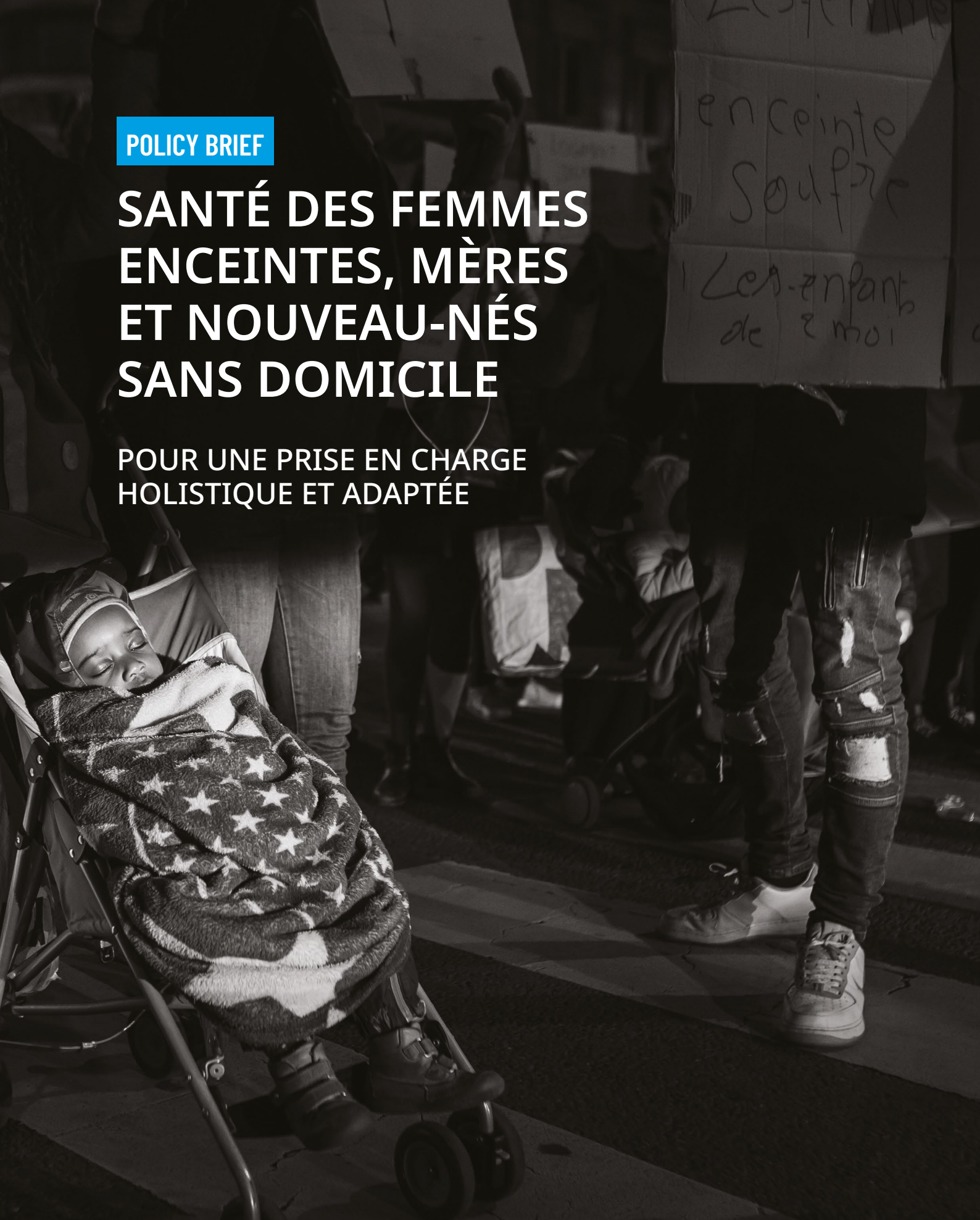




POLICY BRIEF

SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES, MÈRES ET NOUVEAU-NÉS SANS DOMICILE

POUR UNE PRISE EN CHARGE
HOLISTIQUE ET ADAPTÉE

CONTEXTE

Les 1 000 premiers jours, de la conception aux deux ans révolus de l'enfant¹, constituent une période déterminante pour son développement, sa santé et celle de l'adulte qu'il deviendra. Cette fenêtre critique représente un levier majeur des politiques publiques de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé. Elle appelle la mise en œuvre d'interventions précoces, coordonnées et ciblées en santé maternelle et infantile, afin de promouvoir des environnements favorables au développement harmonieux de l'enfant dès les premières étapes de son parcours de vie.

Dans cette perspective, le gouvernement a déployé une politique nationale des 1 000 premiers jours², reconnaissant l'importance déterminante de cette période pour la santé future des enfants et la prévention des inégalités. Si cette orientation marque une évolution en faveur de la prévention précoce, sa mise en œuvre demeure « trop partielle, avec une insuffisante prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins périnataux, qui participe des faibles performances de notre pays en la matière » comme le souligne la Cour des comptes³.

