutes démontrant **l'inadaptation de l'hébergement hôtelier à la vie familiale.** Celles-ci insistent notamment sur la situation de sur-occupation des chambres particulièrement exiguës, qui concerne la plupart des établissements et engendre de **lourdes conséquences pesant sur l'ensemble des aspects de la vie des enfants (santé, scolarité, sociabilités, etc.),** y compris sur le fonctionnement de la famille et les relations interpersonnelles au sein de la sphère familiale.

Pour les familles vivant à l'hôtel, la chambre n'est

pas seulement un endroit où dormir, c'est au sein de ce même espace, réduit et partagé, que se déroule l'essentiel de leurs activités quotidiennes (le repas, la toilette- lorsque la chambre est équipée de sanitaires-, le repos, la réalisation des devoirs, le jeu, etc.). La multifonctionnalité des chambres et leur exiguïté invitent les familles à élaborer une organisation domestique rigoureuse pour faciliter l'usage de leur espace de vie (50). **L'organisation spatiale et temporelle devient alors une contrainte permanente, nuisant non seulement au bien-être individuel des membres de la famille** (elle est notamment source de fatigue, de lassitude et de stress) **mais aussi à la qualité de leurs relations** (la désynchronisation des rythmes familiaux par exemple, compromet les moments de partage normalement propices au développement des liens). Par ailleurs, le règlement de certains hôtels, posant d'importantes restrictions concernant l'occupation des espaces extérieurs à la chambre, et les lieux environnants de l'établissement, souvent caractérisés par un manque d'équipements de proximité, ne permettent pas toujours aux membres de la famille de s'échapper de leur lieu de vie.

« On vit dans 9 mètres carrés et on a beaucoup d'affaires donc il n'y a pas beaucoup d'espace pour vivre. Il faut s'organiser. Par exemple, moi je mange sur mon lit. »  
Julio, 15 ans

« J'ai l'impression d'être dans un trou de souris. »  
Roura, 14 ans

Ces derniers se trouvent alors confinés dans un espace réduit au sein duquel ils sont contraints de cohabiter. Cette promiscuité permanente peut induire une occupation concurrentielle de l'espace et engendrer des tensions entre les membres de la famille (notamment au sein des fratries), mais elle est aussi synonyme d'une injonction à cohabiter harmonieusement et à « prendre sur soi »

pour s'accommoder aux rythmes et aux besoins de chacun, ce qui peut entraîner une certaine frustration et des changements de comportement (abattement, agressivité, etc.)<sup>(50)</sup>. Les pressions résultant de ces situations peuvent également conduire à des conflits interpersonnels ou provoquer des difficultés à se contrôler (émotionnellement, verbalement, etc.).

« Chacun veut son espace mais c'est impossible. Y a pas de place donc y a beaucoup de disputes. »

Adèle, 13 ans

« Je me sens étouffée. J'ai pas beaucoup d'espace pour dépenser mon énergie donc je suis vite en colère. »

Karim, 11 ans

Les tensions générées par la sur-occupation des espaces exigus que constituent les chambres d'hôtel peuvent dériver vers des violences intra-familiales et des situations de maltraitance. Une étude canadienne relative à la maltraitance des enfants indique ainsi que « **le stress vécu par les parents exacerberait le lien entre le surpeuplement et la fréquence des coups ou gifles donnés aux enfants** »<sup>(51)</sup>. Le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS soulignait également que « le risque de maltraitance augmente dans les ménages surpeuplés »<sup>(52)</sup>.

Par ailleurs, la coprésence forcée et quasi permanente des membres de la famille induit un manque voire une absence totale d'intimité, pourtant essentielle à l'harmonie familiale et à la construction psychique de l'enfant<sup>(53)</sup>. L'absence d'espace « à soi » rend complexes les moments relevant de l'intime comme le repos, les changements de tenues ou encore la toilette, et pèse sur les relations de couple et la vie sexuelle.



Elle implique également une contraction de l'espace psychique, particulièrement dommageable durant l'adolescence où la construction d'un univers à soi et où la prise d'autonomie sont primordiales. Les adolescents consultés dans le cadre de la réalisation de ce rapport identifient en effet la présence d'un espace qu'ils peuvent s'approprier et au sein duquel ils peuvent s'isoler, comme solution principale pour se sentir mieux dans leur lieu de vie.

« J'aimerais un appartement assez grand pour vivre »  
Julio, 15 ans

« J'aimerais avoir une chambre à moi, où je peux être seule et mettre ma propre déco »  
Adèle, 13 ans

Les conditions permettant la construction de liens d'attachement stables, apaisés, et stimulants entre parents et enfants ne sont pas réunies dans un contexte où la cohabitation et la promiscuité affectent les relations familiales et induisent un manque d'intimité. **Dans ce cas de figure, le milieu familial peut devenir dysfonctionnel et comporter des facteurs de risque pour la santé mentale des enfants.** Aussi, la plupart des enfants consultés dans le cadre de ce rapport ont indiqué préférer les moments passés dans la chambre sans leurs parents.

### Précarité et détresse parentale

L'insécurité induite par la précarité à laquelle font face les familles sans-domicile est reconnue par les chercheurs comme pouvant entraîner **une certaine détresse psychologique chez les parents et des adversités dans le milieu familial, particulièrement dommageables à la santé mentale des enfants.**

L'étude Enfams estime que plus d'un quart des mères en situation de mal logement sont en état de dépression, soit un taux près de trois fois supérieur à la population générale de femmes en France (54,55). De plus, leurs enfants sont particulièrement à risque de présenter des difficultés

L'influence de la précarité sur la santé mentale des enfants intervient dès leur plus jeune âge voire même avant leur naissance. Elle est en partie médiatisée par l'état psychique de leurs parents, - notamment celui de la mère. Une étude a par exemple montré que 60% des enfants de mères déprimées ont des difficultés psychologiques ou de développement, contre 34% des enfants de mères non déprimées (32). La théorie de l'attachement initiée et développée par John Bowlby vient éclairer ce lien (56). **La relation d'attachement est structurante pour l'enfant sur le plan psychologique.** En effet, les premiers apprentissages sociaux, émotionnels et cognitifs dépendent fortement des échanges et des liens d'attachement forts et sécurisés qui s'établissent entre le jeune enfant et ses parents. Ces derniers sont un **important facteur de protection pour assurer le développement, la santé mentale et psychique de l'enfant à court et long terme** (57). A l'inverse, Boris Cyrulnik souligne qu'une « **enveloppe affective pauvre, insuffisante pour stimuler et sécuriser un bébé, provoque des développements altérés.** » L'appauvrissement de l'enveloppe affective de l'enfant - aussi appelée « niche sensorielle » - intervient lorsque les parents présentent une détresse psychologique (58). Une santé mentale parentale dégradée est en effet associée à des interactions parent-enfant de moindre qualité. Il en va ainsi de la dépression périnatale qui entrave l'établissement du lien parent-bébé : les parents déprimés sont en effet plus passifs et ne sont plus en capacité d'assurer de façon optimale leurs interactions avec l'enfant. Par ailleurs, Chantal Zaouche Gaudron constate que les parents en situation de stress permanent, lié à la précarité, aux situations frustrantes, douloureuses, voire intolérables, qu'ils vivent au quotidien, témoignent d'une moindre attention à l'égard de leurs enfants (58). Les conséquences de liens d'attachement insécures se traduisent chez les enfants (59).

« La situation précaire peut fragiliser les familles, avec par exemple des couples dissociés, des violences intrafamiliales, qui sont des facteurs de risque massif. Il y a également la question d'insécurité : quand les parents ont peur, ils sont moins sécurisants pour l'enfant. »  
Bruno Falissard, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent (12 juillet 2022)

Lorsque les enfants atteignent un âge avancé et prennent conscience de leur situation familiale, l'influence de la précarité sur leur santé peut être plus directe. L'insécurité dans laquelle se trouve la famille peut notamment être source d'un stress chronique (60). Ainsi, un tiers des enfants sans-domicile interrogés dans le cadre de l'étude de Halasa et Bergonnier-Dupuy, ont identifié la situation familiale comme étant une source de stress (60). Ces enfants se disent inquiets pour leurs parents et stressés par la situation matérielle et administrative de la famille. Les enfants sont particulièrement exposés aux « problèmes familiaux », non seulement parce qu'ils vivent les privations au quotidien, mais aussi parce qu'ils sont à portée d'oreille des discussions de leurs parents dans des lieux ne leur permettant pas toujours de se dérober physiquement. Par ailleurs, les enfants peuvent être sollicités pour la gestion des problèmes rencontrés par la famille(48). Ils sont ainsi impliqués, volontairement ou non, dans la gestion du budget, dans les démarches administratives, ou médicales, etc. Tous ces éléments leur démontrent l'insécurité dans laquelle se trouve leur famille et augmente leurs préoccupations. Dans leur étude sur l'adolescence à l'hôtel, le Défenseur des droits et le Samusocial de Paris soulignaient ainsi que pour la majorité des adolescents interrogés, c'est **l'école qui permet d'échapper temporairement aux problèmes familiaux**.

La précarité des familles sans-domicile peut ainsi constituer un facteur de risque qui affecte aussi, outre le fonctionnement et la stabilité de la famille, les interactions parents-enfants dont la qualité peut avoir un impact puissant sur le développement de l'enfant et sa santé mentale. Les rôles familiaux peuvent également être bouleversés par une sur-responsabilisation des enfants, parfois considérés comme des adultes. **Le milieu familial peut alors constituer un environnement non sécurisant pour l'enfant.**

### 1.3 Face à l'absence de domicile, l'école comme point d'ancrage ou de rupture

**L'école occupe une place essentielle dans le monde de l'enfant et exerce une influence considérable sur sa santé mentale.** Elle joue un rôle majeur dans le développement et la construction psychique de l'enfant, par **sa fonction première de transmission des savoirs et son rôle de socialisation** favorisant le développement de ses compétences psychosociales. Cependant, le milieu scolaire peut aussi s'avérer non sécurisant en faisant apparaître ou en entretenant des sentiments d'exclusion ou d'inégalité chez les élèves. Il peut également confronter les enfants à la **stigmatisation**, au **harcèlement** ou à des **environnements d'apprentissage dégradés** ; autant d'éléments qui constituent des **facteurs de risque pour leur santé mentale**.

