

✚ PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE EN SORTIE D'HOSPITALISATION



**ENQUÊTE
EXPLORATOIRE**

**Observatoire
des
pauvretés
Marseille**

MAI 2026

Réalisation de l'enquête : Clélie Nallet

En collaboration avec : Lucile Montigaud, Maily Lê-Lacanette, Leïa Meimoun

Traitement des données : Clélie Nallet, Maily Lê-Lacanette

Partenariats traitement des données : AP-HM, SIAO13

Mise en page du rapport : Louise-Marie Jouault

Date de la publication : mai 2026



PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

SOMMAIRE



INTRODUCTION 4



PREMIERE PARTIE : OBJECTIVER LES SITUATIONS 14

I. Identifier les patients sans domicile depuis l'hôpital 16

II. Elargir le spectre 27



DEUXIÈME PARTIE : LES SORTIES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES SANS DOMICILE EN QUESTION 37

I. Prises en charge hospitalières des personnes sans domicile 42

II. Les dispositifs d'aval : quel champ des possibles ? 51

III. Les parcours de prise en charge depuis le terrain 65



TROISIEME PARTIE : LES SORTIES DE MATERNITÉ : UN ENJEU DE TAILLE SANS CIRCUIT DÉDIÉ 76

I. Les prises en charge au sein des maternités 79

II. Les dispositifs d'aval : quel champ des possibles ? 82



QUATRIÈME PARTIE : PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES 91

Bibliographie 106

Sigles et acronymes 107

Remerciements 109

INTRODUCTION



+ L'hospitalisation : un moment charnière

L'hospitalisation constitue fréquemment **un moment déterminant dans les parcours de vie et de soin** des personnes sans domicile. Elle peut représenter un véritable point de bascule, dont les effets peuvent être aussi bien bénéfiques que défavorables.

Un tremplin vers le mieux :

Dans certaines situations, l'hospitalisation permet **une prise en charge globale**, à la fois sanitaire et sociale. Une personne vivant à la rue au moment de son admission peut, par exemple, être orientée **vers un dispositif d'hébergement ou médico-social adapté** à sa sortie. Elle accède alors non seulement à un toit, mais également à un accompagnement structuré dans son parcours de soins.

L'hospitalisation joue ainsi un rôle de « **rattrapage** », en offrant une opportunité de stabilisation et de réengagement dans des dispositifs de droit commun.

Une phase de rupture et de fragilisation :

À l'inverse, l'hospitalisation peut aussi entraîner **une dégradation de la situation sociale, voire provoquer une rupture brutale**. Certaines personnes se retrouvent sans solution d'hébergement à leur sortie, parfois pour la première fois.

La fin d'un hébergement chez un tiers en constitue un exemple fréquent. Par exemple, une personne hospitalisée durant une semaine et hébergée chez une connaissance peut trouver porte close à son retour de l'hôpital. De même, un sous-locataire sans bail peut perdre son logement pendant son hospitalisation. Cette vulnérabilité est particulièrement marquée pour les femmes sortant de maternité, dont la situation familiale

évolue, rendant certains hébergements inadaptés ou impossibles.

On peut parler de **phase critique**, dans la mesure où les arrangements informels, souvent précaires, deviennent alors particulièrement incertains.

Ce type de rupture peut également survenir **au sein même des structures d'hébergement**, notamment en cas d'hospitalisation longue ou de durée indéterminée, ou encore lorsque la composition familiale évolue sans que la prise en charge ne soit ajustée.

Quand la situation demeure inchangée :

Dans certains cas, toutefois, **l'hospitalisation ne modifie pas la situation initiale**. Une personne sans abri peut retourner à la rue, faute d'avoir été identifiée comme telle durant

son séjour, en raison du manque de places disponibles, ou parce que les solutions proposées ne correspondent pas à ses besoins. De même, une personne hébergée à l'hôtel

social ou vivant dans un logement insalubre peut se retrouver dans des conditions incompatibles avec la continuité des soins : absence d'ascenseur, impossibilité de

conserver un traitement au frais, insécurité sanitaire, etc. Ces situations compromettent souvent la stabilisation de l'état de santé et **favorisent les rechutes**.

