

samusocialParis

Manifeste

Pour défendre l'accès aux soins des personnes sans domicile



Sommaire

Introduction	4
Être en situation de précarité dégrade la santé	4
Être en situation de précarité limite l'accès aux soins	4
La santé est un service public, accéder aux soins un droit pour toutes et tous.....	5
Un enjeu de santé publique	5
Constats et Préconisations	6
1. Faciliter l'accès pour toutes et tous au système de soins	6
a- Rendre plus lisible le système de soins français.....	6
b- Simplifier l'accès aux droits et à une couverture santé	7
c- Réduire les déserts médicaux	7
Recommandations du Samusocial de Paris :	9
2. Adapter le système de soins aux personnes en situation de précarité	10
a- Le système de santé peine à prendre en compte les besoins des personnes sans domicile	10
b- L'errance résidentielle impacte les parcours de soins.....	11
c- Certains soins spécifiques sont onéreux et donc inaccessibles	11
d- Certaines personnes renoncent finalement à se soigner	12
Recommandations du Samusocial de Paris :	12
3. Lutter contre les discriminations au sein du système de santé	13
a- Avant la prise en soin : un accueil dégradé dans les services hospitaliers et un risque de refus de soins	13
b- Pendant la prise en soin : une surexposition au risque de traitements inadaptés et à la négligence	14
c- Après la prise en soin : un suivi souvent insatisfaisant et très peu de recours judiciaires	15
Recommandations du Samusocial de Paris :	15
4. Renforcer la prise en charge de la périnatalité pour les femmes sans domicile.....	16
a- Un public particulièrement impacté par le sans-abrisme.....	17
b- Un public en état d'extrême fragilité, incompatible avec le sans-abrisme	17
c- Une réponse partielle apportée par les services d'urgence sociale	18
Recommandations du Samusocial de Paris :	18
5. Accompagner la perte d'autonomie des personnes sans domicile	19
a- Une augmentation substantielle du nombre de personnes sans domicile en perte d'autonomie.....	19
b- Une absence de structures adaptées	19
Recommandations du Samusocial de Paris :	20
6. Détecter et soigner les pathologies psychiques	22

a- Les troubles psychiques ne sont pas toujours détectés	23
b- La sectorisation de la santé mentale : un frein à se soigner	23
c- Des nouveaux dispositifs prometteurs à développer.....	24
d- Le sans-domicilisme impacte particulièrement la santé mentale des enfants	24
Recommandations du Samusocial de Paris :	24

Introduction

En France, la santé est un droit fondamental. La Constitution de 1946 dispose que la Nation *“garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé”*¹. Le Code de la santé publique garantit l'application de ce droit sans distinction d'âge, d'état de santé, de niveau de revenus, d'éducation ou de résidence, notamment via un principe d'accessibilité financière aux soins. Pourtant, une partie de la population, en particulier les personnes en situation de grande précarité accompagnées par le Samusocial de Paris, a difficilement accès à ce droit.

Être en situation de précarité dégrade la santé

Plusieurs études montrent que la précarité - prise dans son sens économique - a un impact direct et mesurable sur la santé. L'enquête 'France, portrait social', menée par l'Insee en 2023, qui s'intéresse aux inégalités sociales en matière de santé, atteste d'une corrélation entre niveau de vie et santé : 37,5 % de la population générale française déclarent un problème de santé chronique ou durable ; ce chiffre s'élève à 45 % parmi les personnes en situation de précarité². Statistiquement, elles présentent 2,8 fois plus de diabète, 2,2 fois plus de maladies du foie ou pancréas, 2 fois plus de maladies psychiatriques³. Les conséquences en sont dramatiques puisqu'un écart considérable d'espérance de vie demeure : alors qu'en France, en population générale, l'espérance de vie est de 78,4 ans pour les hommes, 84,8 ans pour les femmes⁴; d'après le Collectif des morts de la Rue en 2018, 86 % des personnes sans-domicile sont décédées avant l'âge de 65 ans⁵. Toujours selon le Collectif, la moyenne d'âge des personnes sans chez soi décédées serait de 48 ans, soit 31 ans plus tôt qu'en population générale⁶. Outre la précarité économique, les personnes accompagnées par le Samusocial de Paris peuvent connaître des conditions de vie globales précaires, liées à un habitat dégradé, à un accès parfois limité à l'alimentation ou à l'isolement social. Cela constitue une spirale où les conditions de vie détériorent la santé, et une mauvaise santé empêche l'insertion sociale ou professionnelle, favorisant ainsi le maintien dans la précarité. Par exemple, vivre dans un hébergement d'urgence exigu augmente les chances de malnutrition (absence de cuisine) et les maladies respiratoires comme l'asthme (humidité, moisissures, etc).

Être en situation de précarité limite l'accès aux soins

La grande précarité - dont le sans-abrisme en est l'une des manifestations les plus extrêmes - est non seulement un facteur aggravant des problèmes de santé, mais également un obstacle qui limite la possibilité de se soigner. Les conditions de vie des personnes en situation de précarité les surexposent aux problématiques de santé, pourtant elles ont moins accès au système de soins. Cela induit des états de santé plus dégradés faute d'intervention précoce,

¹<https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

²Insee, enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV 2021), calculs Drees : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s2111/presentation>

³ EDP-Santé 2017 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/ledp-sante-enrichissement-de-lechantillon-demographique-permanent-par>

⁴ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/2024-esperance-de-vie-par-regions-departements-et-villes/>

⁵ Collectif les morts de la rue. Mortalité des personnes ' sans-domicile 2018 . Collectif les morts de la rue; 2018 Oct.

⁶ Collectif les morts de la rue. Mortalité des personnes sans domicile 2021 - Dénombrer et décire. 10th ed. 2022 Oct.

et un recours plus fréquent aux services d'urgence. La tension que connaît le système de santé en France pèse particulièrement sur les personnes les plus vulnérables et les plus précaires. En effet, dans un contexte budgétaire contraint, la priorité est rarement en faveur des plus vulnérables. Si la crise du logement affecte l'ensemble de la population, ses conséquences les plus dramatiques touchent celles et ceux qui se trouvent en bas de l'échelle sociale, se traduisant notamment par une augmentation du nombre de personnes sans abri. Cette même logique inégalitaire s'applique également à la dégradation du système de santé français - notamment hospitalier - qui peut avoir pour conséquence le non-accès aux soins de toute une partie de la population et notamment des 350 000 personnes sans domicile en France^(OBJ), dont une partie est accueillie, accompagnée, orientée, hébergée, rencontrée, écoutée et soignée par les professionnel·les du Samusocial de Paris. Si l'absence de logement est en soi un facteur aggravant de l'état de santé, cette réalité s'accompagne inévitablement de complexités administratives, sociologiques et économiques - causes ou conséquences du sansdomicilisme – qui tiennent les personnes éloignées du système de soins et du droit commun. Ainsi, avoir été confronté à un parcours d'errance long et traumatisant, être exposé à la précarité économique et/ou administrative, disposer d'une maîtrise limitée du français, rencontrer des difficultés d'accès aux outils numériques, ou encore ne pas avoir connaissance de ses droits ou ne pas pouvoir les faire valoir, constituent autant de freins à un accès effectif, digne et continu aux soins.

La santé est un service public, accéder aux soins un droit pour toutes et tous

Le Samusocial de Paris déploie depuis sa création en 1993 une approche qui mobilise le soin et le lien social pour lutter contre la précarité. Il est à l'origine de dispositifs dédiés aux personnes précaires malades, devenus des outils de politique publique : les maraudes pluri-professionnelles, codifiées en 2021 par la mesure 27 du Ségur de la santé⁷ ; et les lits infirmiers, pérennisés sous le nom de Lits Halte Soins Santé (LHSS⁸) puis complétés par les Lits d'Accueil Médicalisés (⁹(OBJ)).

Ces structures sont à envisager comme des passerelles vers le droit commun, et non comme une alternative. Pour le Samusocial de Paris, la priorité est l'accès au droit commun pour toutes et tous, et peut-être encore davantage pour celles et ceux qui en ont le plus besoin. La protection de la santé doit être garantie à toutes et tous, de manière inconditionnelle. Une amélioration globale du système de santé s'impose comme une priorité incontournable de santé publique, des effets bénéfiques pour toute la population, y compris pour les personnes en situation d'exclusion. C'est pourquoi il est crucial que le système de santé français soit adapté, formé et dimensionné pour accueillir tous ceux qui en ont besoin.