Les indicateurs de santé périnatale se dégradent depuis les années 2010⁴. Cette évolution se traduit notamment par la hausse de la mortalité infantile, qui atteint désormais 4,1 décès pour 1 000 naissances. Avec ce niveau, la France se situe au 23^e rang sur 27 États membres de l'Union européenne, soulignant l'urgence de renforcer la politique de périnatalité par des actions de prévention et d'accompagnement.

En outre, la stratégie des 1 000 premiers jours demeure insuffisamment adaptée aux situations de grande pauvreté, et à la considération des déterminants sociaux de la santé, alors même que la précarité constitue un déterminant majeur de la dégradation de la santé périnatale.

La situation des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés sans domicile est particulièrement alarmante. La littérature scientifique internationale documente clairement l'ampleur des risques auxquels ces publics sont exposés : continuum de violences, santé mentale dégradée, vulnérabilités sanitaires multiples et obstacles cumulés dans l'accès aux soins. Pour autant, leur situation demeure largement sous-documentée en France, tant dans la recherche scientifique que dans l'élaboration des politiques publiques.

Cette *invisibilisation* est d'autant plus préoccupante que le nombre de familles sans domicile avec de jeunes enfants ne cesse de croître.

**En 2025, environ
3 500 nouveau-nés
ont commencé leur vie sans
domicile en Île-de-France⁵.**

Ces familles subissent les conséquences d'une saturation chronique des dispositifs d'hébergement d'urgence et se heurtent à des critères de priorisation des demandes faites au 115, en fonction d'une hiérarchie des vulnérabilités supposée des personnes. Ce fonctionnement, qui conduit à exclure d'emblée les publics considérés comme « moins prioritaires », met à mal les principes de l'accueil inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.

En Île-de-France, le cadre unifié des SIAO⁶ retient ainsi comme prioritaires les demandes émanant des femmes enceintes de plus de six mois ou les couples avec enfant(s) de moins de trois mois. En dehors de cette période, les demandes des publics pourtant concernés par les 1 000 premiers jours sont dépriorisées, entraînant parfois des sorties sèches de dispositifs ou une absence de prise en charge faute de places disponibles. Ces difficultés d'accès à l'hébergement se traduisent par un recours croissant à des solutions de mise à l'abri de très courte durée, générant une forte instabilité résidentielle dont les conséquences sur la santé périnatale ont récemment été documentées.

1 – Santé publique France. (2023, 29 décembre). Les 1 000 premiers jours. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>

2 – Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, octobre). Dossier de presse – Les 1 000 premiers jours. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dp_1000_premiers_jours_oct_2020_002_.pdf

3 – Cour des comptes. (2024, mai). La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier.

4 – Trinh, N., de Visme, S., Cohen, J., et al. (2022). Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. The Lancet Regional Health – Europe, 16, 100345.

5 – Ramblière, L., & lasagkasvili, M. (2026, mars). REPRES – Rapport n°1 : Comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale. Samusocial de Paris & Réseau Solipam

6 – DRIHL. (2023, décembre). Cadre unifié d'intervention des SIAO et de suivi de leur activité en Île-de-France. Cadre unifié d'intervention des SIAO | Drihl Île-de-France

CONSTATS

REPÈRES⁷ – Recherche sur la périnatalité et l'errance résidentielle

Ce projet, co-porté par le réseau de santé Solipam et l'Observatoire du Samusocial de Paris, vise à documenter la santé périnatale des femmes sans domicile. Il repose sur une approche mixte, combinant un volet qualitatif et un volet quantitatif. Le volet qualitatif repose sur des entretiens semi-directifs et des ateliers cartographiques auprès de femmes (suivies ou non par Solipam), ainsi que sur des entretiens avec des professionnel-le-s. Le volet quantitatif comprend deux études complémentaires :

- REPÈRES Solipam, une cohorte de 185 femmes enceintes suivies par le réseau Solipam, avec plusieurs entretiens téléphoniques pendant la grossesse et en post-partum ;
- REPÈRES Hôtel, une enquête transversale menée auprès de 420 femmes en période périnatale hébergées à l'hôtel, recrutées par tirage aléatoire et rencontrées sur leur lieu de vie.