→ Dans ces deux derniers scénarios, le **coût humain** est considérable – mais il est également **social et économique**.

→ L'hospitalisation **redéfinit** ainsi le parcours de la personne.

Nous faisons **l'hypothèse que ces situations engendrent des coûts élevés pour les finances publiques** : prolongation des séjours hospitaliers dans l'attente d'une solution adaptée, réhospitalisations liées à des conditions de vie incompatibles avec le suivi médical, recours accru aux services d'urgence.

Pour les personnes sans domicile, elle peut **ouvrir la voie à un accompagnement renforcé** ou, au contraire, **accentuer les vulnérabilités existantes**. Les effets qu'elle produit, tant sur la santé que sur le plan social et économique, soulignent **l'importance de décrypter finement ce qui se joue à ce moment clé du parcours**.

✚ Périmètre de l'enquête

Le sans-domicilisme comme continuum

L'enquête porte sur les personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation, **qu'elles soient déjà sans domicile au moment de leur admission ou qu'elles le deviennent au cours de leur séjour**.

Dans la continuité de nos travaux précédents (Observatoire des pauvretés, 2025), nous mobilisons **la notion de sans-domicilisme** (Loison, 2023), qui invite à penser l'absence de domicile non comme un état stable ni comme une catégorie homogène, mais comme **une situation évolutive et plurielle**.

Les personnes concernées alternent fréquemment entre **différentes formes précaires d'habitat** — rue, hébergement d'urgence, hébergement chez un tiers, squat, hôtel social, etc. — dessinant ainsi **un continuum du sans-domicilisme**. Par commodité de langage, le terme de « personne sans domicile » sera employé de manière générique dans l'enquête pour désigner l'ensemble des situations relevant de ce continuum.

Le terrain d'enquête confirme cette complexité et l'instabilité des situations observées. L'hospitalisation peut constituer un **point de bascule** : elle révèle parfois une précarité jusque-là peu visible ou contribue à aggraver une fragilité déjà présente. Les trajectoires sont

souvent marquées par **des transitions rapides d'une forme d'habitat à une autre**. Certaines situations, telles que le squat ou l'hébergement informel chez un tiers, restent par ailleurs difficiles à identifier et échappent en partie aux catégories statistiques traditionnelles, ce qui complique leur prise en compte institutionnelle. En outre, **la question de la continuité des soins** conduit à élargir le périmètre de l'analyse. Une personne vivant dans un habitat inadéquat ou instable peut voir son état de santé — et sa situation sociale — se dégrader rapidement, jusqu'à basculer vers une situation de sans-domicilisme. Cette dynamique renforce l'idée d'un continuum des situations, dans lequel les frontières entre

précarité résidentielle et absence de domicile sont **poreuses et évolutives**.

Dans ce contexte, nous avons fait le choix **d'un périmètre large et souple, intégrant un ensemble de situations allant du sans-abrisme à l'habitat incertain ou inadéquat**.

Les catégories mobilisées varient selon les sources de données disponibles et les dimensions analysées ; elles sont systématiquement explicitées afin de rendre compte des choix opérés et de leurs limites.

Les hospitalisations en soins somatiques

Le périmètre de l'enquête est circonscrit aux hospitalisations en soins somatiques, c'est-à-dire aux activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. **Les services de psychiatrie ont été exclus du champ d'étude pour des raisons pragmatiques** : leur analyse supposerait une enquête spécifique, principalement en raison d'un système d'information distinct. Pour autant, les problématiques psychiatriques sont loin d'être absentes des situations étudiées.

Les configurations de polypathologie sont fréquentes, et les dimensions somatiques et psychiques apparaissent étroitement imbriquées dans les parcours observés. Ainsi, si le périmètre institutionnel de l'enquête est clairement délimité, **les enjeux de santé mentale traversent en filigrane les analyses**. Cette porosité souligne les limites d'un découpage strict entre systèmes de prise en charge.