Un enjeu de santé publique

L'accès aux soins pour toutes et tous est aussi un enjeu crucial pour la santé publique. La récente pandémie de Covid-19 nous a rappelé avec violence que la santé est une affaire collective : permettre l'accès aux soins pour toutes et tous, c'est protéger toute la population,

⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/103380/download?inline>

⁸ LHSS : Lit halte soins santé : offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation

⁹ LAM : structures qui proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies chroniques non bénignes, et qui nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme.

notamment en limitant la propagation de maladies contagieuses ou infectieuses. Protéger la santé de chaque personne, c'est protéger celle de l'ensemble de la population.

D'un point de vue budgétaire, améliorer l'accès aux soins pour toutes et tous limite les dépenses de santé publique car un accès simple et facile à des soins préventifs limite les coûts de traitements lourds ou d'opérations complexes devenues indispensables après la dégradation de l'état de santé des personnes non prises en charge à temps.

En s'appuyant sur le vécu des personnes accueillies, les constats de ses professionnel·les et les études de son Observatoire, le Samusocial de Paris appelle par le présent Manifeste les pouvoirs publics, les acteurs et actrices de la santé et les partenaires du secteur du médico-social à œuvrer conjointement pour rendre effectif l'accès aux soins pour toutes et tous en s'attaquant à trois freins principaux à l'application de ce principe constitutionnel :

- Son inaccessibilité (axe I)
- Son inadaptation à certains publics (axe II)
- Les discriminations qui y subsistent (axe III)

Si ces obstacles s'appliquent à toutes les personnes en situation de précarité, le Samusocial de Paris souhaite toutefois mettre l'accent sur deux publics particulièrement affectés par les freins à l'accès aux soins : les personnes en perte d'autonomie (IV) et les femmes enceintes et jeunes mamans (V). Pour finir, si la santé est à tort souvent réduite à un état physique, il convient de ne pas omettre la santé mentale, Grande Cause nationale en 2025, et sur laquelle la précarité a des effets avérés (VI).

Constats et Préconisations

1. Faciliter l'accès pour toutes et tous au système de soins

a- Rendre plus lisible le système de soins français

La multitude de dispositifs qui composent le système de soins français le rend parfois illisible et donc inaccessible. Les politiques de prévention en santé publique passent souvent par de la documentation écrite uniquement en français, avec un vocabulaire complexe. Les personnes précaires n'ont pas toujours la littératie en santé nécessaire pour comprendre les politiques de prévention. Certaines habitudes ou pratiques professionnelles participent également à cette opacité. Par exemple, le recours à des interprètes est généralement peu mobilisé par les professionnel·les du soin, qui ont tendance à surestimer le temps et la complexité logistique que cela représente. Dès lors, les diagnostics et traitements prescrits ne sont pas toujours compris par les patient·es pouvant limiter leur consentement et compromettant leur capacité à se soigner. L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé permet de garantir les droits des patients et impacte positivement la qualité des soins. En outre, prendre un rendez-vous ou obtenir un remboursement sont des démarches fréquemment dématérialisées. Les personnes que nous accompagnons, qui ne maîtrisent pas parfaitement la langue française ou qui sont éloignées des outils numériques, rencontrent des difficultés à accéder aux professionnel·les de santé et à se soigner, se retrouvent souvent exclues d'un système qui peut leur sembler indéchiffrable. Cette opacité se retrouve à toutes les étapes du parcours de soins : prendre un rendez-vous médical, savoir quel·les professionnel·les mobiliser, déchiffrer une ordonnance, demander un remboursement, etc. Or, une information mal comprise constitue un risque majeur d'erreur d'interprétation voire de provoquer des ruptures dans le parcours de soins et de favoriser des situations d'errance médicale.

Témoignage : Monsieur V – hébergé en LHSS : Arrivé en France en 2022, il passe plusieurs mois à la rue, dans un état de santé très dégradé, ne sachant pas à qui s'adresser, ni quelle structure solliciter pour se soigner. Il a ainsi laissé son état continuer de se détériorer jusqu'à ce que des bénévoles en maraude remarquent sa situation et l'orientent vers les dispositifs adaptés.

b- Simplifier l'accès aux droits et à une couverture santé

Cette information lacunaire se double par ailleurs d'une lourdeur administrative entourant les démarches permettant d'accéder à ses droits, et notamment à celui de se soigner. Bénéficier de l'Aide médicale d'Etat (AME)¹⁰, par exemple, peut s'avérer très complexe. D'après l'enquête Premier pas, seules 51%¹¹ des personnes sans titre de séjour et résidant en France depuis plus de trois mois, et donc a priori éligibles à ce droit, sont couvertes par l'AME. Cela s'explique par le manque de visibilité du dispositif - comme exposé plus haut - mais aussi par la nécessité de prouver trois mois de résidence France : un vrai défi pour les personnes sans domicile qui ne possèdent pas toujours de justificatif de résidence. En outre, le renouvellement de l'AME doit se faire tous les ans, alourdissant ainsi le processus et forçant certaines personnes à dépendre de l'aide de professionnel·les du soin ou du social, déjà sur-sollicité·es, pour renouveler les démarches. Dans cette optique, le déploiement de services en santé est à généraliser, et à valoriser. Régulièrement remis en question, les budgets de l'AME ont été gelés dans le cadre du Projet de loi de Finances 2025. Pourtant, ce dispositif s'avère indispensable : le non-recours met en danger la vie de ses ayants droits et coûte finalement plus cher à l'Etat¹² avec des prises en soin plus tardives et des recours plus importants aux services d'urgences. La priorité devrait être de rendre cette aide plus. Plus largement, le Samusocial de Paris, regrette que les couvertures santé soient dissociées les unes des autres (Sécurité sociale, CSS¹³, AME). Cela génère un système de soins à plusieurs vitesses et renforce la multiplicité des démarches, accentuant les risques de rupture dans la couverture santé et le non-recours.

Témoignage : Madame C est accompagnée par le Samusocial de Paris pour soins de pansements post-amputation de deux orteils, conséquence d'une maladie chronique avec complications. Elle n'avait pas connaissance du dispositif AME. Si cela avait été le cas, sa maladie aurait pu être diagnostiquée et prise en soins beaucoup plus tôt, évitant l'amputation. Des soins adaptés, anticipés, sans hospitalisation, qui auraient sans doute été, au final, moins onéreux.

c- Réduire les déserts médicaux

Autre frein à l'accessibilité effective aux soins : les déserts médicaux. D'après l'Union régionale des professionnels de santé, 97 % de l'Île-de-France est considérée comme un désert médical fin 2024, que ce soit lié à l'absence de médecins ou à des délais d'attente trop longs. Les 51 000 personnes hébergées par le Samusocial de Paris dans des hôtels franciliens sont ainsi confrontées à de fortes disparités territoriales auxquelles s'ajoutent des difficultés de mobilités

¹⁰ Aide médicale d'Etat : dispositif d'Etat permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous conditions de résidence et de ressources

¹¹ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html>

¹² En France, les résultats préliminaires d'une étude médicoéconomique portant sur les séjours hospitaliers des étrangers en situation irrégulière en France depuis 2011 semblent indiquer que le surcoût d'un séjour est nettement plus important lorsqu'il est fait au titre du dispositif SUV par rapport à l'AME à motif d'hospitalisation équivalent <https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/recherche/projet/acces-aux-soins-des-populations-precaires/>

¹³ Complémentaire santé solidaire : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

(absence de transport en commun, coût du transport, crainte de se déplacer, etc.). Bénéficier d'un médecin traitant ou trouver un rendez-vous chez un spécialiste est un vrai défi dans certains territoires.