#### L'école comme point d'ancrage et lieu de sociabilité

Pour les enfants sans-domicile, l'école peut s'avérer essentielle par les ressources qu'ils peuvent y mobiliser afin de faire face aux adversités de la vie quotidienne. Elle peut ainsi être considérée comme une **source de résilience** (61). Pour ces enfants confrontés quotidiennement aux conséquences de la précarité, la perspective de s'en sortir peut constituer une source de motivation profonde à la réussite scolaire. **Mais l'école n'est pas seulement perçue comme une institution permettant l'apprentissage des savoirs, elle est avant tout un « point d'ancrage »** (49) pour ces enfants dont le quotidien est rythmé par l'instabilité ; un lieu où ils peuvent échapper temporairement aux difficultés de la vie sans-domicile.

**L'école constitue aussi un lieu de sociabilité, lequel est essentiel à l'épanouissement de l'enfant, à la construction de son identité et au développement de ses compétences psychosociales.** Les relations amicales formées au sein de ses murs sont d'autant plus importantes que la sociabilité des enfants sans-domicile en dehors de l'établissement scolaire est souvent compromise par leurs conditions d'habitation.



Une étude du Défenseur des droits et du Samusocial de Paris met ainsi en évidence les difficultés rencontrées par les adolescents vivant à l'hôtel pour maintenir les liens avec leurs pairs en dehors des temps scolaires et extrascolaires (62). Pour ces enfants, le simple fait d'inviter des amis est difficile, non seulement parce qu'ils doivent se conformer aux règles de l'hôtel interdisant souvent de recevoir des visites, mais aussi parce qu'ils ne souhaitent pas toujours révéler leur lieu de résidence par crainte d'être stigmatisés.

« Je ne veux pas que mes copains viennent chez moi. J'ai pas envie qu'ils me prennent pour un extra-terrestre. »

Jean-Paul, 14 ans

L'étude montre également que les sociabilités de quartier sont quasiment inexistantes en raison des caractéristiques géographiques des quartiers où sont localisés les hôtels sociaux. En effet, nombres de ces établissements se trouvent dans des zones non habitées- principalement des zones d'activité - ou dépourvues d'équipements culturels ou sportifs permettant aux enfants de se retrouver et de mener une vie sociale à proximité de l'hôtel. Dans ces conditions, **l'école apparaît en effet comme l'un des seuls lieux où les enfants peuvent entretenir des relations amicales.** Ainsi, il n'est pas rare que les enfants préfèrent l'école à leur lieu d'habitation.

« L'école c'est mieux, on peut faire plein de choses, y a des amis, on se sent en sécurité »

Jean-Paul, 14 ans

### Des obstacles à la scolarisation et au maintien dans le système scolaire

Si l'école occupe une place centrale dans le quotidien de nombreux enfants sans-domicile, y accéder et poursuivre une scolarité continue n'est pas toujours aisé. Les difficultés rencontrées peuvent susciter un sentiment d'injustice et entraîner un isolement social, particulièrement dommageables à la santé mentale des enfants.

Bien que l'instruction soit obligatoire en France et que l'accès à l'éducation soit un droit pour tous les enfants, consacré par la Convention internationale des droits de l'enfant (article 28), **les obstacles à la scolarisation demeurent nombreux et les enfants sans-domicile y sont particulièrement confrontés.**

Si le manque de données relatives au phénomène de non-scolarisation ne permet pas de connaître de manière fiable le nombre d'enfants sans-domicile en dehors de l'école (63), un certain nombre de travaux apporte un éclairage sur les obstacles rencontrés.

La précarité des conditions de vie peut être avancée comme un facteur explicatif de la non-scolarisation des enfants sans-domicile. La distance et la méconnaissance mutuelle entre certaines familles vulnérables et l'institution scolaire peut également constituer un frein à la scolarisation des enfants.

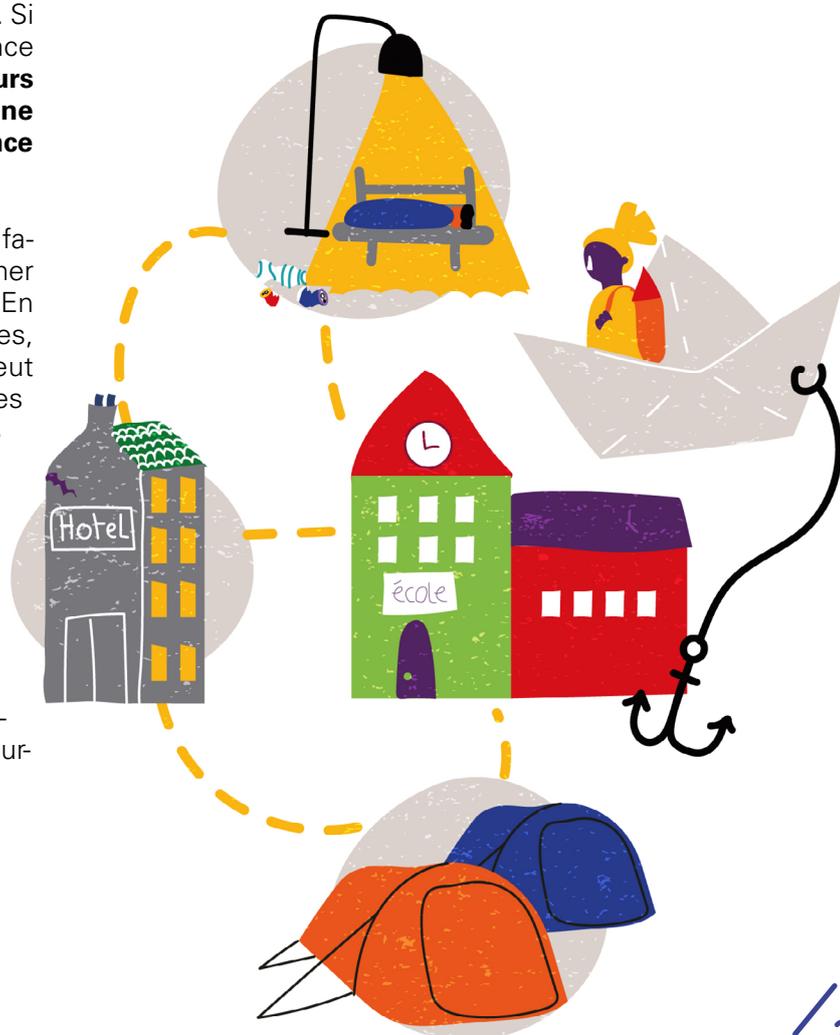
**Toutefois, les obstacles à la scolarisation corrélés à l'absence de domicile sont davantage liés à l'existence de pratiques discriminatoires.** Celles-ci interviennent dès l'inscription à l'école. Dans son avis n° 21-17 (64), le Défenseur des droits soulignait la persistance des refus d'inscription fondés sur des critères discriminatoires tels que la résidence (mise en défaut des justificatifs de domicile, instabilité résidentielle, caractère provisoire et ou illégal de l'habitation, etc.) ou la situation administrative. Ce dernier critère concerne particulièrement les mineurs non accompagnés en cours d'évaluation ou en voie de recours contre des décisions départementales de refus d'accès à la protection de l'enfance. Dans ces situations, le fait de ne pas disposer d'une décision judiciaire reconnaissant leur minorité fait obstacle à leur accès à l'éducation. Or la Défenseure des droits rappelle qu'en droit français « **tant que l'autorité judiciaire saisie ne s'est pas prononcée de manière définitive en faveur de la majorité de la personne se disant mineure, celle-ci doit être considérée comme telle, quand bien même elle aurait été évaluée majeure par le conseil départemental.** Dès lors, son droit à l'éducation doit lui être garanti et il n'appartient pas aux académies de se positionner sur le caractère avéré ou non de la minorité alléguée d'un jeune étranger ». Si cette situation n'est pas corrélée à l'absence de domicile, il faut ici rappeler que **les mineurs non accompagnés ne bénéficient pas d'une prise en charge de l'aide sociale à l'enfance sont souvent sans-domicile.**

Par ailleurs, l'instabilité résidentielle des familles sans-domicile peut également entraîner des ruptures dans les parcours scolaires. En effet, l'hébergement d'urgence des familles, pensé comme une solution provisoire, peut induire de nombreux déménagements. Les « réorientations » sont faites en fonction des places disponibles, qui sont loin de garantir que le prochain lieu d'hébergement se trouvera à proximité du précédent. Cette forte instabilité résidentielle, et plus généralement la perspective de cette instabilité, complique éminemment la continuité du parcours éducatif (65). Les enfants vivant en habitats précaires sont également concernés par une forte instabilité résidentielle, du fait des expulsions récur-

rentes de leur lieu de vie, lesquelles ont de lourdes conséquences sur leur scolarisation. **Le Collectif « #EcolePourTous » estime ainsi qu'une expulsion engendre six mois de déscolarisation pour les enfants (66).**

### Des conditions d'apprentissage et de sociabilité non favorables

Tout d'abord, le lieu de vie des enfants ne leur permet pas toujours de disposer de conditions favorables à leurs apprentissages. Outre les troubles du sommeil et l'insécurité alimentaire que peuvent impliquer ces conditions d'habitation les enfants disposent généralement de peu d'espace et d'équipement (bureau, connexion internet, etc.) pour la réalisation des devoirs, ce qui risque de compromettre leur réussite scolaire et générer du stress. Ainsi, la moitié des enfants sans-domicile interrogés dans le cadre de l'étude de Katarzyna Halasa et Geneviève Bergonnier-Dupuy se déclarent **stressés par les conditions dans lesquelles ils sont amenés à réaliser leur travail scolaire, et notamment le manque d'un endroit adapté (60).** Les enfants consultés dans le cadre de ce rapport soulignent également cette difficulté.



« Quand on habite dans un logement trop petit, avec des petits frères et sœurs, comment on fait pour étudier ? »  
 Julio, 15 ans

En outre, **l'instabilité résidentielle des familles sans-domicile peut conduire à un éloignement du lieu de scolarisation, engendrant pour les enfants des temps de trajet conséquents.** Ces trajets sont non seulement préjudiciables pour leurs apprentissages (ils limitent fortement le temps consacré aux devoirs), déjà compliqués par un habitat étroit et partagé, peu propice à la réalisation des devoirs, mais ils sont également source de fatigue (réduction du temps de sommeil) et de stress, notamment lié à la peur d'arriver en retard ou de ce qui pourrait se dérouler sur le trajet.