✚ L'objet d'étude : les parcours de prise en charge

La sortie d'hospitalisation ne peut être pensée isolément : elle s'inscrit dans un parcours plus large de prise en charge sanitaire et sociale.

Notre porte d'entrée est l'hôpital, et l'enquête s'intéresse à la manière dont les personnes sans domicile y sont repérées et prises en charge. La grande majorité d'entre elles arrivent en unité d'hospitalisation par le service des Urgences, les hospitalisations programmées demeurant rares pour ce public.

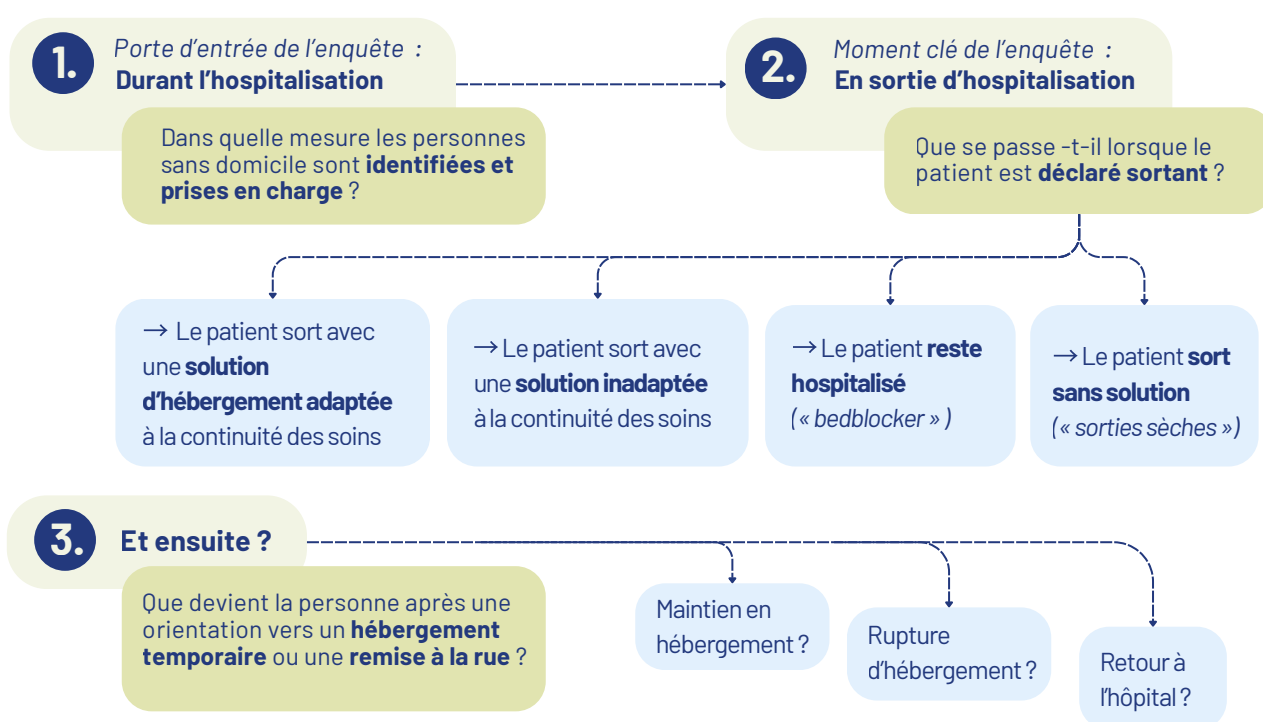
Le moment central de l'étude est celui de la sortie d'hospitalisation. Que se passe-t-il lorsqu'un patient sans domicile est « déclaré sortant » ? Dans le vocabulaire hospitalier, cette expression désigne la situation dans laquelle l'équipe médicale estime que l'état de santé du patient ne nécessite plus une hospitalisation et que sa sortie peut être organisée.