La santé périnatale à l'épreuve de l'errance résidentielle

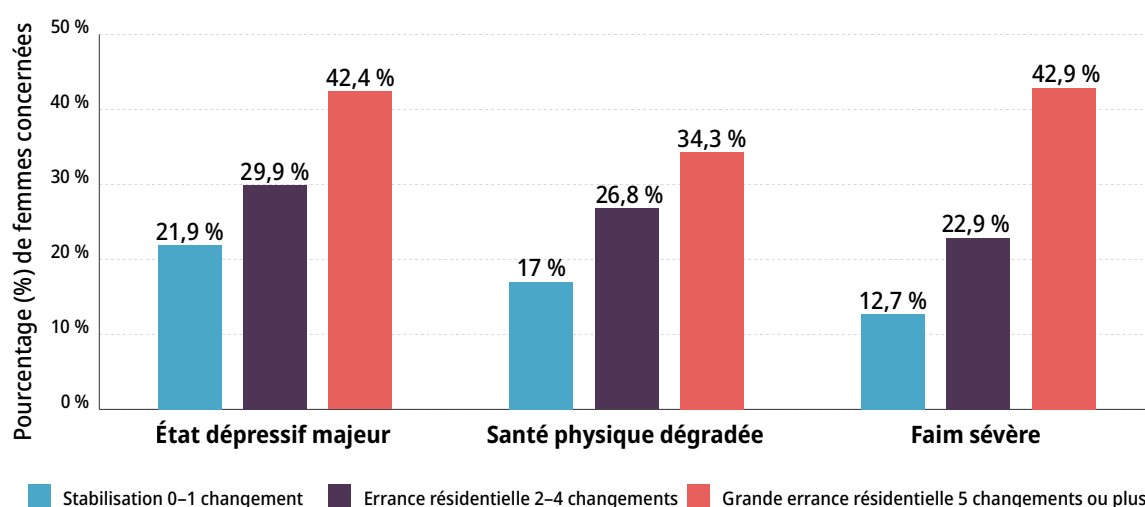
54 % des femmes de REPÈRES Solipam ont passé une partie de leur grossesse à la rue.

13 % des femmes de REPÈRES Hôtel ont passé une partie de leur grossesse à la rue.

La durée médiane passée à la rue durant la période périnatale est de **deux mois**.

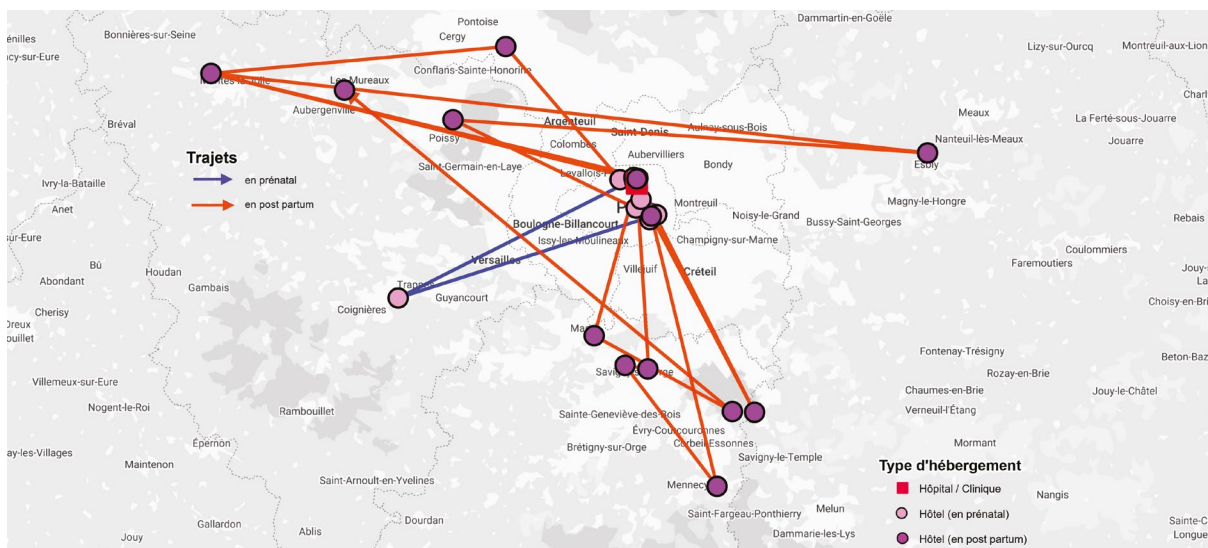
Outre les passages à la rue, certaines femmes ont des parcours d'hébergement particulièrement morcelés, pouvant aller jusqu'à **36 lieux de vie différents au cours de la période périnatale**.

Les femmes en situation de grande errance résidentielle présentent des niveaux de dépression, de dégradation de la santé physique et de faim sévère significativement plus élevés que celles disposant d'un hébergement stable, avec **des prévalence deux à trois fois supérieures selon les indicateurs considérés**.



Source : REPÈRES, 2026.

7 – Ramblière, L., & Iasagkasvili, M. (2026, mars). REPRES – Rapport n°1 : Comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale. Samusocial de Paris & Réseau Solipam



Source : Réseau Solipam, 2025

Des états de faim préoccupants

34 % des femmes de REPÈRES Hôtel présentent un état de **faim modéré à sévère**.

Ce taux atteint **76 %** pour les femmes de REPÈRES Solipam, durant les sept premiers mois de leur grossesse.