« Quand j'arrive à la maison après 2h de trajet, je suis épuisée j'peux pas travailler. Du coup, quand je peux je révise dans le train. »  
 Roura, 14 ans

« Je me lève à 4h du matin pour aller au lycée. C'est à 2h de chez moi. L'hiver comme j'arrive tôt pour éviter d'être en retard et que l'école est pas encore ouverte, j'attends quelques fois une heure toute seule dans le froid. »  
 Julianna, 15 ans

« Des fois, pour être à l'heure, je pars à l'école alors qu'il fait encore nuit et j'ai peur que des personnes me suivent »  
 Roura, 14 ans

Les temps de trajet induits par l'éloignement du lieu de scolarisation ont également un impact sur les sociabilités, restreignant la disponibilité des enfants pour passer du temps avec leurs camarades de classe et pour réaliser des activités de loisirs dans un cadre scolaire ou extrascolaire. **Ils contribuent ainsi à renforcer l'isolement relationnel initial de certains enfants.**

« Les enfants ils font d'autres choses après l'école et moi je suis obligée de rentrer. »  
 Lila, 13 ans

**L'environnement scolaire peut alors mettre en lumière les inégalités induites par la précarité et favoriser la stigmatisation et les moqueries entre élèves.** L'étude ENFAMS souligne ainsi qu'un enfant sur deux hébergé à l'hôtel a subi au moins une moquerie de la part de ses camarades. Dans ces conditions, l'école peut s'avérer être un environnement non sécurisant pour l'enfant.

Quand bien même les enfants sans-domicile ne subissent pas directement de moqueries, ils peuvent appréhender les relations avec leurs pairs. La gestion quotidienne du stigmatisme associé à la précarité, pouvant être rendu visible par les tenues vestimentaires, le fait de ne pas manger à la cantine, de ne pas pouvoir accompagner ses amis pour des activités payantes ou de ne pas pouvoir les inviter, **pèsent sur leurs relations affectives et sur leur santé mentale.**

« Mon pote il va se demander pourquoi je l'invite pas chez moi alors que lui m'a invité chez lui, il va se faire plein de films dans sa tête. J'ai peur de ce qu'il pourrait penser. »  
 Lionel, 13 ans.



« Tu peux pas avoir de relations amoureuses. Elle va se demander pourquoi tu lui montres pas chez toi mais c'est dur de dire où on habite. Soit elle va te quitter parce qu'elle a honte de toi, soit elle va te quitter parce que tu lui montres pas chez toi et elle te trouve bizarre. Moi ça me fait de la peine cette situation. »

Lionel, 13 ans.

**L'absence de domicile affecte ainsi l'évolution de l'enfant au sein des différents environnements : familial, scolaire, social et amical.** Elle peut ainsi entraîner un état de mal-être qui perturbe les relations aux autres, l'estime de soi, le sommeil, l'alimentation, le niveau de stress, les résultats scolaires, l'implication et la motivation dans les activités quotidiennes. Pour certains enfants, cela peut déboucher sur des troubles de la santé mentale plus ou moins conséquents, comme les troubles intériorisés ou extériorisés du comportement, des troubles de l'anxiété ou encore de la dépression et des troubles de l'humeur. Ces derniers nécessitent une prise en charge précoce, globale et pluridisciplinaire, adaptées aux spécificités de l'enfant.



# 2 chapitre

**Pourquoi les enfants sans-domicile rencontrent-ils des difficultés d'accès aux soins en santé mentale ?**

## 2.1 L'accès aux soins en santé mentale des enfants mis à mal par un secteur en souffrance

**Comme énoncé dans la Convention internationale des droits de l'enfant, le droit à la santé intègre également le droit à l'accès aux soins. La disponibilité de l'offre de soins et l'égalité d'accès à ces derniers sont donc essentielles. Or les problèmes rencontrés, entre autres, par le secteur de la pédopsychiatrie, cumulés aux difficultés spécifiques des enfants sans-domicile pour accéder aux soins, représentent des nombreux obstacles pour accéder à des soins de qualité en santé mentale.**

Malgré le fait que l'enfance soit une période de vulnérabilité reconnue, il semble complexe pour les jeunes d'accéder à une prise en charge adaptée. **Environ 14 % des jeunes de 10 à 19 ans souffrent de troubles mentaux sans pour autant recevoir une attention et une prise en charge adéquate** (67). Alors que de nombreux troubles mentaux peuvent être traités efficacement à un coût relativement faible, la majorité de ces enfants et adolescents ne reçoivent pas l'aide ni les soins dont ils auraient besoin (68).

En France, la prise en charge des troubles de santé mentale dès l'enfance est considérée comme essentielle et fait partie intégrante de la stratégie nationale de santé 2018-2022 élaborée par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Cette stratégie précise que : « compte tenu du risque de persistance des troubles psychiques à l'âge adulte et de leur incidence sur les apprentissages et, à terme, l'insertion professionnelle, **il est indispensable d'organiser la prévention et le repérage précoce de ces troubles, en particulier durant les périodes de la périnatalité et de la petite enfance.** » (69). Toutefois les enfants et les adolescents, notamment en situation de précarité et sans-domicile, ont un accès insuffisant aux soins de santé (70).

### Une demande de soins en santé mentale en hausse chez les enfants et les adolescents

La reconnaissance grandissante du bien-être comme enjeu de santé publique par les professionnels de santé ainsi que l'évolution du regard de la société sur le bien-être des individus, et plus particulièrement des enfants, ont contribué en partie à l'augmentation du pourcentage de patients diagnostiqués (70) et à une hausse de plus de 60 % des patients suivis en psychiatrie infanto-juvénile ces vingt dernières années (64). Par ailleurs, en raison d'un manque de données, il est difficile de statuer sur l'augmentation réelle de la prévalence des troubles de santé mentale en population pédiatrique au cours de la dernière décennie (71,72).

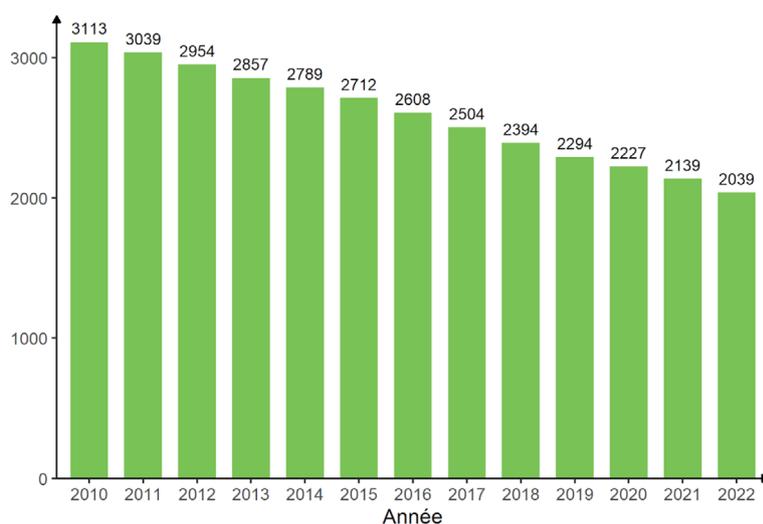
Avec l'arrivée de la pandémie de Covid-19, les confinements et la fermeture des écoles, les enfants ont vu leur vie complètement déstabilisée (72), entraînant une augmentation de la prévalence des syndromes dépressifs et d'anxiété. **Le premier confinement aurait mené à une augmentation des syndromes dépressifs notamment chez les 15-24 ans, passant de 10 à 20 % entre 2019 et 2020 (64).** Les données de surveillance des passages aux urgences du réseau Oscour font également état d'une hausse massive de passages aux urgences d'adolescents de 11 à 17 ans (en particulier les 11-14 ans) notamment pour troubles de l'humeur, troubles alimentaires ou idées et gestes suicidaires à l'hiver 2020-2021 par rapport aux hivers des années précédentes (73).

Cette dégradation de l'état de santé mentale a été particulièrement marquée selon un gradient de précarité. En effet, l'étude Confedao menée par Santé Publique France a montré que **les enfants et les adolescents ayant des conditions de logement difficiles, ou vivant dans des conditions économiques difficiles, étaient ceux qui avaient ressenti davantage de détresse pendant les périodes de confinement (74).** Une étude sur la santé mentale des enfants pendant la crise a montré que le milieu social a joué un rôle déterminant et que la qualité du sommeil des enfants était détériorée de plus de 50 % dans les groupes socioéconomiques les moins favorisés, et l'étude s'appuyant sur la cohorte TEMPO confirme que les troubles socio-émotionnels se manifestent davantage lorsque les revenus de la famille sont en baisse (75). Ces résultats font écho à ceux du projet SAPRIS (Santé, pratiques, relations et inégalités sociales en population générale pendant la crise Covid-19)(76) qui a montré d'importants taux de troubles émotionnels et d'hyperactivité-inattention observés chez les enfants au moment des fermetures scolaires, en lien avec différents facteurs socioéconomiques : appartenir au genre masculin, présenter antérieurement à la crise sanitaire des difficultés psychologiques et être d'une famille peu aisée sont par exemple des critères plus fréquents chez un enfant avec des symptômes élevés de trouble d'hyperactivité et d'inattention. Faire partie d'une famille modeste, connaître une situation parentale instable ou encore rencontrer un cas de Covid-19 au sein de son foyer sont également des éléments en lien avec la présence de symptômes émotionnels anormaux chez l'enfant (77).

**Pour les personnes sans-domicile, les conditions de vie très difficiles auxquelles les enfants et leurs familles sont confrontées, et qui affectent leur santé mentale, se sont détériorées avec le confinement.** Le rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre décrit des situations dans lesquelles les familles étaient enfermées durant deux mois dans des appartements infestés de moisissures et de cafards. A titre d'exemple, le rapport dénonce la situation d'une mère célibataire confinée dans un appartement de 10 m<sup>2</sup> avec deux jeunes enfants ou encore celle d'un hôtel social qui n'offrait que des chambres très humides, partagées par quatre ou cinq personnes, une cuisine de 20 m<sup>2</sup> pour 140 personnes, sans espace pour la réalisation des devoirs (78).

