

4. RENFORCER LA PRISE EN CHARGE DE LA PÉRINATALITÉ 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 gestационnel. 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-terrance-residentielle>

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

16 https://enp.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'Etat (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 :

- 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
- 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/p/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. DÉTECTOR 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'accentue 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, exiguité, 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 Équipe 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>

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>

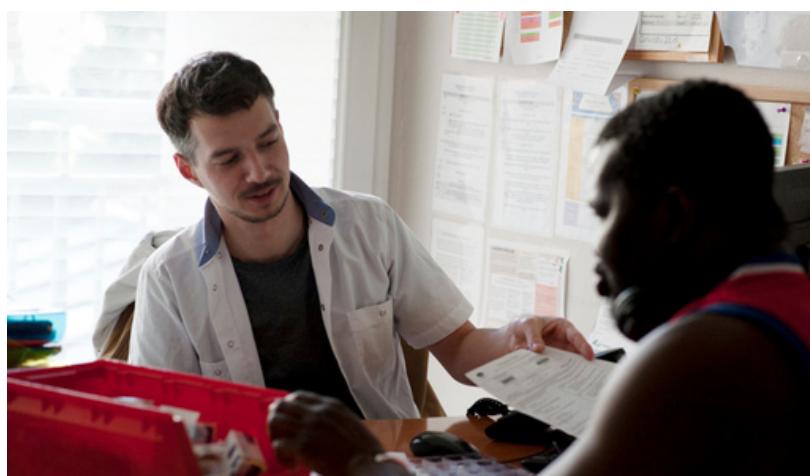
²⁷ ENFAMS - Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : <https://www.samusocial.paris/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france>

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 décloisonnement 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

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