

samusocialParis

Manifeste

Pour défendre l'accès aux soins des personnes sans domicile

Synthèse



Avant-propos

Ce manifeste est né car les personnes accueillies par le Samusocial de Paris sont régulièrement confrontées à des difficultés d'accès aux soins. Les équipes s'en sont fait l'écho et ont choisi de traiter ce sujet de plaidoyer en priorité. Il a été rédigé par des professionnel·les qui accompagnent tous les publics du Samusocial de Paris (personnes à la rue, femmes, enfants, personnes en perte d'autonomie, personnes hébergées, familles, hommes seuls, etc.). Une vingtaine de personnes accueillies ont été directement impliquées dans sa rédaction pour partager leurs témoignages et leurs recommandations.

Chaque partie est constituée de la manière suivante :

- Les constats des professionnel·les et des personnes accompagnées,
- Des recommandations pour résoudre les problèmes soulevés,
- Des exemples de dispositifs mis en place par le Samusocial de Paris.



L'accès aux soins des personnes sans domicile : un droit fondamental

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. **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.**

Dans ce manifeste, le Samusocial de Paris constate qu'être en situation de précarité dégrade la santé et limite l'accès aux soins. Il rappelle également que la santé est un service public, l'accès aux soins un droit pour toutes et tous, et un enjeu de santé publique.

C'est pourquoi, le Samusocial de Paris appelle les pouvoirs publics, les acteurs 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 !



© Crédit photo - Virginie de Galzain

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

Nos propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes sans domicile

1. FACILITER L'ACCÈS POUR TOUTES ET TOUS AU SYSTÈME DE SOINS

2. ADAPTER LE SYSTÈME DE SOINS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

3. LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

4. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DE LA PÉRINATALITÉ DES FEMMES SANS DOMICILE

5. ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES SANS DOMICILE

6. DÉTECTER ET SOIGNER LES PATHOLOGIES PSYCHIQUES

1. FACILITER L'ACCÈS POUR TOUTES ET TOUS AU SYSTÈME DE SOINS

Rendre plus lisible notre système de soins

La multitude de dispositifs qui composent le système de soins français le rend parfois illisible et donc inaccessible. Les personnes précaires n'ont pas toujours la littératie en santé nécessaire pour comprendre les politiques de prévention. Alors que certaines personnes que nous accompagnons ne maîtrisent pas parfaitement la langue française, **le recours à des interprètes est peu mobilisé par les professionnel·les du soin, et les diagnostics et traitements prescrits ne sont pas toujours compris par les patient·es, ce qui limite leur consentement et compromet leur capacité à se soigner.** Pourtant, l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé permet de garantir les droits des patient·es et améliore la qualité des soins.

D'autres personnes sont éloignées des outils numériques, et rencontrent des difficultés à accéder aux professionnel·les de santé et à se soigner, les démarches étant fréquemment dématérialisées. Cette opacité se retrouve à toutes les étapes du parcours de soins : prise de rendez-vous, savoir quel·les praticien·nes solliciter, lire une ordonnance, demander un remboursement, etc. Cela provoque des ruptures et favorise des situations d'errance médicale.

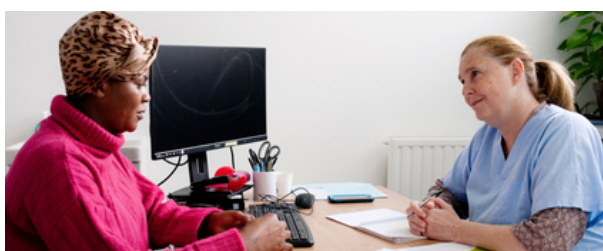
Simplifier l'accès aux droits et à une couverture santé

Les démarches permettant d'accéder à ses droits, et notamment à celui de se soigner, sont lourdes sur le plan administratif.

Bénéficiaire de l'Aide médicale d'Etat (AME)², par exemple, peut s'avérer très complexe et seules 51 %³ des personnes qui y sont éligibles en bénéficient. Cela s'explique par le manque de visibilité du dispositif mais aussi par la nécessité de prouver trois mois de résidence en France : un vrai défi pour les personnes sans domicile qui ne possèdent pas toujours de justificatif. En outre, le renouvellement de l'AME doit se faire tous les ans.