## Une crise de l'offre de soins en santé mentale pour les mineurs

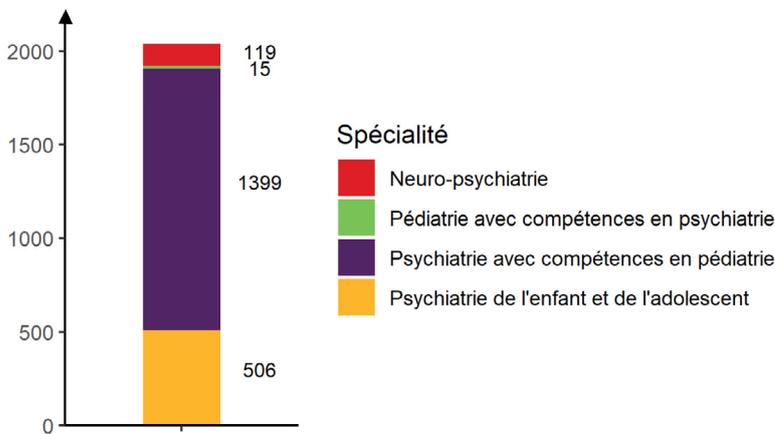
Parallèlement à cette hausse du nombre de demandes de prises en charge, **le nombre de médecins compétents en pédopsychiatrie actifs a connu une baisse drastique au cours des vingt dernières années.** Alors que 3 113 médecins actifs<sup>4</sup> compétents exerçaient en 2010, 2 039 exercent en 2022, correspondant à une diminution de plus d'un tiers des effectifs (dont moins 54 % pour les actifs réguliers).



Effectif des médecins actifs compétents en pédopsychiatrie entre 2010 et 2022 (d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins- 2022)

[4] Actifs : Cumul des médecins en activité régulière, des retraités actifs et des médecins intermittents (remplaçants)

Le statut multiple des professionnels de santé pouvant prendre en charge les enfants avec des troubles psychiatriques complique l'identification et la régulation du nombre de professionnels exerçant cette discipline. Parmi les 2 039 médecins compétents en pédopsychiatrie, seulement un quart sont des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (79). La majorité des personnes exerçant sont des psychiatres avec des compétences en pédopsychiatrie. Les autres sont des neuropsychiatres ou des pédiatres avec des compétences en psychiatrie.



Effectif des médecins actifs compétents en pédopsychiatrie en 2022 (d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins- 2022)

Les raisons de la diminution du nombre de professionnels exerçant la pédopsychiatrie en France sont multiples. Le professeur Bruno Falissard émet l'hypothèse que cette profession, mêlant médecine, sociologie, psychologie et anthropologie, soit moins attractive pour les futurs médecins, préférant alors se diriger vers de la médecine dite davantage scientifique (biologique).

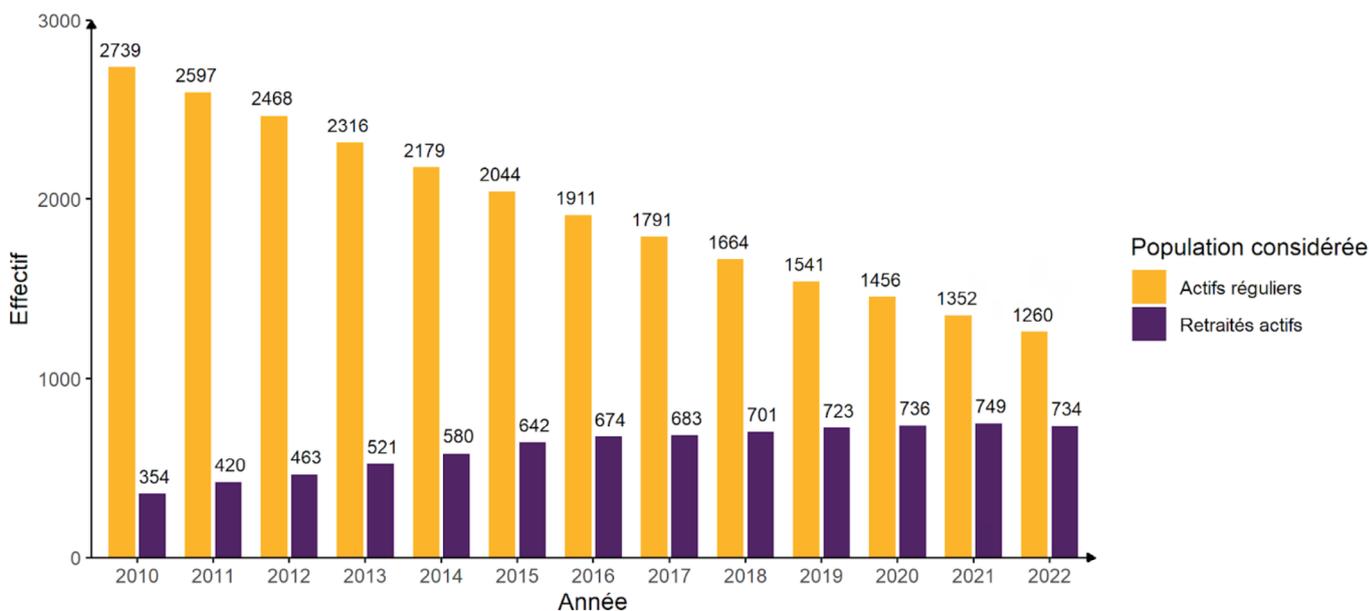
Par manque de professionnels, certaines structures sont contraintes de fermer, comme l'expliquent les docteurs de l'Hôpital Robert Debré à propos du centre médico-psychologique pour enfants de Lilas (93) qui a dû fusionner avec celui de Pantin (93), faute de médecins pendant deux ans. Bruno Falissard parle « **d'effet ciseaux** » pour décrire **le phénomène de hausse du nombre d'enfants en demande de soins en santé mentale et la baisse de l'offre en pédopsychiatrie**, qui a de nombreuses conséquences sur l'accès aux soins des enfants et des adolescents.

« Il y a eu une hausse de la demande, il y a eu une augmentation de 50 % des consultations en CMP. Il y a moins de soignants et encore plus de soins à prodiguer. »  
Bruno Falissard (12 juillet 2022)

S'ajoute à cela des **inégalités territoriales fortes au sein du territoire français**, compliquant encore davantage l'accès aux soins en santé mentale des enfants, comme dans le Loir-et-Cher où aucun médecin actif compétent à exercer la pédopsychiatrie n'est recensé. Ce maillage territorial très disparate des dispositifs de soins, combiné à une hausse de la demande, entraîne des délais d'attente très importants pour les enfants et les jeunes, surtout dans les structures publiques. Les centres médico-psychologique pour enfant (CMP), les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), accueillant et prenant en charge gratuitement des enfants de 0 à 18 ans, ont des listes d'attente de plus en plus longues.

Dans une audition menée par le Sénat en 2017, période pré-Covid, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) faisait déjà état d'une grande difficulté d'absorption de la demande par les établissements, « de sorte que les délais d'attente sont devenus trop longs pour les familles, les enfants et les professionnels » (80). Ainsi, dans certains CMP, **les délais peuvent atteindre les deux ans avant une première consultation**, même dans des situations d'urgence telles qu'une **tentative de suicide** ou une **hospitalisation en pédiatrie**.

« Comme dans quasiment toutes les pathologies chroniques, plus on intervient tôt, plus le pronostic est bon. Mais c'est même avant qu'il faudrait intervenir : d'où l'intérêt de repérage précoce. »  
Dr Emmanuelle Peyret (26 juillet 2022).



Evolution de l'effectif des médecins compétents en pédopsychiatrie actifs réguliers et retraités actifs (d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins- 2022)

## Un avenir incertain

Sur le court terme, la situation ne semble pas en voie d'amélioration étant donné que l'offre de soins repose en grande partie sur des médecins habilités à la psychiatrie de l'enfant qui sont retraités. En 2022, un tiers (36,4 %) des médecins actifs en pédopsychiatrie sont des retraités encore en activité. La moyenne d'âge des professionnels exerçant au 1er janvier 2022 est de 64 ans et 56 ans pour les actifs réguliers<sup>5</sup>.

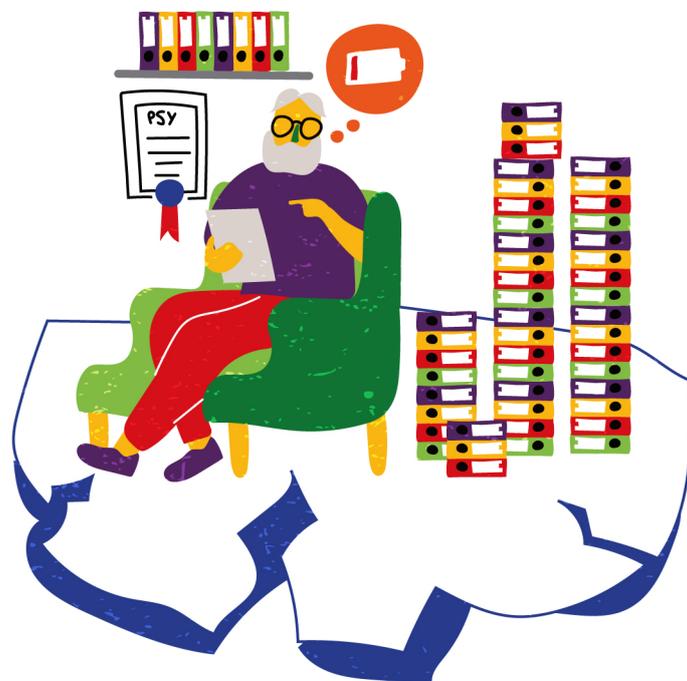
Dans certains départements comme les Ardennes, L'Eure et Loire, la Corse du Sud ou encore la Corrèze, 100 % des actifs réguliers ont plus de 60 ans, ce qui est très inquiétant pour les années à venir, compte tenu des disparités territoriales déjà existantes. Cette répartition démographique, et le manque de médecins plus jeunes pour prendre la relève, soulèvent des questions quant à l'avenir de la profession et des défis de prise en charge qui en découlent.

Au manque de professionnels compétents en pédopsychiatrie s'ajoutent les difficultés de recrutement de ressources humaines médicales et paramédicales, auquel tous les secteurs font face. En effet, les difficultés à recruter des infirmiers et aides-soignants ont entraîné un certain nombre de fermetures de lits en pédopsychiatrie ces dernières années. Les professionnels du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Robert Debré expliquent que

« la situation était déjà existante avant le Covid-19 mais que la crise a mis en lumière la problématique ».

Au vu de la situation critique, **il semble urgent d'investir dans la revalorisation de ce métier et de ses moyens afin d'éviter les conséquences catastrophiques qu'une réelle pénurie de professionnels formés à la pédopsychiatrie** pourrait avoir sur les enfants et les adolescents, déjà fortement privés d'accès rapide à des soins de qualité en santé mentale. C'est ce que préconisait déjà le Comité des droits de l'enfant à la France en 2016 « afin de réduire les inégalités d'accès aux soins pédopsychiatriques à l'échelle nationale (...) et de veiller à ce que les enfants soient traités par des professionnels qualifiés et dans des établissements conçus pour les enfants »<sup>(81)</sup>. Lever les freins à l'accès aux soins dans ce domaine est fondamental et profitera autant aux enfants sans-domicile qu'à la population générale.