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Offrir aux personnes un accompagnement médico-social adapté :
 - Valoriser le métier de médiateur-rice en santé qui vulgarise le système de soins, en facilite l'accès et accompagne les personnes éloignées des dispositifs dans leurs démarches
 - Favoriser l'interconnaissance entre les secteurs, en formant les professionnel·les du social au système de soins, et les professionnel·les de la santé aux dispositifs d'aide sociale et aux problématiques administratives
- Rendre les informations liées à la santé aux droits qui y sont associés accessibles via :
 - des outils facile à lire et à comprendre
 - des supports imagés
 - des traductions
 - des ateliers d'accompagnement et d'accès à l'informatique et au numérique
- Faciliter l'accès à des interprètes professionnel·les et faire la promotion de l'interprétariat professionnel, en particulier en médecine de ville :
 - Sensibiliser les étudiantes et étudiants des filières de santé et du secteur médico-social aux spécificités des publics non francophones
 - Informer les personnes du possible recours à des interprètes professionnels soumis à un cadre déontologique
 - Mettre en place des financements spécifiques et pérennes
 - Former les professionnel·les de santé au recours à l'interprétariat professionnel et déconstruire les représentations sur le temps que cela prend
- Simplifier l'accès à la couverture santé :
 - Fusionner les différentes démarches administratives de couverture santé (Sécurité sociale, CSS, AME)
 - Accélérer l'instruction des demandes de Complémentaire Santé Solidaire et d'AME pour éviter les ruptures de couverture médicale
- A défaut, faciliter les démarches d'accès à l'AME :
 - Réduire le délai de trois mois nécessaires pour y prétendre
 - Prolonger automatiquement le renouvellement lorsque la situation de l'ayant droit n'a pas évolué
 - Autoriser les mandataires à récupérer la carte AME, notamment pour les personnes en perte d'autonomie
 - Permettre à chacun de déposer son dossier dans n'importe quelle CPAM

Ce que fait le Samusocial de Paris : Idéordo

Idéordo a été développé pour répondre aux difficultés de littéracie en santé des personnes en situation de grande précarité. Développé en l'absence d'autres solutions accessibles, et sollicité par les professionnels de santé du Samusocial de Paris, Idéordo facilite la compréhension des ordonnances grâce à un support visuel. Son développement a été piloté dès 2021 par un comité mixte de professionnel·les de santé et de personnes accueillies dans des dispositifs d'hébergement avec soins du Samusocial de Paris.

Idéordo se présente comme un plan de prise imagé accompagnant l'ordonnance écrite. Chaque ligne correspond à un médicament, avec des pictogrammes précisant l'indication, la forme galénique, la voie d'administration, le moment de prise, la posologie et la durée du

traitement. Une gommette de couleur relie chaque médicament de l'ordonnance au tableau, et le prescripteur ajoute les pictogrammes pour illustrer les modalités de prise.

Une pré-évaluation exploratoire menée dans cinq lieux d'hébergement avec soins parisiens a montré une meilleure compréhension des ordonnances. Ces résultats ont motivé une étude plus approfondie avec l'objectif principal de déterminer l'impact d'Idéordo sur le niveau de compréhension des ordonnances en condition réelle et sur un échantillon représentatif des personnes usagères des structures de soins destinées aux personnes en situation de précarité sur le territoire de Paris et sa proche banlieue.

Une des conclusions de l'étude démontre qu'en situation réelle, Idéordo améliore la compréhension des ordonnances des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé et/ou un faible niveau de scolarité. Parmi les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé, le niveau de compréhension des ordonnances passe de 69 % sans aide visuelle à 88 % grâce à Idéordo.

2. Adapter le système de soins aux personnes en situation de précarité

Le système de soins français peut s'avérer peu lisible et certaines aides qui sont supposées en faciliter l'accès sont parfois méconnues ou administrativement décourageantes. Par plusieurs aspects, il est également structurellement peu adapté à la situation des personnes sans domicile.

a- Le système de santé peine à prendre en compte les besoins des personnes sans domicile

Depuis le début des années 2000, la France a amorcé dans sa stratégie nationale de santé un « virage ambulatoire » qui a pour vocation de raccourcir les délais de prise en soins à l'hôpital en promouvant un suivi médical effectué en dehors de l'hôpital, notamment avec le concours de la médecine de ville. Ce virage a des conséquences directes sur les personnes sans domicile, pour lesquelles il est compliqué d'assurer un suivi médical en dehors de l'hôpital.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS), dont le premier est créé en 2006¹⁴, apportent une partie de la réponse, car ils dispensent des soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile. La présence d'une équipe pluridisciplinaire (équipe soignante : infirmier·e d'Etat, aide-soignant·e, médecin et travailleur·ses sociaux·ales) permet d'élaborer un projet de soins et également un projet social, si besoin, un travail d'autonomisation ou en tout cas d'orientation vers les dispositifs de droit commun.

Cependant, le Samusocial de Paris constate que les LHSS sont considérés comme la seule solution post-hospitalisation pour les personnes sans domicile, car les autres structures ne les accueillent pas. Ainsi de nombreuses personnes polypathologiques chroniques, en perte d'autonomie, sont orientées vers les LHSS alors qu'elles dépendent théoriquement d'un

¹⁴ Le Samusocial de Paris a ouvert un premier CHUSI Centre d'hébergement pour Soins Infirmiers à Cochin en 1994

Ehpad¹⁵. De plus, les hôpitaux ne font quasiment plus de demandes de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR)¹⁶ pour les personnes sans domicile qui, selon les cas, auraient pourtant besoin de rééducation motrice post-opératoire, de rééducation neurologique à la suite d'un AVC¹⁷ ou de surveillance en intercure de chimiothérapie. A la place, les hôpitaux orientent souvent directement vers les LHSS qui n'ont pas de missions de rééducation ni de plateau technique adapté pour ces suivis fonctionnels. Dans les rares cas où une personne sans domicile est orientée vers des SSR, le service exige un document qui atteste que la personne pourra réintégrer la structure après son hospitalisation de la part de son référent social ou de la structure qui l'accompagne. Le Samusocial de Paris constate un transfert de charge vers les LHSS, amenés à prendre en charge des personnes aux états de santé de plus en plus dégradés, faute de coordination avec le système de santé, et de solution d'aval adaptée.

b- L'errance résidentielle impacte les parcours de soins

L'errance résidentielle et les conditions de vie réelles des personnes à la rue sont peu prises en compte lors de la délivrance de traitements qui s'avèrent souvent inadaptés ou trop complexes. Les professionnel·les du Samusocial de Paris relèvent fréquemment des prescriptions manquant d'anticipation concernant les conditions de vie des patient·es à la rue : prescription d'insuline nécessitant un réfrigérateur, de somnifères, suivi de diabète gestationnel, etc. En outre, le Samusocial de Paris déplore le manque de communication de la part des soignant·e.s aux structures sociales au moment des sorties d'hospitalisation. L'absence de transmission d'informations sur l'état de santé, les traitements en cours ou les besoins des personnes complique la continuité de l'accompagnement social et sanitaire et peut conduire à des ruptures de parcours, un retour prématuré à l'hôpital ou à une dégradation de l'état de santé. Des professionnel·les du Samusocial de Paris rapportent que certaines personnes sans domicile sont orientées directement depuis l'hôpital vers un accueil de jour ou un LHSS, sans prescription médicale ni coordination préalable, sur la seule supposition qu'elles y seront prises en charge. Ces sorties hospitalières précipitées fragilisent le suivi médical des personnes concernées et mettent en difficulté les équipes chargées de les accueillir et de les accompagner.

A contrario, certain·es praticien·nes peuvent freiner voire refuser certains soins (opérations, traitements lourds, cures, etc.) en raison de l'absence d'hébergement stable ou d'un risque présumé de mauvaise observance. Ces décisions, parfois injustifiées, entraînent des retards dans la prise, aggravant la situation des personnes concernées, qui subissent alors une forme de double peine.

c- Certains soins spécifiques sont onéreux et donc inaccessibles

L'accès aux soins est fréquemment appréhendé sous l'angle de la prise en soins hospitalière, toutefois, une part substantielle du suivi médical des patient·es s'effectue en médecine de ville et chez des spécialistes. Les possibilités de trouver un spécialiste conventionné secteur 1 – échelle de niveau par ailleurs peu connue - sont limitées. Concrètement, il est très compliqué pour une personne avec des ressources limitées d'avoir accès à des soins dentaires, optiques,

¹⁵ Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹⁶<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr>

¹⁷Un accident vasculaire cérébral (AVC) est la perte brutale d'une fonction du cerveau

dermatologiques ou encore gynécologiques. De plus, même si l'ensemble des prestations d'optique et de dentaires est inclus dans le panier de soins de l'AME à l'identique des assurés sociaux, le niveau de prise en charge (actuellement 100% du tarif de la sécurité sociale) se révèle insuffisant pour couvrir les frais réels d'une prothèse ou d'une paire de lunettes. .