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 ayant droits et coûte finalement plus cher à l'Etat⁴ avec des prises en soin plus tardives et des recours plus importants aux services d'urgences.** Plus largement, le Samusocial de Paris, regrette que les couvertures santé (Sécurité sociale, CSS⁵, AME) soient dissociées les unes des autres. Cela génère un système de soins à plusieurs vitesses et renforce la multiplicité des démarches, ce qui accentue les risques de rupture dans la couverture santé et le non-recours.



² 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

³ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html>

⁴ 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/>

⁵ Complémentaire santé solidaire : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

Réduire les déserts médicaux

D'après l'Union régionale des professionnels de santé, en 2024, **97 % de l'Île-de-France est considérée comme un désert médical**, 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 (absence de transport en commun, coût du transport, crainte de se déplacer, etc.), rendant difficile l'accès à la médecine de ville ou à un médecin traitant.

NOS RECOMMANDATIONS :

- **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 et aux droits qui y sont associés accessibles via des outils faciles à lire et à comprendre, des supports imagés, des traductions et 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**
- **Simplifier l'accès à la couverture santé en fusionnant les différentes démarches administratives de couverture santé (Sécurité sociale, CSS, AME) et en accélérant l'instruction des demandes 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

Au Samusocial de Paris : Idéordo

Idéordo est un moyen de faciliter la compréhension des ordonnances médicales via des supports visuels. Développé en 2021 par le Samusocial de Paris, son efficacité a été prouvée, notamment pour les personnes avec un faible niveau de littératie en santé.

[+ d'infos ici](#)

The screenshot displays the 'idéordo' application interface. At the top, it shows the patient's name 'Mme 22' and the date '25/01/1965'. Below this, there is a grid of icons representing various medical conditions and treatments. Some icons are highlighted in red and green, indicating specific medical information. The interface is designed to be user-friendly, with clear icons and a structured layout. The bottom of the screen features the 'samusocial Paris' logo and some text about the application's purpose.

2. ADAPTER LE SYSTÈME DE SOINS AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

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 un « *virage ambulatoire* » pour raccourcir les délais de prise en soins à l'hôpital en promouvant un suivi médical effectué en dehors de l'hôpital, grâce, notamment, à 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) 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 composée de soignant·es et de travailleuses et travailleurs sociaux permet d'y élaborer un projet de soins et également un projet social.

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 EHPAD⁶. 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)⁷ pour les personnes sans domicile qui, selon les cas, en auraient pourtant besoin. 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. Le Samusocial de Paris constate un transfert de charge vers les LHSS, amenés à s'occuper de personnes aux états de santé de plus en plus dégradés, faute de coordination avec le système de santé, et de solution d'aval adaptée.



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 : 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·es 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.

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, ce qui aggrave la situation des personnes concernées et constitue pour eux une double peine.

⁶ EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
⁷ <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr>

Certains soins spécifiques sont onéreux et donc inaccessibles

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. Il est ainsi très compliqué pour une personne avec des ressources limitées d'avoir accès à des soins dentaires, optiques, dermatologiques ou encore gynécologiques. De plus, même si l'ensemble des prestations d'optique et de soins dentaires est inclus dans le panier de soins de l'AME à l'identique des assurés sociaux, **le niveau de prise en charge est insuffisant pour couvrir les frais d'une prothèse ou d'une paire de lunettes.** Dans la même logique, les personnes en situation d'exclusion se voient parfois prescrire des traitements non remboursés et qu'elles ne peuvent payer.

Certaines personnes renoncent finalement à se soigner

De nombreuses personnes rencontrées au Samusocial de Paris affirment renoncer à se soigner⁸. 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.

NOS RECOMMANDATIONS :

- **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**
- **Favoriser le décroisement entre le secteur sanitaire et médico-social en renforçant les collaborations et partenariats entre l'hôpital, les spécialistes et les pharmacies et le secteur médico-social afin d'assurer un suivi plus fluide après une hospitalisation**
- **Renforcer les équipes des PASS⁹ et développer des consultations avancées pour aller vers les populations les plus éloignées du système de santé.**



Au Samusocial de Paris : le 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. Cette philosophie imprègne la plupart de ses dispositifs : équipes de maraudes, mission Migrants, EMLT...

+ d'infos ici

⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

⁹ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé - PASS – Il s'agit d'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.

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.

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

Les discriminations interviennent 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. 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.**

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 sont régulièrement étiquetés *“demande d'hébergement”*, ou *“problème social”*. **Ces catégorisations aboutissent, dans certains cas, à une absence d'examen médical.** De même, la consommation – réelle ou supposée – d'alcool ou de stupéfiants de ces personnes 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.