[5] Par convention le Conseil National de l'Ordre des Médecins utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite). L'activité régulière n'est pas valorisée en Equivalent Temps Plein (ETP).



## 2.2 L'absence de domicile comme entrave supplémentaire à l'accès aux soins

Les enfants et adolescents sans-domicile sont particulièrement concernés par les problèmes de santé mentale ([renvoi partie 1](#)). L'effet ciseau, engendré par une hausse de la demande de soins en santé mentale des enfants et adolescents et le manque de professionnels, entraîne des difficultés d'accès aux soins pour tous les enfants. **Malheureusement, pour ceux en situation d'exclusion, les difficultés d'accès aux soins de santé mentale sont exacerbées, en raison de leur instabilité résidentielle, de la précarité financière ou encore des difficultés de compréhension et de navigation dans le système de santé.**

### L'accès aux soins sectorisés mis en échec par l'instabilité résidentielle

En France, depuis la Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, chaque département est découpé en secteurs selon la démographie du territoire. Ce découpage permet de répartir les structures de soins de santé mentale (hors centres hospitaliers universitaires avec des services de pédo-psychiatrie) et d'orienter les populations vers ces dernières en fonction de leur lieu d'habitation. L'adresse de l'enfant le relie à un secteur qui aura le devoir de le prendre charge. Il existe aujourd'hui en France à peu près 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ([80](#)).

L'instabilité résidentielle des enfants sans-domicile est non seulement une source de stress, mais aussi un **facteur favorisant les ruptures de prises en charge**. Cette instabilité crée une discontinuité des parcours de soins en santé mentale, un allongement des délais déjà très longs, voire des ruptures qui desservent fortement l'enfant. Si les enfants ne sont pas ou peu accompagnés, ce manque de continuité les fragilise d'autant plus. Le Docteur Peyret, travaillant dans le Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Robert Debré, explique que **l'instabilité résidentielle est une double peine pour les enfants présentant des troubles de la santé mentale.**

En effet, si l'on prend l'exemple d'un enfant souffrant de troubles du neurodéveloppement, ce dernier est déjà très sensible aux changements, même minimes. Le fait de changer de lieu de vie de façon récurrente va non seulement accroître son mal être mais aussi et surtout, s'il est suivi, avoir un impact sur son suivi psychologique.

Comme cela est démontré dans certaines études, « les parcours résidentiels des familles sans-domicile comportent des ruptures » (82). A l'instar de la santé physique, **les parcours de soins en santé mentale sont très perturbés**. « En fonction des déménagements, chaque famille fait des choix contraints quant au suivi de soins de l'enfant. Le parcours de soins de l'enfant est ainsi perturbé par des ruptures, des changements de professionnels, même s'ils sont parfois maintenus malgré les déménagements mais aussi par des facteurs d'ordre structurels que représentent les dysfonctionnements du système d'hébergement et du système de soins. »

### Des alternatives trop coûteuses pour les familles sans-domicile

Les consultations en pédopsychiatrie dans le secteur public, c'est-à-dire à l'hôpital ou dans les structures telles que les CMP infanto-juvénile et les CMPP, sont entièrement prises en charge par l'Assurance Maladie. Cependant, les délais de prise en charge étant extrêmement longs dans les structures publiques, urgences comprises, les familles pourraient souhaiter se tourner vers des pédopsychiatres ou des psychologues exerçant en libéral et ainsi permettre une prise en charge dans un délai plus rapide. Certains psychiatres de l'enfant et de l'adolescent sont conventionnés de secteur 1, et se doivent de respecter le tarif établi par l'Assurance Maladie pour recevoir un remboursement de 70 % du prix de la consultation. Or la plupart des pédopsychiatres sont conventionnés secteur 2 et pratiquent des dépassements d'honoraires, qui peuvent rester à la charge du patient selon sa mutuelle. **Ce reste à charge est une dépense auxquelles les familles en situation précaire ne peuvent pas faire face dans la plupart des cas**, d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas couvertes par l'assurance maladie comme c'est le cas de 20 % des familles sans-domicile (41).

De plus, la part remboursée des psychiatres libéraux nécessite parfois une avance des frais de la part de la famille, ce qui est un **frein majeur pour des familles sans-domicile**, surtout lorsque l'enfant a besoin d'un suivi régulier. Elles renoncent donc à une prise en charge dans le privé, et sont condamnées à attendre les délais imposés dans le public pour avoir un rendez-vous.

En ce qui concerne les consultations de psychologues, les problèmes rencontrés par les familles sans-domicile sont les mêmes qu'en psychiatrie. Depuis avril 2022, le dispositif MonPsy permet aux enfants et aux adolescents (mais pas que) de bénéficier d'un remboursement de huit séances chez un psychologue par an (83). Le remboursement se fait à hauteur de 40 euros pour l'entretien d'évaluation avec le psychologue et est abaissé à 30 euros pour les 7 séances suivantes. Cependant, à ce jour, ce remboursement ne peut se faire que si le psychologue est partenaire du dispositif, c'est-à-dire s'il a accepté de faire partie de cette plateforme et si le patient présente une ordonnance de son médecin traitant. Il s'agit en effet d'un premier pas vers un accès facilité aux psychologues, dont un suivi régulier représente un gros budget. Aujourd'hui, beaucoup de psychologues sont encore réticents à rejoindre cette plateforme, estimant que le tarif imposé est trop faible et que le passage chez un médecin généraliste est un frein.

« La consultation psy coûte 60 euros. Il faut avoir une mutuelle ou avancer les frais (Dispositif MonPsy). Il y a une ouverture de remboursement mais ça reste très limité. Cela demande aux familles de se mobiliser. »

Dr Emmanuelle Peyret  
(26 juillet 2022).



Pour des familles sans-domicile qui, du fait de l'instabilité résidentielle et des délais à rallonge, connaissent des freins pour accéder aux dispositifs de soins en santé mentale publics, ces alternatives sont peu, voire pas accessibles, que ce soit pour une prise en charge en psychiatrie (libérale) ou en psychologie.

La réorientation vers d'autres structures, est également très coûteuse en termes de temps pour les familles sans-domicile. En effet, les parents doivent alors rechercher et solliciter de nouveaux professionnels, avec des tarifs acceptables, ce qui représente **une charge mentale très élevée lorsque les préoccupations quotidiennes prennent déjà beaucoup de place.**

Enfin, il semble également essentiel de renforcer le diagnostic et la prise en charge des syndromes de stress post traumatique dans cette population particulièrement touchée.

### Renoncement et refus de soins

Les personnes en situation de précarité ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que la population générale (84). Confrontés à des situations de grande précarité et d'instabilité, **les familles et les enfants sans-domicile sont particulièrement exposés au risque de renoncements aux soins.** Soit parce qu'il existe des contraintes qui peuvent être financières, matérielles (les familles ne disposent pas de moyens de transport pour s'y rendre) et spatio-temporelles (elles ne savent pas où se rendre et/ou ne peuvent s'y rendre aux horaires proposés) ; soit parce que la famille fait le choix de ne pas engager ou de continuer des soins spécifiques, du fait d'un écart entre les normes médicales et les priorités en matière de soins de la personne concernée ou de ses enfants. Les renoncements de soins en santé mentale peuvent être déterminés par l'instabilité résidentielle des familles et des enfants, par la faible densité médicale et la répartition de l'offre de soins.

## 2.3 Le manque de structures de première ligne et d'actions de prévention

Les enjeux liés à la prévention sont également essentiels en santé mentale. Selon la Haute Autorité de Santé, la prévention consiste à « éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités » et se décline en prévention primaire (prévention en amont de la maladie), secondaire (dépistage) et tertiaire (prévention des complications et des récurrences)<sup>(85)</sup>.

« La prévention primaire ne relève pas de la médecine. Cela consiste à lutter contre la violence, la précarité, l'exclusion. C'est de la politique et c'est indispensable. »

Bruno Falissard (12 juillet 2022)

Le soutien à la parentalité est essentiel. Pourtant, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) pointe des limites aux politiques de soutien à la parentalité : « une diversité des acteurs et financeurs similaires, un éclatement des dispositifs qui se sont empilés au cours du temps, une faiblesse du pilotage national, des financements faibles et fragiles, et un écart entre l'ambition cachée et la faiblesse de l'instrumentation financière et technique »<sup>(86)</sup>. Ces politiques d'accompagnement à la parentalité doivent être associées à des politiques favorisant la stabilité résidentielle pour tous :

« Les programmes d'accompagnement à la parentalité sont d'autant plus difficiles pour les parents qui bougent. »

Dr Emmanuelle Peyret  
(26 juillet 2022).

Il existe encore trop peu de structures de prévention en France dédiées à l'enfant, et celles qui existent ont des ressources insuffisantes, à l'image de la protection maternelle infantile (PMI). La PMI a développé un savoir-faire et des compétences dans l'accueil et l'accompagnement des familles vulnérables. Du fait de sa triple accessibilité (financière, administrative et territoriale), et répondant au principe de l'universalisme proportionné, elle constitue un levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé. Or, le rapport de Michèle Peyron explique que « les consultations sont saturées et les professionnels, malgré leur engagement, sont parfois au bord de l'épuisement <sup>(87)</sup> ». Dans ces conditions, les services de PMI se voient dans l'incapacité de couvrir l'ensemble des besoins et sont contraints de restreindre leur activité sanitaire, notamment en direction des publics les plus vulnérables.

Pour les enfants sans-domicile, l'école peut constituer un facteur de protection lorsqu'elle constitue un ancrage. Dans ce contexte, **la médecine scolaire peut jouer un rôle fondamental dans la prévention et la détection des troubles de la santé mentale chez les enfants**. Pourtant, du fait d'une pénurie de médecins scolaires et d'une performance en deçà des objectifs de dépistages obligatoires, la Cour des Comptes <sup>(88)</sup> pointe une « performance très médiocre de la médecine scolaire » qui ne permet donc plus d'être un levier de prévention effectif pour les enfants en France en matière de santé mentale. A titre d'exemple, il n'y avait qu'un médecin scolaire à Mayotte pour 106 000 élèves en 2020.