Dans la même logique, certains traitements non remboursés peuvent être prescrits par des médecins, ce qui empêche les personnes en situation d'exclusion de suivre le traitement prescrit, augmentant le risque de détérioration de leur état de santé.

d- Certaines personnes renoncent finalement à se soigner

De nombreuses personnes rencontrées affirment renoncer à se soigner, se considérant comme inadaptées au système de soins et normalisant complètement l'impossibilité de suivre certains traitements ou d'accéder à certains praticiens. Ainsi, 3,1% des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine (soit 1,6 million de personnes), ont renoncé à des soins médicaux¹⁸. Si le chiffre est alarmant en population générale, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) menée en 2021, rappelle que les personnes en situation de précarité ont trois fois plus de chances d'y renoncer¹⁹. Sur le terrain, ces chiffres prennent tout leur sens : certaines personnes que nous accompagnons affirment être si rebutées qu'elles ne retourneront à l'hôpital que s'il s'agit de la santé de leurs enfants. .

Témoignage : Madame J qui refuse de se rendre à l'hôpital pour se soigner elle-même, et n'y va seulement quand il s'agit de la santé de son enfant. Des accueils manifestement méprisants, des personnes prises en charge avant elle sous prétexte qu'elle touche l'AME, ont fini par la dégouter de l'hôpital.

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Penser l'accès aux soins dans une logique sociale
- Editer un guide des bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes sans domicile
- Former les médecins (hospitaliers, de ville et spécialistes) sur les soins des personnes sans domicile et à mieux prendre en compte les conditions d'existences des personnes
- S'assurer que chaque personne sans domicile ait un médecin généraliste avisé de leur situation pour soigner et prescrire en connaissance de cause
- Développer les partenariats entre les structures médico-sociales, les spécialistes et les pharmacies
- Renforcer les collaborations et lutter contre le cloisonnement entre l'hôpital et le secteur médico-social afin d'assurer un suivi plus fluide après une hospitalisation

¹⁸ <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

¹⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

- Elargir le panier de soins remboursé par l'AME notamment aux soins optiques et dentaires
- Renforcer les équipes des PASS²⁰ et développer des consultations avancées pour aller vers les populations les plus éloignées du système de santé.

Ce que fait le Samusocial de Paris : Principe d'aller-vers

Partant du constat que certaines personnes en situation d'exclusion renoncent à se soigner ou sont tenues à distance du système de santé, le Samusocial de Paris s'est constitué depuis sa création autour du principe fondateur de l'aller-vers. Les maraudes - équipes EMA et EMEOS²¹ - du Samusocial de Paris fonctionnent ainsi sur ce principe d'aller-vers les personnes qui ne demandent plus rien et n'ont plus recours par elles-mêmes à des dispositifs d'aide ou de soins.

L'équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT)²² suit ce même principe avec 14 personnes qui accompagnent les patients précaires touchés par la maladie longtemps considérée comme disparue.

Enfin, depuis 2015, la Mission Migrants²³ est chargée de réaliser, à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS), un ensemble d'actions sanitaires en direction des personnes migrantes en Ile-de-France. Composée d'infirmier(e)s et d'interprètes allant à la rencontre des personnes migrantes, dans les Centres d'Accueil (CAES) ou sur les campements, elle réalise des bilans infirmiers, prodigue des soins, et oriente vers des structures de soins extérieures.

3. Lutter contre les discriminations au sein du système de santé

Le Samusocial de Paris déplore l'existence de discriminations à différentes étapes du parcours de soins des personnes en situation d'exclusion, constituant autant de freins à un accès aux soins équitables et de qualité pour toutes et tous. Ces discriminations se basent essentiellement sur des critères tels que l'origine, le genre, la supposée appartenance raciale, précarité économique, les mœurs ou encore la situation administrative, etc., autant de motifs pourtant condamnés par la loi.

a- Avant la prise en soin : un accueil dégradé dans les services hospitaliers et un risque de refus de soins

Ces discriminations peuvent intervenir à chaque étape du parcours de soins des personnes concernées, le transformant parfois en parcours du combattant. L'accueil dans les structures de soins – que ce soit à l'hôpital ou en médecine de ville - constitue bien souvent l'un des premiers lieux où s'expriment stigmatisations et inégalités de traitement à l'égard des personnes en situation d'exclusion. Les personnes peuvent se sentir jugées, mal accueillies, ignorées, voire ouvertement dénigrées. De façon unanime, les personnes rencontrées témoignent d'au moins une mauvaise expérience vécue.

²⁰ PASS : Une permanence d'accès aux soins de santé - PASS - et une unité de soins hospitalière ouverte à toute personne malade en situation de précarité. Elle assure une prise en charge coordonnée (médicale, sociale, infirmière...) ainsi que l'accompagnement dans un parcours de santé. Permettant au besoin l'accès au plateau technique de l'hôpital dont elle dépend (biologie, radiologie, pharmacie...) et à ses spécialités médicales, elle oriente aussi vers la médecine de ville et les structures de santé de proximité.

²¹ <https://www.samusocial.paris/equipes-mobiles-maraudes>

²² <https://www.samusocial.paris/equipe-mobile-lutte-contre-tuberculose>

²³ <https://www.samusocial.paris/mission-migrants>

Le fait d'être bénéficiaire de l'AME, notamment, est parfois utilisé comme prétexte par certain.es praticien·nes pour refuser de recevoir et de soigner la personne, alors même que cela est illégal. Les patient·es présentant des pathologies multiples, avec une intrication de troubles somatiques, psychiques, et une situation jugée précaire sur la base de leur apparence ou de leur attitude sont régulièrement étiquetés "demande d'hébergement", ou "problème social". Ces catégorisations aboutissent, dans certains cas, à une absence d'examen médical, malgré une orientation émise par un·e professionnel·le de santé. De même, la consommation – réelle ou supposée – d'alcool ou de stupéfiants des personnes sans domicile peut entraîner des jugements hâtifs de la part des professionnel·les de santé et générer des refus de soins.

L'accompagnement par un·e professionnel·le du Samusocial de Paris est parfois la condition *sine qua non* pour être correctement reçu en consultation médicale. En 2006, une enquête de Médecins du Monde a mis en évidence que 37 % des médecins généralistes de secteur 1 et 59 % des médecins généralistes de secteur 2 refusaient de prendre en consultation les bénéficiaires de l'AME.

Témoignage : Monsieur R, hébergé dans un LHSS, a enfin obtenu un rendez-vous chez un dentiste. Outre un accueil perçu comme méprisant, probablement lié à la situation de Monsieur, sans-domicile, le médecin aurait surdosé l'anesthésiant et annoncé directement « mettre une dose de cheval » supposant de la résistance de Monsieur aux anesthésiants, à cause d'une hypothétique consommation de stupéfiants.

Madame S. se voit régulièrement refuser des rendez-vous à l'hôpital car elle ne parle pas français. Elle sera rencontrée par l'équipe de la Mission Migrants dans un état de santé dégradé, ne s'étant plus rendue dans aucune structure de soins depuis plusieurs mois en raison des refus répétés.

b- Pendant la prise en soin : une surexposition au risque de traitements inadaptés et à la négligence

Quand des soins sont finalement prodigués, ils s'avèrent parfois inadaptés à l'état de santé des personnes, que ce soit par négligence ou à cause de représentations négatives. En effet, l'état de santé des personnes en situation de précarité est parfois mal diagnostiqué, en raison de représentations trop rapides ou par défaut d'examens adaptés. Des symptômes et douleurs peuvent être minimisés ou banalisés, et la parole des patient·e.s mise en doute ou ignorée. Certain.es professionnel·les sont aussi témoins du tristement célèbre "syndrome méditerranéen"²⁴.

Des soignant·es du Samusocial de Paris (médecins, infirmier·es) rapportent être parfois dénigré·es par des confrères et consœurs hospitaliers ou urgentistes, qui remettent en doute leurs diagnostics et compétences lors de transmissions ou d'appels. Comme si l'appartenance aux secteurs du médico-social et de l'urgence sociale faisait perdre en légitimité et crédibilité non seulement les personnes accompagnées mais aussi les professionnel·les qui les accompagnent.