La qualité de l'alimentation est également très altérée : 39 % des femmes de REPÈRES Hôtel déclarent souvent consommer une alimentation peu variée. Cette faible diversification alimentaire, particulièrement critique pendant la grossesse, accroît le risque de carences nutritionnelles. Ces carences exposent à des complications majeures pour la mère et l'enfant : risque accru d'anémie maternelle, retard de croissance intrautérin, faible poids de naissance, prématurité et atteintes du développement neurologique de l'enfant. **Les conditions d'hébergement, en particulier l'absence d'équipements pour cuisiner, aggravent encore ces situations de faim et de malnutrition.**

Une prévalence élevée de petits poids de naissance

Le taux de petit poids de naissance est de **12,4 %** pour REPÈRES Hôtel

15,4 % pour REPÈRES Solipam

Contre **7,1 %** en population générale

Le petit poids de naissance, défini comme un poids inférieur à 2 500 grammes à la naissance, constitue un indicateur majeur de santé périnatale.

Un petit poids de naissance est associé à un **risque accru de morbidité et mortalité néonatales, ainsi qu'à des conséquences à long terme sur le développement et la santé de l'enfant.**

Le taux de mortalité néonatale observé dans REPÈRES Hôtel est de **16,9 pour 1 000 naissances**

Soit un taux **huit fois supérieur** à celui observé en population générale

Une santé mentale fortement dégradée

Les femmes enquêtées dans le cadre de REPÈRES présentent une santé mentale particulièrement dégradée, avec une prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs.

25 % des femmes de REPÈRES Hôtel
présentent **des symptômes**
dépressifs

64 % des femmes
de REPÈRES Solipam

Leur santé mentale est également particulièrement affectée par l'exposition à des événements à fort potentiel traumatique, rapportés par 63,2 % des femmes de REPÈRES Solipam et 57,6 % des femmes de REPÈRES Hôtel. La nature de ces événements est variée : scènes de guerre, parcours d'exil, violences intrafamiliales, sexistes et sexuelles, etc.

20,7 % des femmes de REPÈRES Hôtel présentent ainsi
des signes évocateurs d'un trouble de **stress post-traumatique**
au cours du dernier mois de grossesse

Ces résultats appellent à renforcer la détection et la prise en charge des troubles psychiques des femmes sans domicile, afin de limiter les répercussions sur leur santé et sur le bien-être et le développement des enfants.

Un soutien social très limité

Alors que les travaux sur les 1 000 premiers jours⁸ soulignent le rôle déterminant d'un entourage soutenant – en particulier celui du second parent, dont la présence favorise le développement du nouveau-né et réduit le risque d'épuisement psychique et de dépression maternelle – **les femmes rencontrées dans le cadre de REPÈRES disposent d'un soutien social très limité. Les trois quarts d'entre elles déclarent avoir moins de deux personnes à qui parler.** Parmi les femmes de REPÈRES Solipam vivant en couple, **un tiers ne peut pas cohabiter avec son conjoint en raison des contraintes liées à l'hébergement.** Lorsque la cohabitation est possible, le conjoint représente souvent le seul repère affectif et social. Ces constats soulignent **l'importance d'intégrer pleinement le co-parent dans les dispositifs d'hébergement.**

Des obstacles cumulés d'accès aux soins

Les résultats de REPÈRES font état d'obstacles cumulés dans l'accès aux soins.

17,6 % des femmes de REPÈRES Hôtel déclarent
avoir dû **renoncer à des soins** au cours des trois derniers mois

Le renoncement aux soins concerne principalement les soins de premiers recours et les consultations essentielles au suivi périnatal. Les raisons les plus fréquemment rapportées sont : l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous (39 %), des obstacles administratifs comme l'absence de couverture santé (33 %), ainsi que des contraintes financières (30 %). **À ces barrières s'ajoutent les fréquents refus de soins, révélateurs de la persistance des discriminations dans le système de santé, qui contribuent à éloigner davantage ces femmes d'une prise en charge adaptée.**

⁸ – Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, septembre). *Les 1 000 premiers jours – Là où tout commence. Rapport de la commission des 1 000 premiers jours.*

17,7 % des femmes de REPÈRES
Hôtel déclarent avoir vécu au moins
un **refus de soins** pendant
la période périnatale

23,7 % des femmes
de REPÈRES Solipam

Face à ces constats, l'UNICEF France, le Samusocial de Paris et le réseau Solipam appellent à renforcer les politiques d'hébergement et de périnatalité afin de garantir, tout au long des 1 000 premiers jours, un hébergement stable et adapté, ainsi qu'un accompagnement global - intégrant les dimensions médicales, psychiques et sociales - et un accès effectif à un parcours de santé globale, non discriminatoire et inscrit dans le droit commun.



RECOMMANDATIONS

ENJEU 1

Garantir un hébergement stable, continu et adapté durant toute la période des 1 000 premiers jours (du premier jour de la grossesse aux deux ans de l'enfant)

Si les recommandations ci-dessous portent principalement sur la période des 1 000 premiers jours, nos organisations plaident plus largement pour le respect des principes d'inconditionnalité et de continuité de l'hébergement pour toutes et tous, tel qu'inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.