« Le CMP a été construit comme un soin de première ligne. Cependant, aujourd'hui, c'est un endroit où les enfants viennent quand ils vont mal, mais il y a au moins six mois à un an d'attente. Il faut donc organiser un soin primaire en pédopsychiatrie [...] La médecine scolaire pourrait incontestablement être une solution. Il pourrait aussi y avoir des maisons de l'enfance démedicalisées : psychologue, orthophoniste, assistante sociale afin que les CMP ne soient plus en première ligne »

Bruno Falissard (12 juillet 2022)

« L'aller vers permet l'identification des personnes ayant besoin de soins (ils ne se présentent pas spontanément) pour ensuite les amener vers le droit commun.

La présence de médiateur et d'interprète dans la langue d'origine est très important. Elles vont alors pouvoir accéder aux services de soins quand elles en ont besoin et donc permette une orientation correcte même en amont du soin. »

Mélanie Kerloc'h (5 septembre 2022)

La mise en place et l'évaluation des actions de prévention en santé mentale auprès des parents, enfants ou adolescents sans-domicile restent rares (89). Pourtant, le peu de données disponibles ont montré une réelle efficacité des programmes de prévention en santé mentale des mères sans-domicile, et par extension de leur foyer (89). De plus, **les jeunes sans-domicile semblent avoir une appétence forte pour les services et projets de santé mentale et sont particulièrement enthousiastes à l'égard des programmes qui traitent des difficultés interpersonnelles et de la régulation des émotions** (90). Mélanie Kerloc'h rapporte par exemple que « les jeunes qui sont en troubles psychiques sont très demandeurs » (5 septembre 2022) à propos d'un groupe de discussion sur la santé mentale menée auprès de mineurs non accompagnés.

Enfin, il semble **essentiel de renforcer les connaissances sur l'état de santé mentale des enfants sans-domicile, ses déterminants et d'objectiver l'impact d'actions de préventions pour ces populations**. Ces résultats doivent également être communiqués largement au grand public et aux pouvoirs publics. L'institut Convergence et Migrations souhaite par exemple communiquer spécifiquement sur les sorties de maternité des femmes étrangères sans-domicile et leur impact en santé y compris en santé mentale chez la mère et le nouveau-né.

# 3 chapitre

**Quelles politiques publiques pour l'amélioration de la santé mentale des enfants sans-domicile ?**

### 3.1 La prise en compte du bien-être des enfants dans les politiques publiques de l'hébergement et de l'accès au logement

**Les risques cumulatifs liés à la précarité inhérente à l'absence de domicile et aux obstacles d'accès aux soins en santé mentale mériteraient la mise en œuvre de politiques publiques intégrées qui se complètent et se renforcent mutuellement. Pourtant, les politiques de l'hébergement et de l'accès au logement et les politiques de santé sont non seulement insuffisantes mais restent également relativement décorréliées l'une de l'autre. Dans ces conditions, celles-ci ne permettent pas de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants sans-domicile**

Aujourd'hui en France, **les politiques de l'hébergement et de l'accès au logement sont insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins des enfants et des adolescents sans-domicile**, peinent à garantir leur bien-être en maintenant ces derniers dans la précarité et ne permettent pas une réponse rapide et adaptée pour prévenir la survenue de troubles de la santé mentale.

Les droits au logement et à l'hébergement sont inscrits dans les textes nationaux et internationaux (Code de l'action sociale et des familles, Préambule de la Constitution, Déclaration universelle des droits de l'homme). Pourtant, depuis plusieurs années, les associations, les pouvoirs publics et les personnes concernées constatent une saturation des dispositifs d'hébergement et un accès au logement de plus en plus difficile.

Face à ce constat, le gouvernement s'est doté d'un plan quinquennal pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022), ayant pour objectif « **d'orienter les personnes sans-domicile de l'hébergement vers un logement durable grâce à un accompagnement adapté, modulable et pluri-disciplinaire** »<sup>(91)</sup>. La priorité a ainsi été donnée au logement comme condition première à l'insertion. Si sur le principe la politique du Logement d'abord est saluable et a démontré des résultats positifs, notamment pour les personnes sans-abri souffrant de maladies mentales sévères <sup>(92)</sup>, les moyens déployés n'ont pas été à la hauteur des ambitions en matière de production de logements sociaux à loyers abordables et de mobilisation du parc social existant. En l'absence de logements accessibles, une pression considérable continue d'être exercée sur l'hébergement d'urgence.

L'hébergement d'urgence s'est construit sur deux principes : l'inconditionnalité et la continuité de l'accueil et de l'accompagnement. Aujourd'hui, ces principes sont largement remis en cause, faute de places disponibles au sein du parc d'hébergement généraliste et spécialisé.

En résulte l'impossibilité de répondre à toutes les demandes exprimées auprès du 115. Malgré la pérennisation de 70 000 places d'hébergement entre 2017 et 2022, portant la capacité du parc d'hébergement d'urgence à 200 000 places, de nombreux enfants dorment encore dans la rue.

**En effet, le 22 août 2022, l'UNICEF France et la Fédération des acteurs de la solidarité dénombrent plus de 1 600 enfants sans solution d'hébergement et contraints de dormir dans la rue ou dans des habitats de fortune (16).** Au manque de places s'ajoute l'inadéquation des solutions d'hébergement proposées avec les besoins des enfants et des familles. Faute de places adaptées en centre d'hébergement et pour pallier la saturation de ces derniers, le recours aux nuitées d'hôtel est de plus en plus courant pour accueillir les familles. Or, comme évoqué précédemment, l'hébergement hôtelier est non conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant et particulièrement inadapté à la vie familiale, a fortiori lorsque celui-ci se prolonge dans le temps.

Un autre pan de la politique de lutte contre le mal-logement concerne l'habitat informel. L'instruction du 25 janvier 2018 (93) « visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles » structure l'action en direction des personnes vivant en habitat informel. Elle invite les parties prenantes à dépasser la logique de court-terme centrée sur les expulsions pour adopter une approche centrée sur la résorption durable des sites grâce à l'accompagnement de leurs habitants vers l'accès au droit commun. Sa publication a en ce sens constitué une réelle avancée. Cependant, **malgré des progrès notables en matière de résorption des bidonvilles et d'accès au droit commun, encore trop d'enfants vivent en bidonvilles** (la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement recense au moins 5 695 enfants dans les bidonvilles de France métropolitaine (94)), dans des conditions de vie particulièrement précaires, les confrontant à une insécurité permanente et entravant l'exercice de leurs droits fondamentaux. Par ailleurs, le caractère non-contraignant de l'instruction induit une application très inégale de celle-ci et n'empêche pas la poursuite des expulsions et des évacuations malgré le « changement de paradigme » impulsé au niveau national. Entre le 1er novembre 2020 et le 31 octobre 2021, 1 330 expulsions ont été recensées en France mé-

tropolitaine selon l'Observatoire des expulsions des lieux de vie informels (66). Les expulsions répétitives répondent à une logique de court terme et sont particulièrement contre-productives. Elles accroissent la précarité des habitants des bidonvilles en les éloignant de l'accès à leurs droits fondamentaux, et lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de solutions de relogement, elles conduisent les habitants à reconstruire un ou plusieurs bidonvilles dans les communes ou départements voisins, à s'installer dans des lieux plus isolés et dans de plus petits groupes, ce qui entraîne une tendance à l'invisibilisation. **Pour les enfants, la violence inhérente aux expulsions et aux évacuations peut être particulièrement traumatisante.** Par ailleurs, la mobilité forcée que celles-ci engendrent peut avoir de lourdes conséquences sur leur parcours scolaire mais aussi sur le parcours de santé des familles.

**Ainsi, les politiques de lutte contre le mal-logement sont non seulement insuffisantes mais aussi, dans certains aspects, contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant.** Si les récentes réformes s'inscrivent davantage dans des logiques d'accompagnement vers l'accès au droit commun pour sortir durablement les personnes de leur situation de précarité, les moyens mobilisés ne sont pas à la hauteur des ambitions et dans la pratique, l'urgence, le provisoire et le court terme sont toujours de vigueur. **En maintenant les enfants dans une certaine précarité, sans solution d'hébergement et de logement digne, prenant en compte leurs besoins et propices à l'exercice de leurs droits, ces politiques ne permettent pas de promouvoir le bien-être des enfants et de prévenir les facteurs de risques pour leur santé mentale.**



## 3.2 La prise en compte du bien-être des enfants dans les politiques publiques de santé

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie publiée en 2018 (95), qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé définie par le gouvernement, explique que **30 % des personnes vivant à la rue ou dans une situation de grande précarité souffrent de troubles psychiques**. La feuille de route estime ainsi qu'il convient de prêter une attention particulière aux enfants et jeunes ainsi qu'aux populations en situation de précarité et donc notamment aux personnes sans-domicile.

### Les enfants très peu pris en compte dans les dispositifs de santé mentale à destination des personnes sans-domicile

L'état d'avancement de la feuille de route publiée en 2021 fait part en effet de plusieurs mesures mises en œuvre en faveur des personnes en situation de grande précarité (95). A titre d'exemple, près de 10 millions d'euros ont déjà été investis dans le développement d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) dans le cadre du Ségur de la santé, favorisant le déploiement de démarches d'aller vers (96). Ces équipes mobiles ont pour mission de repérer et d'orienter des personnes souffrant de troubles psychiques en situation d'exclusion ou de précarité, à la rue ou en centre d'hébergement par exemple (96). Elles ont également pour mission d'apporter un soutien aux acteurs accueillant ces publics. Il y a en effet une **volonté d'améliorer le repérage via les acteurs du champ de l'inclusion sociale**. Le bilan fait état de près de 140 EMPP en France, ayant permis la prise en charge de 33 000 personnes en 2019 (96). Cependant, les EMPP ont été créées par la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes de plus de 16 ans en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale. Elles ne semblent donc pas concerner les enfants qui représentent pourtant une part non négligeable de la population en situation de grande précarité.



\* Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

\* Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui ont eu lieu en septembre 2021, des mesures complémentaires ont été prises afin d'aller vers la population sans-domicile. L'une d'entre elles prévoit **le recrutement de 500 psychologues et infirmiers pour intervenir dans les centres d'hébergement et les lieux d'accueil afin de faciliter l'accès à une prise en charge adaptée et éviter les ruptures de parcours**. Cependant, il n'est nullement mentionné qu'une attention particulière sera portée sur les enfants. Ces derniers ont pourtant des besoins spécifiques qui nécessitent des compétences et dispositifs adaptés.