Témoignage :

Monsieur J. est un jeune en recours pour faire reconnaître sa minorité, rencontré en Accueil de Jour par la Mission Migrants. Il déclare de grandes douleurs répétées à l'oreille. Malgré ses nombreux aller-retours à l'hôpital, cette douleur n'est pas examinée avec soin et l'équipe de la Mission Migrants n'arrive à accéder à aucun compte-rendu ou ordonnance. Le jeune appellera

²⁴ Terme qui désigne, en France, le préjugé raciste consistant, pour les soignants, à considérer que les personnes d'origine nord-africaine, noires, ou plus généralement racisées, exagèrent leurs symptômes et leurs douleurs, engendrant une défaillance dans leur prise en charge médicale.

finalement un soir les secours et sera admis en réanimation en lien avec une méningite à un stade avancé.

c- Après la prise en soin : un suivi souvent insatisfaisant et très peu de recours judiciaires

Enfin, un suivi adapté des situations après la prise en soin fait encore trop souvent défaut. Comme évoqué plus haut, les équipes du Samusocial de Paris sont régulièrement témoins de sorties prématurées des hôpitaux et services d'urgence, parfois vers des structures où la continuité des soins ne peut être assurée dans de bonnes conditions. Qu'il s'agisse de professionnel·les de santé ou des intervenant·es chargé·es de l'accompagnement (pompiers, ambulanciers, etc.), les personnes en situation de grande précarité sont parfois perçues comme complexes ou encombrantes, ce qui peut conduire à des prises en charge expéditives, sans réel effort de compréhension de leur situation.

Malgré la fréquence des refus de soins constatés, les personnes concernées ne font quasiment jamais de recours juridiques pour les contester. Qu'elles soient informées de leurs droits ou non, elles témoignent peu de ces situations, souvent intégrées comme faisant partie de leur quotidien, comme étant normales. Les démarches de recours leur semblent – souvent à raison - complexes, chronophages et certaines craignent des représailles. Nombre d'entre elles préfèrent solliciter l'aide de professionnel·les pour identifier un·e praticien·ne qui acceptera de les soigner plutôt que de faire un recours contre celui ou celle qui a refusé. Bien que témoin de nombreux refus de soins, le Samusocial de Paris est rarement sollicité pour soutenir ces démarches juridiques.

Si la mise sous pression du système hospitalier en France et les conditions de travail exigeantes des professionnel·les de santé peuvent expliquer que l'accueil manque parfois de qualité, rien ne justifie de traiter différemment les patient·es en fonction de leur situation administrative, de leur genre, de leur langue, de leur origine ou de leur situation économique.

Témoignage :

Dépôt de Monsieur B. un vendredi soir 18h30 à la Halte de nuit du Samusocial de Paris (accueil à la nuitée sur lit picot) ; absence de dossier médical ; pas de transmission par l'équipe d'ambulanciers ; pas de vêtements, pas de chaussures. Pas de place à la Halte de nuit, mais face au refus catégorique des ambulanciers de ramener M. à l'hôpital et au regard de l'état de santé de la personne, admission en surnombre à la Halte.

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel :
 - Informer les personnes sur leurs droits– via de l'affichage dans les accueils des hôpitaux / médecine de ville en plusieurs langues, voire en pictogrammes adaptés pour les personnes qui ne lisent pas
 - Former les professionnel·les de santé mais également les personnels d'accueil à la non-discrimination, à l'interculturalité et aux problématiques des personnes en situation de handicap
- Généraliser les services sanitaires en structure médico-sociale
- Outiller les professionnel·les pour leur permettre :
 - D'identifier les situations de discrimination,
 - de s'interroger sur l'impact de leurs propres représentations dans la relation de soin

- Favoriser la participation des personnes concernées et créer un collectif d'usager·es contre les discriminations en santé, en les associant systématiquement lors de la mise en place de nouveaux protocoles
- Mettre en place des procédures de veille et d'alerte impliquant les différents échelons hiérarchiques.
- Faciliter et sécuriser les voies de recours :
 - Ouvrir un dialogue avec l'Ordre des médecins pour faciliter les signalements de refus de soins et sanctionner les pratiques illégales
 - Inciter les professionnel·les du médico-social à collecter chaque refus de soins pour visibiliser cette pratique et la dénoncer collectivement pour en montrer la dimension systémique
 - Alerter les personnes concernées sur leurs droits au recours à la suite d'un refus de soin
 - Faire connaître l'action du Défenseur des Droits en la matière

Ce que fait le Samusocial de Paris : Formation des professionnel·les de santé via les services sanitaires

Depuis 2021, le Samusocial de Paris accueille des étudiant·es en service sanitaire sur ses différents dispositifs. Le service sanitaire est un module de santé publique obligatoire des formations médicales et paramédicales, depuis 2018, dont l'objectif est de former et sensibiliser les futur·es professionnel·les de santé à la prévention et la promotion de la santé par la réalisation d'action concrètes de prévention. Quel que soit le pôle du Samusocial de Paris sur lequel ils·elles sont accueilli·es, les étudiant·es bénéficient d'un temps de formation sur ce qu'est la précarité et la grande précarité, ainsi que d'un accompagnement au montage d'une action de prévention. Les accueillir dans nos structures permet de lutter contre les idées reçues sur le sans-domicilisme et mieux comprendre la pluralité des publics en situation de précarité qu'ils rencontreront dans leur pratique professionnelle.

Ces services sanitaires semblent remplir leurs objectifs et avoir un impact positif. Les étudiant·es disent mieux comprendre certaines situations déjà rencontrées et avoir pris conscience de la plus ou moins grande disponibilité des personnes par rapport à leur santé. Ils s'accordent à dire que la prévention est une forme de soin aussi importante que l'acte médical : *"On nous fait de la prévention en cours mais on ne nous apprend pas à faire de la prévention"*. En tant que futur·es professionnel·les, ils projettent de davantage *"associer le social au médical"* et disent avoir acquis une *"autre vision de la médecine"*²⁵.

4. Renforcer la prise en charge de la périnatalité pour les femmes sans domicile

L'accès aux soins des personnes sans domicile doit également être considéré à l'aune de l'évolution des publics concernés par ce phénomène, et notamment l'augmentation du nombre de femmes. Elles sont de plus en plus nombreuses en France à vivre sans logement – 120 000²⁶ – voire à la rue – 3 000²⁷. Chaque jour en décembre 2024, 120 femmes ont appelé le 115 de Paris pour obtenir un hébergement²⁸. Lors de la Nuit de la Solidarité le 23 janvier 2025,

²⁵ Ces verbatims sont ceux d'étudiant·es reçu·es par le Samusocial de Paris en service sanitaire

²⁶ Femmes sans abri, la face cachée de la rue : <https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1.html>

²⁷ Femmes sans abri, la face cachée de la rue : <https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1.html>

²⁸ Baromètre Décembre 2024, SIAO 75

elles représentaient 14 % des 3 507 personnes rencontrées dans les rues de Paris²⁹. Environ 16 000 femmes adultes sont prises en charge en hébergement d'urgence à l'hôtel chaque jour en Ile-de-France³⁰.

a- Un public particulièrement impacté par le sans-abrisme

Parmi toutes ces femmes, certaines sont particulièrement vulnérables : les femmes en situation de périnatalité (femmes enceintes ou sortantes de maternité). Elles sont nombreuses à solliciter le 115 et le SIAO de Paris. En février 2025, elles étaient plus de 450 à être enceintes et sur liste d'attente pour une demande d'hébergement, 10 % d'entre elles étaient à moins d'un mois de leur date de terme.

Les résultats préliminaires de l'étude REPERES³¹ menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris montrent que plus de la moitié des femmes interrogées ont connu des périodes à la rue pendant la grossesse ou après l'accouchement. Leur parcours résidentiel est extrêmement instable, avec jusqu'à 20 lieux de vie différents pendant la période périnatale. Cette précarité majeure s'accompagne d'un état de santé psychique dégradé : près de la moitié présentant des signes de dépression sévère pendant la grossesse, soulignant la nécessité d'un accompagnement psychologique adapté.

b- Un public en état d'extrême fragilité, incompatible avec le sans-abrisme

Pour les femmes en situation de grande précarité, ces périodes de grossesse et de post-partum, particulièrement fragilisantes, le sont d'autant plus qu'elles viennent s'ajouter à des vulnérabilités déjà présentes.

La précarité des femmes enceintes est associée à un suivi médical insuffisant, ce qui augmente les risques de complications périnatales, notamment la prématurité et le faible poids de naissance. Un rapport de l'Insee³² souligne que les inégalités sociales de santé apparaissent dès la grossesse, en raison de différences dans l'accès au suivi prénatal et de facteurs de vulnérabilité, tels que l'exposition accrue au stress et à des conditions de vie précaires. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, l'absence de suivi prénatal multiplie par cinq le risque de prématurité et par trois celui de naissances d'enfants de petit poids, des complications particulièrement fréquentes chez les femmes en situation de précarité, avec des taux atteignant respectivement 8,5 % et 9,5 %³³.