Garantir un hébergement stable, continu et adapté tout au long des 1 000 premiers jours constitue une condition indispensable pour soutenir la santé des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile. Cette stabilité permet d'améliorer leurs conditions de vie, de sécuriser leur quotidien et de limiter les situations d'errance, qui fragilisent leur santé ainsi que leur parcours d'accompagnement et de soins.

- 1 Définir par circulaire interministérielle un cadre national harmonisé de prise en charge des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés sans domicile**, ainsi que de leurs éventuel·le·s accompagnant·e·s (second parent, fratrie). Cela permettrait, entre autres, d'organiser la coopération entre les différents acteurs intervenant dans le parcours des femmes et familles concernées (en particulier entre les services étatiques, départementaux et hospitaliers), de prévoir les modalités d'admission dans le parc d'hébergement spécialisé ou d'orientation vers d'autres dispositifs d'insertion (CHRS, logement adapté) et de définir les conditions d'un accompagnement adapté. Cette circulaire devra être cohérente avec les recommandations suivantes et tenir pleinement compte de l'intérêt supérieur de l'enfant. Son application devra impérativement s'accompagner de moyens renforcés.
- 2 Mettre fin aux critères de priorisation fondés sur l'avancement de la grossesse ou l'âge du nourrisson dans le traitement des demandes d'hébergement d'urgence**, en considérant les 1 000 premiers jours comme une période de grande vulnérabilité nécessitant une prise en charge inconditionnelle et immédiate.
- 3 Créer au moins 2 500 places d'hébergement supplémentaires dédiées aux femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile**, équitablement réparties sur l'ensemble du territoire, y compris dans les territoires ultramarins et permettant une prise en charge continue et adaptée au sein de la même structure depuis le début de la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, ainsi que la prise en charge de leur accompagnant·e·s (second parent, fratrie). Ces places doivent proposer un accompagnement global, réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnel·le·s de santé (sages-femmes, gynécologues, infirmier·e·s puériculteur·rice·s, psychologues, etc.) et de travailleur·euse·s sociaux·ales (dont des éducateur·rice·s de jeunes enfants). Une attention particulière doit être portée au repérage et à la prise en charge des violences subies et à la santé psychique des femmes accueillies. La hausse demandée, correspondant à un doublement du nombre de places existantes, ne saurait répondre à l'ensemble des besoins. Il sera donc nécessaire d'adopter progressivement des capacités en adéquation avec l'évolution des besoins observés sur l'ensemble du territoire.
- 4 Poursuivre le développement des Lits Halte Soins Santé (LHSS) périnatalité par le lancement de nouveaux appels à projets dans les territoires insuffisamment couverts et présentant des besoins importants. Ces dispositifs permettent une prise en charge médico-sociale adaptée** pour les femmes enceintes, mères et nouveau-nés souffrant de pathologies ne relevant pas ou plus d'une hospitalisation (hypertension artérielle chronique, prééclampsie, petit poids pour l'âge gestationnel, etc.) Il est également recommandé de favoriser l'adossement de ces LHSS à des dispositifs d'hébergement plus larges, permettant d'accueillir les éventuel·le·s accompagnant·e·s (second parent, fratrie) et d'adapter la prise en charge à l'évolution des besoins, à l'instar de l'Etablissement d'Hébergement en Soins Résidentiel (HSR) *Périnat Confluence* porté par l'Association Aurore.

5 Augmenter le nombre de places en établissements d'accueil mère-enfant en mobilisant des financements spécifiquement fléchés à cet effet, dans le cadre d'une contractualisation entre l'État et les départements. En parallèle, clarifier et harmoniser, via la circulaire susmentionnée et conformément à la jurisprudence du Conseil d'État, les modalités d'interprétation de l'article L.222-5 du CASF, afin de **sécuriser le cadre d'intervention des départements en matière de prise en charge des femmes enceintes et des mères isolées avec leur(s) enfant(s) de moins de trois ans.**

6 Garantir le principe de continuité de l'hébergement pendant et à l'issue des 1 000 premiers jours, que les familles relèvent de l'hébergement d'urgence ou de l'aide sociale à l'enfance. Pour ce faire, prévoir, dans la circulaire nationale précitée, la mise en place dès l'entrée dans les dispositifs d'un accompagnement systématique vers l'accès au logement de droit commun ou au logement adapté (demande de logement social, recours DALO, etc.) A défaut d'orientation possible vers le logement, garantir une réorientation des familles vers d'autres dispositifs d'hébergement ou le maintien dans la structure actuelle tant qu'aucune solution adaptée ne leur est proposée. La situation des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile ne pourra véritablement s'améliorer sans une réponse structurelle à la crise du logement.