Au niveau local, la politique de santé mentale repose sur l'élaboration et la mise en place d'un projet territorial de santé mentale (PTSM). Celui-ci est fondé sur un diagnostic partagé et vise à améliorer les parcours de soins, de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques en favorisant une meilleure coordination, sur un territoire donné, des acteurs intervenant dans les champs du sanitaire, du social, du médico-social, du logement, de l'emploi et de la scolarité (97). Par leur approche pluridisciplinaire, les PTSM peuvent favoriser une meilleure prise en compte des besoins des personnes sans-domicile. Cependant, **force est de constater que ces derniers ne mentionnent que très peu les besoins spécifiques des enfants sans-domicile**.

### Des mesures à destination des enfants prenant très peu en compte les besoins spécifiques des enfants sans-domicile

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie estime qu'il convient de **prêter une attention particulière aux publics vulnérables parmi lesquels on retrouve les mineurs**. A l'occasion des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, plusieurs mesures en faveur des enfants et des adolescents ont été annoncées.

Qu'il s'agisse du déploiement d'une offre de psychiatrie en périnatalité, d'un renforcement des compétences psychosociales notamment à l'école, de la volonté de faire émerger un acteur en charge de la coordination de la santé des 3-11 ans,

du renforcement des Maisons des adolescents ou de celui des centres médico-psychologiques, aucune de ces mesures ne semble prendre en compte les besoins spécifiques des enfants en situation d'exclusion par le logement.

Ces mesures peuvent indirectement bénéficier à tous les enfants et adolescents sur le territoire national. Cependant, les besoins spécifiques des enfants sans-domicile nécessitent des réponses adaptées, allant au-delà des dispositifs mis en place pour la population générale.

### Penser le logement comme un pré-requis pour la santé mentale

Les politiques publiques nationales et locales reconnaissent le logement comme un déterminant majeur de santé. Toutefois, celui-ci est uniquement appréhendé comme un outil nécessaire à l'accompagnement des personnes diagnostiquées avec des troubles psychiques. A titre d'exemple, le dispositif « Un chez soi d'abord » permet aux personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être ainsi accompagnées vers la réinsertion. Or il est évident que l'absence de domicile et de qualité de vie décente nuit à la santé mentale des familles et tout particulièrement à celle des enfants et des adolescents, plus vulnérables. Il apparaît donc essentiel de favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire en amont de l'apparition de troubles de la santé mentale, dans une approche préventive.

Le domicile est la base d'un cadre de vie permettant l'épanouissement individuel et collectif, tant physique que psychique, favorisant une bonne santé mentale. Comme cela a été démontré au fil du rapport, un logement digne apporte à l'enfant une certaine stabilité dans son environnement, dans ses relations, dans sa scolarité, le tout contribuant à lui offrir un cadre sécurisant pour son développement.

# Préconisations

## 1. Promouvoir la santé mentale des enfants sans-domicile en leur garantissant un environnement sûr, bienveillant et stable, propice à leur développement, à leur bien-être et à l'exercice de leurs droits :

- ▶ Garantir l'accueil inconditionnel des familles sans-domicile dans des structures adaptées aux besoins spécifiques des enfants, notamment en engageant une transformation de l'offre actuelle de nuitées hôtelières et plus globalement d'hébergement d'urgence, en places d'hébergement adaptées.
- ▶ Systématiser la prise en compte des besoins des enfants et des familles dans les cahiers des charges des dispositifs susceptibles de les accueillir ou de les accompagner.
- ▶ Favoriser la stabilité résidentielle des familles sans-domicile en limitant le recours à l'hébergement d'urgence et en interdisant les expulsions des lieux de vie informels (bidonvilles, squats) sans solution de relogement durable.
- ▶ Permettre aux familles sans-domicile d'accéder à un logement ordinaire en accélérant la production de logements à loyers abordables et adaptés à leurs besoins.
- ▶ Assurer la protection de tous les mineurs non accompagnés en leur garantissant une mise à l'abri immédiate et inconditionnelle, en assurant leur prise en charge par les services de la protection de l'enfance pendant l'évaluation de leur minorité et de leur isolement jusqu'à décision judiciaire définitive, et en s'assurant de la qualité et de l'effectivité du soutien matériel, éducatif et psychologique proposé par l'aide sociale à l'enfance.

## 2. Améliorer la prévention et la détection des problèmes de santé mentale de tous les enfants en renforçant les leviers existants, avec une attention spécifique à la situation des enfants sans-domicile :

- ▶ Renforcer et sécuriser les moyens de la protection maternelle et infantile.
- ▶ Renforcer la médecine scolaire en poursuivant les efforts de revalorisation de la rémunération des professionnels de santé de l'Education nationale, en recrutant davantage de psychologues scolaires et en s'assurant de la présence d'un référent en santé mentale dans chaque école qui soit formé à ces enjeux, en l'absence de psychologue.
- ▶ Favoriser le développement et la coordination des dispositifs d'accompagnement à la parentalité et améliorer leur accessibilité et leur lisibilité par les familles sans-domicile.
- ▶ Encourager le développement d'actions de prévention et de sensibilisation hors les murs visant à aller vers les familles sans-domicile via des équipes mobiles adaptées aux besoins des enfants.

### **3. Mieux prendre en charge les problèmes de santé mentale de tous les enfants, avec une attention particulière sur les enfants sans-domicile, en renforçant l'offre existante et en améliorant sa qualité et la prise en compte de leurs besoins spécifiques :**

- ▶ Renforcer l'offre de soins en santé mentale par la revalorisation des métiers du soin en santé mentale, l'augmentation des capacités d'accueil des établissements et le développement de l'offre dans les territoires en tension (centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques).
- ▶ Lever les barrières financières des familles sans-domicile par une prise en charge inconditionnelle, totale et immédiate.
- ▶ Encourager le développement des pratiques d'aller vers et de ramener vers pour accompagner les personnes éloignées du système de santé.
- ▶ Systématiser le recours à l'interprétariat en santé.
- ▶ Mieux former les acteurs médico-sociaux aux besoins spécifiques des enfants sans-domicile.

### **4. Favoriser la transversalité et l'interconnaissance entre le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion et celui de la santé mentale et de la pédiatrie :**

- ▶ Systématiser la prise en compte de la santé mentale des enfants dans les politiques publiques de l'hébergement et de l'accès au logement et réciproquement.
- ▶ Intégrer dans les contrats locaux de santé mentale dans les territoires la prise en compte de tous les enfants, avec une attention particulière sur les enfants sans-domicile.

# Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. Constitution [cité le 15 avril 2022]. Disponible : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
3. Du Roscoät E. Comment généraliser la prévention des troubles en santé mentale. Cahiers français. 2022;(426).
- 4.[En ligne]. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants | UNICEF France [cité le 30 septembre 2022]. Disponible : <https://www.unicef.fr/article/dans-ma-tete-promouvoir-protger-et-prendre-en-charge-la-sante-mentale-des-enfants/>
5. [En ligne]. Santé des adolescents et des jeunes adultes [cité le 22 septembre 2022]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
6. Institute for HeGlobal Burden of Disease Collaborative Network.alth Metrics and Evaluation (IHME). [En ligne]. 2020. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. [cité le 30 septembre 2022]. Disponible : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
7. Agence technique de l'information dur l'hospitalisation. Psychiatrie chiffre clés. alth; 2018.
8. [En ligne]. Enabee : étude nationale sur le bien-être des enfants [cité le 4 octobre 2022]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>
9. Vandentorren S, Khirrediné I, Estevez M, De Stefano C, Rezzoug D, Oppenchaim N, et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France. Bull Epidemiol Hebd (Paris). 2021.
10. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development - Experiments by nature and design. Havard university press, directeur. 1979. p. 348.
11. Organization WH. Social determinants of mental health. World Health Organization; 2014.
12. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. La situation des enfants dans le monde 2021 - Dans ma tête, promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants. UNICEF. 2022.
13. [En ligne]. Définition - Sans-domicile | Insee [cité le 23 septembre 2022]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
14. Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL. Typologie européenne de l'exclusion liée au logement. ETHOS. 2007.
15. Mordier B. Introduction de cadrage. Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. estat. 2016 ;488(1):25–35. DOI : 10.3406/estat.2016.10709
16. Fédération des acteurs de la solidarité. Baromètre enfants à la rue. UNICEF ; 2022.
17. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social. 1987;14.

18. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.* 2021 ;18(8):e1003750. DOI : 10.1371/journal.pmed.1003750
19. Roze M, Vandentorren S, Melchior M. Santé mentale des mères et des enfants de familles sans logement en Île-de-France. Résultats de l'enquête ENFAMS. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2019 ;67(7):313–8. DOI : 10.1016/j.neurenf.2019.07.002
20. Commission on Social Determinants of Health. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
21. De Lagausie V, Sudres J-L. Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soin clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2018 ;176(6):597–606. DOI : 10.1016/j.amp.2018.04.007
22. Kim S, Kim S-Y, Oh J, Chae Y, Park J, Kim D, et al. Effects of the 2018 heat wave on health in the elderly: implications for adaptation strategies to climate change. *Environ Anal Health Toxicol.* 2020;35(4):e2020024-0. DOI: 10.5620/eaht.2020024
23. Kim Y-M, Kim S, Cheong H-K, Ahn B, Choi K. Effects of heat wave on body temperature and blood pressure in the poor and elderly. *Environ Health Toxicol.* 2012;27:e2012013. DOI: 10.5620/eht.2012.27.e2012013
24. Deguen S, Desfontaines V, Soret J, Stahl M, Talantikite W, Vandentorren S, et al. De l'injustice sociale de l'air - pauvreté des enfants et pollution de l'air. UNICEF France. 2021.
25. Lefeuvre D, Delmas M-C, Marguet C, Chauvin P, Vandentorren S. Asthma-Like Symptoms in Homeless Children in the Greater Paris Area in 2013: Prevalence, Associated Factors and Utilization of Healthcare Services in the ENFAMS Survey. *PLoS ONE.* 2016;11(4):e0153872. DOI: 10.1371/journal.pone.0153872
26. Brokamp C, Strawn JR, Beck AF, Ryan P. Pediatric Psychiatric Emergency Department Utilization and Fine Particulate Matter: A Case-Crossover Study. *Environ Health Perspect.* 2019;127(9):97006. DOI: 10.1289/EHP4815
27. Zaouche Gaudron C. Enfants de la précarité. *ERES ;* 2017 p. 103–20. DOI : 10.3917/eres.zaouc.2017.01
28. Tubiana M. Santé mentale de l'enfant | Cairn.info. VST - Vie sociale et traitements. 2007.
29. Shinn M, Schteingart JS, Williams NC, Carlin-Mathis J, Bialo-Karagis N, Becker-Klein R, et al. Long-Term Associations of Homelessness With Children's Well-Being. *American Behavioral Scientist.* 2008;51(6):789–809. DOI: 10.1177/0002764207311988
30. Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry.* 2004;74(4):413–23. DOI: 10.1037/0002-9432.74.4.413
31. Bassuk EL, Buckner JC, Weinreb LF, Browne A, Bassuk SS, Dawson R, et al. Homelessness in female-headed families: childhood and adult risk and protective factors. *Am J Public Health.* 1997;87(2):241–8. DOI: 10.2105/ajph.87.2.241