Les premiers résultats du volet REPERES révèlent un accès insuffisant aux soins pour les femmes enceintes en situation de grande précarité, avec un risque accru de complications liées à des pathologies non prises en charge ou mal contrôlées, comme le diabète gestationnel. Cette vulnérabilité se traduit par une prévalence plus élevée de naissances par césarienne (un tiers des accouchements contre 20 % en population générale). Ces femmes rencontrent également des difficultés importantes de recours aux soins en post-partum.

²⁹ Nuit de la Solidarité, Ville de Paris - Traitement Apur

³⁰ Chiffres Delta, 2024

³¹ L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact des conditions d'hébergement (qualité/stabilité) sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés : <https://www.samusocial.paris/reperes-projet-de-recherche-sur-la-perinatalite-et-lerrance-residentielle>

³² Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations – France, portrait social | Insee

³³ https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/05/ENP2016_Rapport.pdf

En outre, des professionnel·les témoignent que de nombreuses femmes – qui ne bénéficient pas d'une couverture santé - reçoivent parfois une très lourde facture de l'hôpital suite à leur accouchement. Ces factures peuvent être à l'origine d'un stress très important, alors même que l'accouchement fait partie des soins urgents et vitaux³⁴ assuré par l'hôpital, et peuvent par ailleurs entraîner des dettes hospitalières qui peuvent freiner de futures démarches.

c- Une réponse partielle apportée par les services d'urgence sociale

Dans ce contexte d'augmentation du sans-abrisme chez les femmes, couplé à celui de la croissance de la mortalité infantile³⁵, il est crucial d'accorder une attention particulière à ce public pour lequel l'accès aux soins revêt une importance particulière.

Dans la plupart des SIAO³⁶ franciliens et français, désormais, les femmes en situation de périnatalité sont désormais prioritaires pour accéder à un hébergement d'urgence. Cela permet en partie de répondre plus favorablement aux demandes de places et de trouver plus rapidement des orientations à l'hôtel ou dans des structures d'hébergement, malgré la tension liée au manque de places. Quotidiennement, 47 % de femmes en situation de périnatalité qui appellent le SIAO de Paris bénéficient d'orientations proposées dans des hôtels ou structures d'hébergement³⁷. Mais ces efforts ne parviennent pas à répondre à la demande grandissante et aux besoins des femmes en situation de périnatalité et d'exclusion.

Témoignage :

Madame E a changé plusieurs fois d'hôtel pendant sa période de grossesse, alors qu'elle élève seule un enfant de 2 ans. Cette situation l'a forcée à renoncer à plusieurs rendez-vous médicaux car son suivi médical n'était plus assuré par les mêmes acteurs. L'accouchement de Madame a eu lieu dans un hôpital où elle n'était jamais allée auparavant. Non-bénéficiaire de l'AME, elle a accumulé des dettes pour pouvoir accoucher... Aujourd'hui prise en charge au sein du CHU Soleil, dédié aux femmes sortantes de maternité, elle bénéficie d'un suivi social, de l'accompagnement d'une médiatrice en santé qui l'aide dans ses démarches et du soutien émotionnel d'autres femmes dans sa situation avec qui elle peut échanger et rompre son isolement.

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Limiter au maximum les changements d'hébergement pour les femmes enceintes et sortantes de maternité
- Améliorer la connaissance de la périnatalité parmi les femmes sans domicile

³⁴ Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) bénéficie aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis moins de trois mois, ou qui ne sont pas admis à l'Aide médicale d'État (AME). Il leur permet de recevoir des soins urgents. Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements.

³⁵ En 2024, 2 700 enfants de moins d'un an sont décédés en France, soit 4,1 décès pour 1 000 enfants nés vivants. Depuis 2011, le taux de mortalité infantile a légèrement augmenté, passant de 3,5 ‰ à 4,1 ‰ en 2024. Cette hausse s'explique uniquement par celle de la mortalité de 1 à 27 jours de vie, qui est passée de 1,5 ‰ à 2,0 ‰. Depuis 2015, le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne (Insee, 2024)

³⁶ Service intégré d'accueil et d'orientation

³⁷ <https://www.siao.paris/p/le-barometre>

- Former les professionnel.les de santé et du médico-social à la situation des femmes enceintes en situation d'exclusion
- Systématiser la présence d'un.e médiateur.rice en santé dans les structures spécialisées dans l'accueil des femmes en situation de périnatalité
- Accorder l'AME aux femmes enceintes via une procédure accélérée et allégée

Ce que fait le Samusocial de Paris : Le CHU Soleil

Le CHU Soleil, situé au cœur du 20ème arrondissement de Paris a ouvert ses portes fin septembre 2024. Autorisé à une capacité d'accueil théorique de 41 femmes et 41 nourrissons en chambres individuelles réparties sur 5 étages, le centre d'hébergement accueille des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ainsi que des femmes venant d'accoucher, qui n'ont pas de solution d'hébergement à la sortie de la maternité.

L'ouverture du CHU Soleil répond à un besoin grandissant de garantir un hébergement sûr à ces femmes et à leurs nouveau-nés à un moment particulièrement vulnérable de leur vie. Un accompagnement social soutenu sera proposé aux femmes afin de les accompagner dans leur parcours et de faciliter leur sortie vers des solutions d'hébergement ou de logement plus pérennes. Les femmes se verront également proposer un soutien à la parentalité et à la vie quotidienne ainsi qu'un accompagnement spécifique à la santé, en lien avec le droit commun. L'équipe pluridisciplinaire dédiée à ce nouveau centre est composée d'une responsable, de deux travailleuses sociales, d'une médiatrice en santé, d'une auxiliaire de puériculture, d'une maîtresse de maison et d'agents d'accueil de jour et de nuit.

5. Accompagner la perte d'autonomie des personnes sans domicile

a- Une augmentation substantielle du nombre de personnes sans domicile en perte d'autonomie

En octobre 2024, le SIAO de Paris évalue à 17,4 % la part des personnes âgées de plus de 60 ans hébergées dans l'urgence sociale sur le territoire parisien. En 2023, 94 % des personnes accueillies dans les LAM du Samusocial de Paris ont plus de 55 ans, elles sont 47 % dans les LHSS. Fin 2023, à la Halte de nuit du Samusocial de Paris, les plus de 60 ans représentaient 63 % des personnes inscrites. Au CHU Popincourt, la moitié des personnes hébergées a plus de 55 ans, 28 % ont plus de 65 ans et 9 % ont plus de 75 ans. Au CHU Romain Rolland, en hébergement continu, 37,5 % des personnes ont plus de 55 ans et 16,6 % plus de 65 ans. Enfin, plus de 1 000 personnes de plus de 60 ans sont mises à l'abri à l'hôtel, souvent après une expulsion locative. En résumé, presque toutes les structures du Samusocial de Paris – de même que l'ensemble du secteur de la lutte contre les exclusions – sont confrontés au vieillissement des personnes précaires mais aussi à la dégradation de leur état de santé somatique et psychique.

b- Une absence de structures adaptées

En raison de leur parcours d'errance - pouvant induire un non-recours aux soins, des troubles psychiatriques et des traumatismes (comme vu dans les paragraphes précédents) - les personnes en grande précarité connaissent un vieillissement prématuré et une perte

d'autonomie plus précoce que la population générale ; l'espérance de vie à la rue étant d'ailleurs de 48 ans³⁸.

Face à ce phénomène, le Samusocial de Paris et les autres acteurs de l'urgence sociale font face à un manque :

- de places dans les lieux de soins (LHSS, LAM, hôpitaux, centres SSR etc.)
- de places dans les lieux de vie adaptés à ce public (EHPAD, FAM, MAS etc.).
- de dispositifs adaptés aux « cas complexes » : à savoir des personnes qui additionnent les vulnérabilités en plus de l'âge et la perte d'autonomie (troubles psychiatriques, troubles cognitifs, addictions, etc.)

Le vieillissement des personnes sans domicile demeure un impensé politique qui se traduit par un manque de moyens et un sous-dimensionnement des dispositifs adaptés.