Conformément aux recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU, nos organisations appellent à la mise en œuvre d'une programmation pluriannuelle de l'hébergement et du logement, intégrant une attention spécifique portée aux enfants et aux familles. Celle-ci devrait notamment fixer des objectifs ambitieux de production de logements sociaux, d'accompagnement ainsi que de transformation qualitative du parc d'hébergement se traduisant, entre autres, par une transformation de l'offre actuelle de nuitées hôtelières et une adaptation du parc aux besoins spécifiques des familles.

La situation des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile ne pourra véritablement s'améliorer sans une réponse structurelle à la crise du logement. Conformément aux recommandations du Comité des droits de l'enfant de l'ONU⁹, nos organisations appellent à **la mise en œuvre d'une programmation pluriannuelle de l'hébergement et du logement, intégrant une attention spécifique portée aux enfants et aux familles.** Celle-ci devrait notamment fixer des objectifs ambitieux de production de logements sociaux, d'accompagnement ainsi que de transformation qualitative du parc d'hébergement se traduisant, entre autres, par une transformation de l'offre actuelle de nuitées hôtelières et une adaptation du parc aux besoins spécifiques des familles.

ENJEU 2

Proposer un accompagnement médico-psycho-social adapté pour les femmes, parents et les nouveau-nés sans domicile durant la période des 1 000 premiers jours

L'approche des 1 000 premiers jours prône une prise en compte globale de la situation de la mère et du nouveau né pour créer un environnement favorable au développement de l'enfant. Cet accompagnement global – intégrant les dimensions médicales, psychiques et sociales – est particulièrement indispensable pour les femmes enceintes, les parents et les nouveau-nés sans domicile, qui connaissent un cumul de précarités. Ces situations nécessitent, comme le rappelle la Haute Autorité de Santé¹⁰, des réponses adaptées et proportionnées aux fragilités identifiées.

7 Soutenir, par des financements dédiés, la création d'accueils de jours destinés aux femmes enceintes, aux parents et aux nouveau-nés sans domicile et proposant des prestations adaptées

9 - Observation du Comité des droits de l'enfant de l'ONU

10 - Haute Autorité de Santé. (2024, janvier). *Situation particulière de la vulnérabilité : femme enceinte en grande précarité sociale* [Fiche mémo]. reco411_grossesse_vulnerabilite_fiche_precaire_cd_2024_01_11_vd.pdf

à leurs besoins. Ces structures doivent combiner : un accompagnement social assuré par des travailleur·euse·s sociaux·ales (dont des EJE), la présence de professionnel·le·s de santé (sages-femmes, gynécologues, infirmier·e·s puériculteur·rice·s, psychologue), la mise à disposition de matériel de puériculture, l'accès à une alimentation adaptée aux besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitante et des nouveau-nés, des espaces parents-enfants, des lieux de répit, des salles de motricité, etc.

8 Favoriser la création d'unités d'accompagnement personnalisé (UAP) au sein des maternités grâce à des financements dédiés des ARS, afin de garantir un suivi pré et postnatal adapté aux femmes et nouveau-nés en situation de grande précarité. A l'instar des UAP développées en Île-de-France¹¹, dont les effets positifs sur la santé périnatale ont été démontrés, ces unités doivent s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires et s'inscrire dans une démarche de coopération avec les acteurs extrahospitaliers (PMI, médecine de ville, acteurs de la lutte contre l'exclusion, etc.)

9 Soutenir, dans les territoires dépourvus, le développement des équipes mobiles médico-sociales dédiées à la périnatalité, telles que les équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou les LHSS mobiles, intervenant directement sur les lieux de vie des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés, et assurant un accompagnement pluridisciplinaire intégrant pleinement la santé psychique. Celles-ci doivent impérativement être en lien avec les établissements dont elles dépendent afin de garantir une orientation effective vers des structures adaptées à leurs besoins.

10 Renforcer les moyens d'intervention des Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) et, pour l'Île-de-France, des Plateformes d'Accompagnement Social à l'Hôtel (PASH) et de l'opérateur de gestion hôtelière à vocation sociale Delta en finançant, au moins à la hauteur des engagements du Pacte des solidarités et du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants, la création de postes de coordination et d'intervention sociale pour accompagner les familles à l'hôtel (soit 2 ETP de coordination et 4 ETP d'intervention sociale dans 19 départements), et former ces professionnel·le·s aux enjeux des 1 000 premiers jours.

11 Favoriser l'interconnaissance et les partenariats entre les professionnel·le·s des secteurs sanitaire, médico-social et de la lutte contre l'exclusion en soutenant financièrement leur coordination via les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP).

ENJEU 3

Garantir l'accès à un parcours de santé globale non discriminatoire et tourné vers le droit commun

Si le cumul des vulnérabilités des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile justifie la mise en place d'un accompagnement spécifique, reposant sur des dispositifs ad hoc (enjeu 2), la priorité reste leur (ré)intégration dans le système de soins de droit commun. Cela suppose de lever les barrières existantes – qu'elles soient financières, administratives, informationnelles ou liées à des pratiques discriminatoires.