32. Grant R, Gracy D, Goldsmith G, Shapiro A, Redlener IE. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? *Am J Public Health*. 2013;103 Suppl 2:e1-10. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301618
33. Bassuk EL, Richard MK, Tsertsvadze A. The prevalence of mental illness in homeless children: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):86-96.e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.11.008
34. Darbeda S, Falissard B, Orri M, Barry C, Melchior M, Chauvin P, et al. Adaptive behavior of sheltered homeless children in the french ENFAMS survey. *Am J Public Health*. 2018;108(4):503–10. DOI: 10.2105/AJPH.2017.304255
35. Garcia Coll C, Buckner JC, Brooks MG, Weinreb LF, Bassuk EL. The developmental status and adaptive behavior of homeless and low-income housed infants and toddlers. *Am J Public Health*. 1998;88(9):1371–4. DOI: 10.2105/ajph.88.9.1371
36. Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Blondel B, Alfaiate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 ;17(1):126. DOI : 10.1186/s12884-017-1310-z
37. Berrocal RR, Le Méner E. La grossesse et ses malentendus. Observatoire du Samusocial de Paris; novembre 2015.
38. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2010;39(3):263–72. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.05.012
39. Intermèdes-Robinson. L'état de santé mentale des enfants hébergés en hôtel social.
40. Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry*. 2016;38:51–60. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.001
41. Samusocial de Paris. Réformer l'hébergement d'urgence des familles. Communiqué de presse. 2014.
42. Grantham-McGregor S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *J Nutr*. 2001;131(2S-2):649S-666S; discussion 666S. DOI: 10.1093/jn/131.2.649S
43. Dietrich-Ragon P. Aux portes de la société française. Les personnes privées de logement issues de l'immigration | Cairn.info. *Population*. 2017.
44. Agrali S, Morel E, Vuillard J, Fanget D, Laurence S, Reboul C. La souffrance psychique des exilés - une urgence de santé publique. *Médecins du monde*. 2018.
45. MSF. La santé mentale des mineurs non accompagnés, effets de la rupture, des violences et de l'exclusion. *Comede*. 2021.
46. Nathalie C, Jacques F, Nathalie H. Le développement de l'enfant de 0 à 6 ans selon une perspective socio-écologique. *La Santé de l'homme*. 2009; 400:12–4.

47. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child*. 1997 ;7(2):55–71. DOI : 10.2307/1602387
48. Arnaud A, Caum C, de Watrigant T, Garcin E, Guyavarch E, Jangal C, et al. Enfants et familles sans logement - Rapport d'enquête ENFAMS. Observatoire du Samusocial de Paris ; 2014.
49. Guyavarch E, Le Méner E, Oppenchain N. La difficile articulation entre les espaces du quotidien chez les enfants sans logement. *aru*. 2016 ;111(1):18–29. DOI : 10.3406/aru.2016.3220
50. Petit C, Lehrmann J, Best A. Le surpeuplement, une forme de mal-logement toujours prégnante et socialement discriminante | Cairn.info. Recherche sociale. 2019.
51. Booth A, Edwards JN. Crowding and family relations. *Am Sociol Rev*. 1976;41(2):308. DOI : 10.2307/2094476
52. [En ligne]. OMS (2002) Rapport mondial sur la violence et la sante | Psychocriminologie [cité le 30 September 2022]. Disponible : <http://psychocriminologie.free.fr/?p=3263>
53. Moro MR. Nos enfants demain. Odile Jacob; 2021.
54. Roze M, Vandentorren S, van der Waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *J Affect Disord*. 2018; 229:314–21. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.053
55. Koch-Institut R. Depressive symptoms in a European comparison – Results from the European Health Interview Survey (EHIS) 2. Robert Koch-Institut. 2019 ; DOI: 10.25646/6227
56. Bowlby J. Attachement et perte. Puf, directeur. Vol. 1 1978.
57. [En ligne]. 1000 premiers jours - Là où tout commence [cité le 30 septembre 2022]. Disponible : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>
58. Anaut M, Cyrulnik B. Résilience. De la recherche à la pratique. Cairn.info. 2014.
59. Compas BE, Howell DC, Phares V, Williams RA, Giunta CT. Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: a prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 1989 ;57(6):732–40. DOI : 10.1037//0022-006x.57.6.732
60. Halasa, Katarzyna, Bergonnier-Dupuy, Geneviève. Vivre dans une famille sans logement : Facteurs de stress des enfants hébergés à l'hôtel dans le cadre du dispositif d'hébergement d'urgence. *Sociétés et jeunesse en difficulté Revue pluridisciplinaire de recherche*. 2018.
61. Braud M. L'école, source de résilience. 2013.
62. Défenseur des droits. Adolescents sans-logement. Grandir en famille dans une chambre d'hôtel. 2019.
63. Mörch S. Scolarisation et grande précarité : l'accès à l'éducation pour tous. Ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports. 2021.
64. Avis du défenseur des droits 21-17. 2021.
65. [En ligne]. L'attachement à l'école des familles sans logement à l'épreuve de l'instabilité (...) - Métropolitiques [cité le 3 octobre 2022]. Disponible : <https://metropolitiques.eu/L-attachement-a-l-ecole-des-familles-sans-logement-a-l-epreuve-de-l-instabilite.html>

66. Cherief L, Huyghe F, Ikni A, Lamas O, Le Berre C, Saboureux L. Rapport annuel de l'Observatoire des expulsions collectives de lieux de vie informels. Observatoire des expulsions de lieux de vie informels. 2021.
67. [En ligne]. 17 novembre 2021. Santé mentale des adolescents [cité le 2 octobre 2022]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
68. Organisation Mondiale de la Santé. [En ligne]. 17 novembre 2021. La santé mentale [cité le 2 octobre 2022]. Disponible : <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
69. Ministère de la solidarité et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017.
70. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être. Le défenseur des droits ; 2021.
71. [En ligne]. Situation de la psychiatrie des mineurs en France [cité le 25 mai 2022]. Disponible : [https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494_mono.html)
72. Cour des comptes. La santé des enfants, une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2021 ;18.
73. Santé Publique France. Impact de la crise Covid-19 en santé mentale, analyse des passages aux urgences du réseau OSCOUR® et des données des associations SOS Médecins. Réseau OSCOUR. 2021.
74. [En ligne]. Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure [cité le 30 septembre 2022]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>
75. Andersen AJ, Mary-Krause M, Bustamante JJH, Héron M, El Aarbaoui T, Melchior M. Symptoms of anxiety/depression during the COVID-19 pandemic and associated lockdown in the community: longitudinal data from the TEMPO cohort in France. BMC Psychiatry. 2021;21(1):381. DOI: 10.1186/s12888-021-03383-z
76. Moulin F, Bailhache M, Monnier M, Thierry X, Vandentorren S, Côté SM, et al. Longitudinal impact of psychosocial status on children's mental health in the context of COVID-19 pandemic restrictions. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022; DOI: 10.1007/s00787-022-02010-w
77. Monnier M, Moulin F, Thierry X, Vandentorren S, Côté S, Barbosa S, et al. Children's mental and behavioral health, schooling, and socioeconomic characteristics during school closure in France due to COVID-19: the SAPRIS project. Sci Rep. 2021;11(1):22373. DOI: 10.1038/s41598-021-01676-7
78. [En ligne]. 26e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021 | Fondation Abbé Pierre [cité le 22 March 2022]. Disponible : <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/26e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2021#telechargementremi2021>.
79. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'offre de soins en pédopsychiatrie. 2022.
80. Sénat - Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Journal du droit des jeunes. 2017;364-365(4):108. DOI : 10.3917/jdj.364.0108
81. [En ligne]. HCDH | Comité des droits de l'enfant [cité le 2 octobre 2022]. Disponible : <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crc>

82. Jangal C. Comprendre le parcours de soins des enfants sans logement sous le prisme de leur parcours résidentiel. *popvuln.* 2021;(7). DOI : 10.4000/popvuln.1340
83. [En ligne]. MonPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [cité le 2 octobre 2022]. Disponible : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>
84. [En ligne]. L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie | Insee [cité le 3 octobre 2022]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/information/4230346>
85. [En ligne]. Haute Autorité de Santé - Prévention [cité le 29 septembre 2022]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention)
86. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. *Questions d'économie de la santé.* 2019;(245).
87. Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! - Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées ; 2019.
88. Cour des comptes. Rapport de la Cour des comptes sur la médecine scolaire. Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale. 2020.
89. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health.* 2011; 11:638. DOI: 10.1186/1471-2458-11-638
90. Winiarski DA, Glover AC, Bounds DT, Karnik NS. Addressing Intersecting Social and Mental Health Needs Among Transition-Age Homeless Youths: A Review of the Literature. *Psychiatr Serv.* 2021;72(3):317–24. DOI: 10.1176/appi.ps.201900498
91. Ministère de la cohésion des territoires. Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sens-abrisme 2018-2022. 2018.
92. Loubière S, Lemoine C, Boucekine M, Boyer L, Girard V, Tinland A, et al. Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022;31:e14. DOI: 10.1017/S2045796022000026
93. République Française Ministère de la Cohésion des territoires. Instruction du Gouvernement visant à donner une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles .
94. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. Résorption des bidonvilles - point d'étape. 2021.
95. [En ligne]. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie - Ministère de la Santé et de la Prévention [cité le 2 October 2022]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
96. Ministère des solidarités et de la santé. Mise en oeuvre de la Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie, Etat d'avancement au 21 Janvier 2022. 2022.
97. Établissements de Santé. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie.

**Octobre 2022**

**samusocial**  
Paris

**unicef**   

---

pour chaque enfant