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·es mise en doute ou ignorée. Certain·es professionnel·les sont aussi témoins du tristement célèbre “syndrome méditerranéen”¹⁰.

Des soignant·es du Samusocial de Paris (médecins, infirmier·es) rapportent être parfois aussi dénigré·es par des confrères et consœurs hospitaliers ou urgentistes, qui remettent en doute leurs diagnostics et compétences lors de transmissions ou d'appels.

¹⁰ Terme qui désigne, en France, le préjugé raciste consistant, pour les soignant·es, 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.

Après la prise en soin : un suivi souvent insatisfaisant et très peu de recours juridiques

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. Elles témoignent peu de ces situations, les considérant comme étant normales. Ces démarches leur semblent 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.**

NOS RECOMMANDATIONS :

- **Affirmer le refus des discriminations au niveau institutionnel :**
 - Informer les personnes sur leurs droits
 - 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
 - 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
- **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
 - Faire connaître l'action du Défenseur des Droits en la matière



Au Samusocial de Paris : la formation des professionnel·les de santé via les services sanitaires

Pour lutter contre les idées reçues sur le sans-abrisme et mieux comprendre la pluralité des publics en situation de précarité qu'ils rencontreront dans leur pratique professionnelle, des étudiant·es sont accueillies en service sanitaire sur plusieurs dispositifs du Samusocial de Paris. Ils 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.

4. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DE LA PERINATALITÉ DES FEMMES SANS DOMICILE

L'augmentation du nombre de femmes sans domicile impose un focus particulier : elles sont en effet de plus en plus nombreuses en France à vivre sans logement – 120 000¹¹ – voire à la rue – 3 000¹². Environ 16 000 femmes adultes sont prises en charge en hébergement d'urgence à l'hôtel chaque jour en Île-de-France¹³.

Un public particulièrement impacté par le sans-abrisme

Les femmes en situation de périnatalité (femmes enceintes ou sortantes de maternité) sont particulièrement vulnérables. 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 premiers résultats de l'étude REPERES¹⁴ 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, avec jusqu'à 20 lieux de vie différents pendant la période périnatale. Près de la moitié présentent des signes de dépression sévère pendant la grossesse, soulignant la nécessité d'un accompagnement psychologique adapté.



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

Les inégalités sociales de santé apparaissent dès la grossesse¹⁵, en raison de différences dans l'accès au suivi prénatal et de facteurs de vulnérabilité. L'absence de suivi prénatal multiplie par cinq le risque de prématurité (8,5 %) et par trois celui de naissances d'enfants de petit poids (9,5%), des complications particulièrement fréquentes chez les femmes en situation de précarité.¹⁶

Les premiers résultats de REPERES révèlent également 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. Ces femmes rencontrent également des difficultés importantes de recours aux soins en post-partum.

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, alors même que l'accouchement fait partie des soins urgents et vitaux¹⁷ assuré par l'hôpital. Cela peut entraîner des dettes hospitalières qui peuvent freiner de futures démarches.

11-12 Femmes sans abri, la face cachée de la rue : <https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1.html>

13 Chiffres Delta- Samusocial de Paris, 2024

14 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>

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

16 https://enq.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/05/ENP2016_Rapport.pdf

17 Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) bénéficie aux étranger·es 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.



© Crédit photo - Virginie de Galzain

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 infantile¹⁸, il est crucial d'accorder une attention particulière à ce public.

Dans la plupart des SIAO¹⁹, les femmes en situation de périnatalité sont désormais prioritaires pour accéder à un hébergement d'urgence. Quotidiennement, 47 % de femmes en situation de périnatalité qui appellent le SIAO de Paris bénéficient d'orientations proposées dans des hôtels ou structures d'hébergement²⁰. Mais ces efforts ne parviennent pas à répondre à la demande grandissante et aux besoins des femmes en situation de périnatalité et d'exclusion.

NOS RECOMMANDATIONS :

- **Limitier 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**
- **Accorder l'AME aux femmes enceintes via une procédure accélérée et allégée**

Au Samusocial de Paris : le CHU Soleil

Ouvert en septembre 2024, le centre d'hébergement d'urgence Soleil, accueille des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse ainsi que des femmes venant d'accoucher, qui n'ont pas de solution d'hébergement à la sortie de la maternité.

+ d'infos ici

¹⁸ 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)

¹⁹ Service intégré d'accueil et d'orientation

²⁰ <https://www.siao.paris/pl-le-barometre>

5. ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES SANS DOMICILE

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. Presque toutes les structures du Samusocial de Paris – de même que l'ensemble du secteur de la lutte contre les exclusions - sont confrontées au vieillissement des personnes précaires, mais aussi à la dégradation de leur état de santé somatique et psychique.