12 Garantir un accès rapide, effectif et continu à une couverture maladie pour chaque femme enceinte, mère et nouveau-né. Cela suppose notamment de :

- **Mettre en place des procédures d'ouverture de droits simplifiées et accélérées**, avec des délais d'instruction courts et sans délai de carence, afin de garantir une prise en charge des soins périnataux dès le début de la grossesse. Il est également nécessaire de clarifier les modalités de dépôt des dossiers et de limiter le nombre de pièces justificatives exigées.
- Dans cette perspective, **exclure les femmes enceintes et mères de nouveau-nés des dispositions introduites par le décret n°2926-67 du 6 février 2026 relatif aux modalités d'admission des**

¹¹ – Crequit S, Bierry G, Maria P, Bouali S, La Tour AD, Sghouar N, Renevier B., 2023, "Use of pregnancy personalised follow-up in case of maternal social vulnerability to reduce prematurity and neonatal morbidity". BMC Pregnancy Childbirth, 23(1): 289.

demandes d'aide médicale d'État (AME) prévoyant une obligation de fournir un document d'identité comportant une photo d'identité, considérant que cela peut constituer un frein supplémentaire à l'accès à l'AME et entraîner un renoncement aux soins.

- **Assurer un renouvellement systématique et anticipé des droits jusqu'à la fin du suivi post-natal**, afin de prévenir toute rupture dans le parcours de soins en cas de fin de droits.
- **Systématiser le rattachement du nouveau-né à la couverture maladie de ses parents, via une procédure automatisée et intégrée au circuit de déclaration de naissance**, afin de sécuriser la continuité des soins particulièrement importante à cette période, notamment pour la vaccination obligatoire.
- En parallèle, dans le cadre de la future convention d'objectif de gestion (COG) entre la CNAM et l'État, **renforcer les actions « d'aller vers » en direction des femmes enceintes en situation de grande précarité**, et donner les moyens aux CPAM de déployer des équipes mobiles et des permanences d'accès aux droits au sein des lieux d'hébergement et dispositifs de veille sociale.

13 Systématiser le recours à l'interprétariat professionnel pour améliorer la prise en charge sociale et en santé des personnes allophones, en renforçant les moyens dédiés (via les ARS), en simplifiant et harmonisant les procédures d'accès aux services d'interprétariat, et en sensibilisant et formant les professionnel·le·s de la santé à l'utilisation de ces services.

14 Poursuivre les efforts de développement de la médiation en santé, notamment en soutenant, grâce à des financements dédiés et pérennes, le recrutement de médiateur·rice·s santé au sein des structures d'hébergement accueillant des femmes en situation de pré et post-maternité.

15 Soutenir l'autonomie des femmes dans leurs démarches de santé en développant la littératie en santé. Cela implique, entre autres, de développer et rendre accessibles des contenus fiables et compréhensibles sur la santé périnatale, sexuelle et reproductive, diffusables par divers canaux, traduits en plusieurs langues et adaptés aux situations de grande précarité. Associer les femmes concernées à leur conception – comme cela a été fait pour l'application NATA¹² – en renforcerait la pertinence et l'accessibilité.

16 Mobiliser le Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) pour renforcer la sensibilisation et la formation (initiale et continue) des professionnel·le·s de la santé sur la non-discrimination, ainsi que sur les enjeux relatifs à la précarité, à la migration et aux violences sexistes et sexuelles.

17 Renforcer l'information des patient·e·s sur la non-discrimination, leurs droits et les voies de recours (saisines du défenseur des droits, voies de signalement et recours juridiques), en rendant obligatoire l'affichage de ces informations dans les lieux de soins et sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne, et en veillant à leur accessibilité sur les supports numériques de santé (dont l'application 1 000 premiers jours). Pour soutenir la santé des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile, un renforcement et une réorganisation de l'offre de soins périnatals, ainsi qu'une amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge sont indispensables. Cela implique de renforcer les maternités publiques et les services pédiatriques hospitaliers, ainsi que de consolider et sécuriser les financements de la PMI, dont les missions en matière de prévention et de repérage précoce des vulnérabilités sont essentielles dans l'approche des 1 000 premiers jours. Il est par ailleurs nécessaire de renforcer l'offre de soins en santé mentale et en santé sexuelle et reproductive afin de garantir une prise en charge holistique et adaptée des femmes et nouveau-nés.