La Mission Interface du Samusocial de Paris³⁹ estime qu'elle pourrait doubler sa file active et passer à plus de 2000 personnes accompagnées si elle accompagnait également les personnes sans droit. Aujourd'hui, ce public particulièrement vulnérable, sans possibilité d'accès à des solutions pérennes, vit dans les centres d'hébergement ou des hôtels pendant des années⁴⁰, voire à la rue. Initialement pensés pour répondre à l'urgence, ces lieux d'hébergement deviennent des lieux de vie longue durée, sans être conçus pour accompagner la perte d'autonomie, ni équipés pour accueillir dignement les personnes ou leur offrir un accompagnement et des soins adaptés :

- Les travailleuses et travailleurs sociaux, (lorsqu'il y en a) ne sont généralement pas formés à l'accompagnement de la perte d'autonomie, mais se voient parfois contraints de dépasser leur mission en prenant en charge des gestes relevant du soin, comme la préparation des piluliers ou l'aide à la toilette.
- Les infrastructures ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques de ces personnes : absence d'ascenseur, de salle de bain individuelle ou de chambre individuelle.

L'accueil de ce public se fait dans des conditions inadaptées, parfois considérées comme « indignes » par les équipes mais devant être maintenue pour des raisons « humanitaires ». Ce type de mise à l'abri, loin d'apaiser, peut au contraire contribuer à une détérioration de l'état de santé physique et psychique des personnes concernées.

Témoignage :

A 74 ans, Monsieur, s'est retrouvé à court d'argent et s'est fait expulser de son logement. Il s'est retrouvé à vivre à la rue avec une valise, volée au bout de trois jours. Homme seul, il n'a pas pu bénéficier d'un hébergement d'urgence, et n'avait pas les ressources pour retrouver un logement ou vivre dans une structure adaptée pour personnes âgées. Vivre à la rue a accéléré sa perte d'autonomie et son vieillissement

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Améliorer la connaissance de la problématique de la perte d'autonomie des personnes sans-abri :

³⁸ Rapport 'Décrire et dénombrer' par le Collectif les morts de la rue : <https://mortsdelarue.org/CMDR%20-%20Rapport%202023%20D%C3%A9nombrer%20et%20Décrire%20-%20Haute%20D%C3%A9finition.pdf>

³⁹ <https://www.samusocial.paris/mission-interface>

⁴⁰ Alors que la durée moyenne d'hébergement à l'hôtel s'élève à plus de trois ans en Ile-de-France, on relève que certaines personnes âgées vulnérables sont hébergées depuis plus de 15 ans (Delta, 2024).

- Créer un comité national du suivi des « personnes précaires âgées, dépendantes ou en situation de handicap » afin de mener des réflexions sur les évolutions nécessaires, les transformations des structures et les partenariats à créer.
- Recenser les besoins pour chaque acteur, département et région et proposer un cadre d'expérimentation mettant en lien personnes accompagnées, acteurs associatifs, collectivités et Etat.
- Encourager la création de dispositifs de type "Interface" dans chaque département, via un partenariat entre ARS, Conseil départemental et DDETS (ou UD DRIHL en petite couronne francilienne)
- Prévenir le sans-domicilisme de personnes dépendantes en interdisant les expulsions locatives de personnes âgées, dépendantes ou en situation de handicap
- Garantir des conditions d'hébergement dignes pour les personnes en perte d'autonomie
 - Renforcer les ESSIP⁴¹ pour les personnes qui n'ont pas de droits ouverts
 - Favoriser l'intervention des SSIAD⁴² auprès des personnes en situation de précarité : Via un élargissement de ce qui est compris dans le panier de l'AME (matériel) et en rappelant leur obligation d'intervenir auprès des personnes qui bénéficient de l'AME
 - Allouer aux structures d'hébergement d'urgence des moyens humains et financiers leur permettant de s'adapter à la perte d'autonomie et aux handicaps y compris sensoriels
 - Ouvrir de nouvelles places en LAM et LHSS
 - Recruter des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotricien·nes dans les LHSS/LAM
 - Permettre l'accès à des dispositifs de soins palliatifs adaptés aux personnes sans-domicile : former à la fin de vie dans les LHSS, renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs, permettre aux personnes de choisir leur lieu de fin de vie
- Pour faciliter leur accès aux structures médico-sociales répondant à leurs besoins :
 - Faire du statut de personnes en situation de précarité un axe de priorisation à la MDPH⁴³
 - Former les salariés des établissements pour personnes âgées à l'accueil du public âgé en situation de handicap, notamment psychique
 - Favoriser d'autres formes d'habitats pour les personnes en perte d'autonomie et en situation de précarité⁴⁴
 - Réserver en Ehpad des places dédiées aux personnes en situation de grande précarité
 - Harmoniser les critères d'entrée, notamment liés à l'âge, en EHPAD sur l'ensemble des territoires, garantissant une équité dans l'accès aux dispositifs et simplifiant les démarches administratives pour les dérogations
 - Uniformiser les règles pour l'ASH⁴⁵ notamment concernant les conditions d'obligés alimentaires
 - Mettre en œuvre les recommandations de la Haute autorité en santé sur la réduction des risques en établissement ou service social ou médico-social notamment en EHPAD

⁴¹ Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP)

⁴² Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

⁴³ Maison départementale pour personnes handicapées

⁴⁴ Exemples de projets : villages d'amis, béguinages belges, petites unités de vie, LAMEHPAD expérimentaux, etc. Ces modèles visent à accoutumer les personnes avant leur orientation vers des structures traditionnelles ou à créer des alternatives de type petites unités de vie, plus adaptées.

⁴⁵ Aide Sociale à l'Hébergement

Ce que fait le Samusocial de Paris : La Mission Interface

La Mission Interface est un dispositif du Samusocial de Paris qui vise à accompagner les personnes âgées ou en situation de handicap, et sans abri, vers des logements adaptés ou des structures médico-sociales. La mission Interface Personnes Âgées a été créée en mai 2017 pour venir en aide aux plus de 60 ans. Cette initiative a été mise en place suite à l'étude menée le 1er décembre 2016 par le SIAO Paris qui a constaté que le public vieillissant représentait près de 19% des personnes prises en charge dans les centres d'hébergement d'urgence à Paris. La mission Interface remplit plusieurs objectifs :

- Favoriser l'accès des personnes âgées ou en situation de handicap, sans abri aux structures de droit commun, en proposant un appui aux structures d'hébergement et médico-sociales.
- Développer la connaissance des acteurs sociaux sur les dispositifs d'aide aux personnes âgées ou en situation de handicap et les ressources à solliciter.
- Recueillir des données pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap sans abri et être force de proposition pour contribuer à l'évolution des dispositifs ou à la simplification des démarches.
- Former les professionnel·les sur les spécificités du public vieillissant ou handicapé.

En juin 2024, le Samusocial de Paris compte en file d'attente active 1080 usagers accompagnés par les coordinateurs. L'année 2024 a permis la sortie de 122 usagers avec une solution durable et adaptée à leurs besoins.

6. Détecter et soigner les pathologies psychiques

L'enquête Samenta, publiée en 2004 par l'Observatoire du Samusocial de Paris, a montré la prévalence des problématiques de santé psychique chez le public en situation de précarité.

Le rapport estime qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur dont troubles dépressifs sévères, et troubles anxieux).⁴⁶

Comme pour la santé somatique, il existe un lien direct entre précarité et santé mentale : les personnes en situation de précarité ont deux fois plus de risque de souffrir de troubles psychiatriques. L'absence de domicile renforce encore cette réalité, puisque 30 % du public accueilli dans les structures d'hébergement d'urgence est atteint de troubles psychiatriques ou en grande souffrance psychique⁴⁷.

Ces populations peuvent être particulièrement sensibles aux stigmates associés aux troubles psychiques et à leur prise en charge, soit pour des raisons culturelles (cela peut être le cas de personnes ayant connu un parcours de migration), soit par des expériences passées de soins psychiatriques vécus dans l'urgence ou sous la contrainte. Ces a priori et mauvaises expériences passées ont un impact lourd sur le repérage, le diagnostic et l'orientation vers une prise en charge adaptée.

⁴⁶ Anne Laporte, Pierre Chauvin. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, pp.227, 2004. inserm-00471925.

⁴⁷ Santé mentale et psychiatrie : synthèse du bilan de la feuille de route
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf

Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'ile de france :
https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/samenta_web_0.pdf

a- Les troubles psychiques ne sont pas toujours détectés

Bien que préoccupants, ces chiffres sous-estiment l'étendue du phénomène : en effet, une part importante des personnes sans domicile ne rencontrent jamais de professionnel·les de la santé mentale et échappent ainsi à tout diagnostic.