Une absence de structures adaptées

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.)

Une mauvaise prise en charge qui accélère la perte d'autonomie et dégrade la santé

Aujourd'hui, ce public particulièrement vulnérable, vit dans les centres d'hébergement ou des hôtels pendant des années²¹, 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 professionnel·les 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.

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.

21 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).

NOS RECOMMANDATIONS :

- **Améliorer la connaissance de la problématique de la perte d'autonomie des personnes sans-abri :**
 - 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.
- **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**
 - 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
- **Pour faciliter leur accès aux structures médico-sociales répondant à leurs besoins :**
 - Favoriser d'autres formes d'habitats pour les personnes en perte d'autonomie et en situation de précarité²²
 - Réserver en Ehpad des places dédiées aux personnes en situation de grande précarité

Au Samusocial de Paris : Interface

Depuis 2017, la mission Interface du Samusocial de Paris accompagne les personnes âgées ou en situation de handicap, et sans abri, vers des logements adaptés ou des structures médico-sociales.

[+ d'infos ici](#)



© Crédit photo - Virginie de Galzain

²² 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.

6. DÉTECTER ET SOIGNER LES PATHOLOGIES PSYCHIQUES

L'enquête Samenta, publiée en 2004 par l'Observatoire du Samusocial de Paris, a montré qu'**un tiers du public en situation de précarité souffrait de troubles psychiatriques sévères**²³. En effet, il existe un lien direct entre précarité et santé mentale, et 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 psychique²⁴.

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. Ce qui a souvent un impact sur le repérage, le diagnostic et l'orientation vers une prise en charge adaptée.

Les troubles psychiques ne sont pas toujours détectés

Ces chiffres sous-estiment l'étendue du phénomène : **une part importante des personnes sans domicile ne rencontrent jamais de professionnel·les de la santé mentale.**

La complexité des situations, où se cumulent troubles somatiques et souffrance psychique, compliquent les diagnostics.

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 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 mauvais diagnostic, la santé mentale des personnes peut se dégrader au point de compromettre leur maintien en hébergement d'urgence.

Certaines maladies psychiques ne sont pas compatibles avec la vie en collectif, 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 crée les conditions de la dégradation de la santé mentale, qui 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, mais elle suppose que les professionnel·les soient sensibilisé·es aux pathologies psychiatriques.

23 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.

24 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

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 adresse stable, les personnes sont souvent réorientées ou exclues des dispositifs. 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. **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, et 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 rendez-vous; accompagner une posture initiale de refus de soins etc).

Le sans-domicilisme impacte particulièrement la santé mentale des enfants

L'absence de domicile a également des impacts manifestes sur la santé mentale des enfants²⁶. 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.

L'enquête Enfams, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris, 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%)²⁷.

Des nouveaux dispositifs prometteurs à développer

Le déploiement d'équipes mobiles doit permettre de détecter et de soigner les troubles. Les EMPP²⁵ 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 Île-de-France. Néanmoins, l'intervention dans les hôtels est très variable selon les territoires et semble dépendre de la volonté des équipes.



²⁵ Equipe mobile psychiatrie et précarité : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-access-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-empp>

²⁶ 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>

²⁷ 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>

NOS RECOMMANDATIONS :

- **Pour améliorer la prévention et la détection des troubles psychiques :**
 - Former tou·tes les professionnel·les 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 et à l'orientation spécifique
- **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 :**
 - 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

Au Samusocial de Paris : Médiation en santé et dispositif dédié aux psychotraumatismes

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 aux psychotraumatismes, construit en collaboration avec les juristes et travailleur·euse.s sociaux·ales qui rencontrent les usager·es à l'occasion de démarches administratives et judiciaires (ex: demande d'asile; dépôt de plainte pour violence etc.).



© Crédit photo - Virginie de Galzain

Le Samusocial de Paris est un acteur central de la lutte contre l'exclusion.

Aller vers, accueillir, soigner et héberger les personnes et les familles en grande précarité sont au cœur de ses missions depuis trente ans. Organisé en Groupement d'Intérêt Public, il fédère les énergies d'équipes de professionnel·les et de partenaires publics et privés, autour de valeurs communes: l'égalité entre tous les individus, la solidarité collective pour venir en aide à toute personne en situation d'exclusion, la dignité pour toutes et tous

samusocialParis