Pour soutenir la santé des femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile, un renforcement et une réorganisation de l'offre de soins périnatals, ainsi qu'une amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge sont indispensables. **Cela implique de renforcer les maternités publiques et services pédiatriques hospitaliers, ainsi que de consolider et sécuriser les financements de la PMI**, dont les missions en matière de prévention et de repérage précoce des vulnérabilités sont essentielles dans l'approche des 1 000 premiers jours. Il est par ailleurs nécessaire de **renforcer l'offre de soins en santé mentale et en santé sexuelle et reproductive afin de garantir une prise en charge holistique et adaptée des femmes et nouveau-nés.**

¹² - NATA : application grossesse | Samusocial de Paris

ENJEU 4

Améliorer les conditions matérielles d'hébergement et lutter contre la précarité alimentaire

Nombreuses des préconisations qui composent le discours de santé publique autour des 1 000 premiers jours¹³ restent aujourd'hui inapplicables pour les familles sans domicile en raison de leurs conditions de vie. Au-delà de la mise à l'abri et de l'accès à un parcours d'accompagnement et de soins, il importe d'agir sur l'environnement dans lequel évoluent les femmes et leurs jeunes enfants, en particulier sur leur alimentation et leurs conditions matérielles d'hébergement, qui constituent des déterminants majeurs de la santé.

18 Comme recommandé dans le [document inter associatif « Pour une amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des enfants et familles hébergées »](#)¹⁴, **élaborer et mettre en œuvre un plan de transformation des nuitées hôtelières** permettant une réduction progressive des nuitées et un redéploiement des moyens financiers pour développer des solutions d'hébergement plus qualitatives (prioritairement en CHRS) et adaptées aux besoins des familles.

19 Dans l'intervalle, favoriser l'amélioration des prestations fournies par les établissements hôteliers. Cela peut passer par :

- **L'élaboration d'un cahier des charges national** pour les nuitées hôtelières mobilisées dans le cadre de l'hébergement d'urgence, définissant un socle minimal de prestations adaptées aux besoins des familles – notamment en matière d'alimentation et de santé – et prévoyant un contrôle régulier des conditions matérielles d'accueil par des équipes dédiées.
- **Le recours à des marchés publics pour l'achat des nuitées** afin de limiter les coûts et de sécuriser la contractualisation.
- **La création d'un statut de l'hôtellerie sociale**, pour clarifier les règles applicables et assurer aux femmes enceintes et familles hébergées les mêmes droits qu'en centre d'hébergement.

20 Soutenir, par des financements dédiés, le développement de dispositifs d'aide alimentaire et de cuisines partagées à proximité des lieux d'hébergement, en priorité dans les territoires les moins bien dotés relativement aux besoins des personnes sans domicile. Renforcer, au sein de ces dispositifs, la prise en compte des besoins nutritionnels spécifiques des femmes enceintes, des mères allaitantes et des jeunes enfants, en adaptant l'offre alimentaire et les pratiques d'accompagnement aux exigences des 1 000 premiers jours.

21 Afin de garantir l'effectivité du droit à l'alimentation en hébergement hôtelier, conformément à l'article L345-2-2 du CASF qui prévoit que les personnes hébergées doivent bénéficier de prestations assurant le gîte et le couvert, **mettre en place la distribution de chèques-service aux ménages à l'hôtel – en particulier aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux familles nouveau-nés** – afin de leur permettre d'accéder à une alimentation diversifiée, choisie et adaptée durant les 1 000 premiers jours. La distribution de chèques-service pourrait être complétée par des supports de sensibilisations relatifs aux pratiques alimentaires favorables à la santé durant les 1 000 premiers jours, élaborés avec les personnes concernées afin d'en garantir l'adéquation, l'appropriation et l'opérationnalité.

¹³ - 1000-premiers-jours.fr/fr/en_pratique

¹⁴ - Action contre la Faim, Armée du Salut, Collectif des Associations pour le Logement, Comede, Emmaüs Solidarité, Equalis, Fédération des acteurs de la solidarité, Fondation pour le Logement des Défavorisés, Groupe SOS, Samusocial de Paris, Secours Catholique & UNICEF France. (2025, octobre). Propositions interassociatives pour une amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des enfants et familles hébergés. https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2025/09/ENFANTS-HEBERGES_Propositions-interassociatives_VF.pdf

Contributions

Directrices de publication

Adeline HAZAN, UNICEF France
Vanessa BENOIT, Samusocial de Paris
Clélia GASQUET-BLANCHARD, Réseau Solipam

Rédaction

Corentin BAILLEUL, Julie LIGNON, UNICEF France
Clémence BIN, Sarra CHEKLAB, Caroline DOUAY,
Clémence MORTEROL, Lison RAMBLIERE,
Samusocial de Paris
Clélia GASQUET-BLANCHARD,
Maria IASAGKASVILI, Solipam

Design graphique

Lucille BOTTI, graphicplume.fr

Photos

© Pauline GAUER

UNICEF France

Comité français pour l'UNICEF
Association loi 1901 reconnue d'utilité publique
3 rue Duguay Trouin 75006 Paris
www.unicef.fr

Samusocial de Paris

Groupement d'Intérêt Public
15 rue Jean-Baptiste Berlier Hall B 75013 Paris
www.samusocial.paris

Réseau Solipam

Association loi 1901
52 rue Richer, 75009 Paris
www.solipam.fr

Mai 2026



samusocialParis

unicef 
pour chaque enfant