La complexité des situations, où se cumulent troubles somatiques et souffrance psychique, compliquent les diagnostics. Cela peut entraîner des renvois de situations entre professionnel·les de santé, notamment lorsque la porte d'entrée se fait via l'urgence. Faute de diagnostic, une prise en charge adaptée est difficile à construire, exposant les professionnel·le.s à un risque d'épuisement.

Par ailleurs, la visibilité récente dont bénéficie la santé mentale en France (désignée grande cause nationale en 2025) ne ruisselle pas sur toute la population : beaucoup de personnes que nous accompagnons sont mal informées sur les symptômes, y accordent peu d'importance, ou ne s'autorisent pas à solliciter de l'aide.

En cas d'absence ou de mauvaise interprétation du diagnostic, la santé mentale des personnes peut se dégrader au point de compromettre leur maintien en hébergement d'urgence. En effet, certaines maladies psychiques ne sont pas compatibles avec la vie en collectif, qui plus est dans un centre d'hébergement d'urgence ou un hôtel, mais comme elles ne sont pas détectées, la personne est rendue responsable de ses symptômes et comportements. Ce mécanisme contribue à un cercle vicieux : l'absence de logement – et son lot de subsidiaires que sont le parcours d'errance, le manque de pouvoir d'agir, les traumatismes liés à des violences subies ou vues, le manque d'intimité, l'isolement social, etc. - crée les conditions de la dégradation de la santé mentale, qui en se dégradant compromet la possibilité de retrouver un logement et même l'accès et le maintien dans des dispositifs d'hébergement d'urgence.

Une prise en charge globale, intégrant les dimensions sociales, psychiques et administratives des personnes, est un véritable levier pour améliorer l'accès aux soins. Elle suppose toutefois que les professionnel·les soient sensibilisé·es aux pathologies psychiatriques, et outillé·es pour faire face à leurs conséquences.

b- La sectorisation de la santé mentale : un frein à se soigner

Le système de sectorisation psychiatrique, basé sur l'adresse de résidence, complique l'orientation des personnes sans domicile vers un Centre Médico-Psychologique (CMP), sans compter les délais d'attente importants avant consultation et intégration dans une file active d'un CMP. Sans adresse stable, les personnes sont souvent réorientées ou exclues des dispositifs de suivi. Le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil de l'hôpital Sainte-Anne, propose une évaluation rapide en cas d'urgence, représentant un point d'entrée essentiel. Cependant, il ne permet pas un suivi régulier, et sans relais clair vers les secteurs de soins appropriés, l'accompagnement reste fragmenté. En l'absence d'adaptation du système aux réalités de la rue, l'accès à la santé mentale demeure inégal pour les personnes les plus précaires.

Ce mouvement s'accroît avec la saturation actuelle des dispositifs existants (CMP, mais aussi lieux de consultations associatifs type Centre Minkowska, ou Primo Levi). Les conditions nécessaires pour permettre l'accès aux soins psychiques des plus précaires ne peuvent plus être remplies (ex : recours à un interprète ; tolérer du retard à un rdv ; accompagner une posture initiale de refus de soins etc).

c- Des nouveaux dispositifs prometteurs à développer

Le déploiement d'équipes mobiles doit permettre de détecter et de soigner les troubles. Les EMPP⁴⁸ ont ainsi été complétées par le dispositif dit "Mesure 9" des Assises de la Santé mentale. Ces équipes sont à développer et à systématiser, en particulier pour intervenir à l'hôtel, qui représente la moitié des places d'hébergement en Ile de France. Néanmoins, l'intervention dans les hôtels est très variable selon les territoires et semble dépendre de la volonté des équipes. Pour les psychologues des EMPP intervenant en hôtels dans le cadre de permanences de veille sanitaire, certains acceptent de faire une évaluation des besoins en santé mentale et d'autres, considérant que le lieu n'est pas propice à un suivi, préfèrent ne pas intervenir en hôtel.

d- Le sans-domicilisme impacte particulièrement la santé mentale des enfants

L'absence de domicile a également des impacts manifestes sur la santé mentale des enfants⁴⁹. L'enfance constitue une période sensible du développement durant laquelle sont posées les bases de la santé mentale des individus. Être privé de logement confronte l'enfant à des conditions de vie dégradées, mêlant nuisances, insalubrité, exigüité, insécurité, manque de commodités, dysfonctionnements familiaux, etc. A cela peut s'ajouter l'impact de la non prise en charge des souffrances psychiques des parents (parcours d'exil, grande précarité), pouvant générer un risque majeur de répercussions transgénérationnelles.

L'enquête Enfams, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris en 2013 auprès des familles sans-domicile hébergées dans des centres d'hébergement, 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%)⁵⁰.

Recommandations du Samusocial de Paris :

- Pour améliorer la prévention et la détection des troubles psychiques :
 - Former tou-ttes les professionnels du secteur de la veille sociale et de l'hébergement :
Au repérage des troubles psychiques, aux postures professionnelles adaptées (désescalade des conflits, création du lien, prise en compte d'une relation aléatoire au réel... etc), à la prévention, à l'orientation
- Pour faciliter l'accès des personnes sans domicile aux soins de santé mentale :
 - Reconnaître l'absence de domicile comme un critère de vulnérabilité prioritaire dans l'accès aux soins psychiques, et non comme un obstacle à la prise en charge
 - Développer les permanences psychologiques et psychiatriques au sein des structures d'hébergement, notamment les hôtels
- Pour améliorer la qualité de la prise en charge proposée aux personnes sans domicile :

⁴⁸ Equipe mobile psychiatrie et précarité : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-empp>

⁴⁹ Grandir sans chez-soi : quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2022-11/HD_WEB_Synthese_SAMU_pageapage.pdf

Manifeste pour les droits des enfants sans domicile, Samusocial de Paris, 2024 : <https://www.samusocial.paris/manifeste-pour-les-droits-des-enfants-sans-domicile>

⁵⁰ ENFAMS - Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : <https://www.samusocial.paris/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france>

- Engager un accompagnement social qui inclut une dimension de santé mentale dès la prise en charge en hébergement d'urgence, avec notamment des orientations vers la psychiatrie de secteur, ce en s'inscrivant dans une dynamique de décroisement entre secteur social et secteur de la psychiatrie
- Promouvoir les dispositifs – comme un chez soi d'abord - permettant aux personnes avec des troubles psychiques d'accéder à un logement
- Reconnaître l'exceptionnelle gravité de certaines maladies psychiatriques sévères, type schizophrénie ou psycho-traumatisme, dans le cadre du droit au séjour des étrangers malades

Ce que fait le Samusocial de Paris : Les équipes Psy en LHSS

Le Samusocial de Paris a constitué au cours des dernières années une équipe pluridisciplinaire (psychologues, neuropsychologue, psychiatres et infirmière) dédiée à la santé mentale, à destination des patient.e.s et en soutien des équipes des différents LHSS et LAM. Cette équipe a pour vocation de permettre que le séjour en LHSS / LAM, initialement sur motif de soins somatiques, soit l'occasion de donner accès aux soins psychiques, sur un modèle d'aller-vers au sein des structures. La prise en charge de la maladie psychiatrique est alors pensée en prenant compte l'ensemble des problématiques rencontrées par la personne (situation d'exclusion ; violences subies ; maladies somatiques et addictologiques associées ; démarches administratives en cours). Une évaluation clinique et la mise en place de soins psychiques se font depuis les LHSS / LAM, avec ensuite une orientation vers le droit commun si nécessaire et des accompagnements ciblés vers l'extérieur pour encourager un mouvement de réinsertion (ex : cours FLE, activités sportives, activités de bénévolat, G.E.M).

A titre illustratif, deux dispositifs plus spécifiques ont été mis en place pour renforcer cette articulation entre soins psychiques, soins somatiques et accompagnement social : 1) Dispositif de médiation en santé avec approche transculturelle. 2) Dispositif de soins dédié au psychotraumatisme, construit en collaboration avec les juristes et travailleur.euse.s sociaux.ales qui rencontrent les usager.e.s à l'occasion de démarches administratives et judiciaires (ex : demande d'asile ; dépôt de plainte pour violence etc).

Enfin, pour soutenir au mieux les équipes, des séances d'échange et de sensibilisation sont régulièrement proposées sur différents thèmes au croisement entre la grande précarité et la santé mentale (ex : syndrome de Diogène ; refus de soins ; exil et santé mentale).