À partir de ce point, plusieurs trajectoires se

dessinent. Certains patients sortent vers un hébergement adapté, permettant la continuité de leurs soins. D'autres rejoignent un **hébergement non adapté**, ce qui peut compromettre le suivi médical et social et entraîner des réhospitalisations. Certains **restent à l'hôpital** le temps d'être orientés vers une solution appropriée (les « **bed blockers** »), tandis que d'autres sortent sans aucune solution d'accompagnement, de suivi médical ou social (les « **sorties sèches** »).

L'enquête s'intéresse également au **moment « de l'après »**. En effet, les solutions inadaptées peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé et des hospitalisations répétées, et les solutions adaptées, souvent temporaires, laissent la suite du parcours incertaine.

Décrypter les (dys)fonctionnements des circuits de prise en charge



La **problématique des sorties de maternité des femmes sans domicile** s'inscrit quant à elle dans une autre logique. En pratique, une « **sortie sèche** » avec un nouveau-né est écartée et une solution d'hébergement est identifiée avant la sortie. Pour autant, l'enjeu de la prise en charge demeure central. Il se situe moins dans l'absence d'orientation que

dans **les conditions de son élaboration et des réalités des dispositifs d'aval mobilisables** : la temporalité du repérage de la situation sociale, l'anticipation de l'accompagnement, la disponibilité de places dans les dispositifs d'aval, l'adaptation de ces derniers aux différentes situations (composition familiale, problématiques sociales et sanitaires, etc.).

✚ Ancrages et objectifs de l'enquête exploratoire



Les enquêtes exploratoires de l'Observatoire des pauvretés de Marseille visent à **produire des connaissances, aux angles morts des études et statistiques existantes**, orientées **vers l'action** et nourries par les **dynamiques locales** et l'expertise des **acteurs de terrain**.

Les sujets de ces enquêtes sont discutés et validés de manière collective par la gouvernance partagée de l'Observatoire des pauvretés - réunissant acteurs publics, associatifs et scientifiques - au regard des critères de priorisation suivants :

1

Le sujet répond-il à des besoins identifiés par des acteurs de terrain et les parties prenantes de l'Observatoire des pauvretés ?

2

Existe-t-il des leviers d'action au niveau local pour permettre d'agir à partir des données et des recommandations qui pourront être produites ?

3

S'inscrit-il dans la continuité des dynamiques locales et en complémentarité des données existantes ? Correspond-il à un angle mort ?

C'est dans cette optique que le sujet de la première enquête de l'Observatoire a été défini et validé autour des parcours de prise en charge des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation en novembre 2024. Les différentes parties prenantes de l'Observatoire des pauvretés se sont accordées sur la pertinence de travailler sur ce **sujet d'ampleur et pourtant peu documenté**, porteur de **leviers d'action** à mobiliser à l'échelle locale et s'appuyant sur des **dynamiques d'acteurs** préexistantes.

Cette enquête s'inscrit effectivement dans la **continuité des travaux du dispositif ASSAb**, un

projet de mise en réseau visant à **faciliter l'accès aux droits et aux soins**, ainsi que la **continuité des soins** pour les personnes sans abri à Marseille.

Depuis 2019, ASSAb travaille sur les problématiques liées aux sorties d'hospitalisation des personnes sans abri, en lien avec les acteurs médico-sociaux concernés. Les remontées de terrain ont permis de mettre en lumière des dysfonctionnements qui compromettent une prise en charge satisfaisante et la continuité des soins.

Plusieurs problématiques ont été identifiées localement :

→ **La coordination complexe entre les acteurs impliqués** : services d'hospitalisation, services sociaux hospitaliers, 115, structures d'hébergement d'urgence collectives, établissements médico-sociaux, équipes

mobiles. Pour y répondre, ASSAb a constitué des groupes de travail réunissant ces acteurs une fois par trimestre. Cela a permis des avancées significatives, notamment la co-construction d'une procédure centralisant les

demandes d'hébergement via le 115 pour les personnes sans abri en sortie d'hospitalisation nécessitant des soins légers. L'enquête s'attache notamment à suivre et évaluer ces avancées et à en tirer des enseignements opérationnels.

→ La difficulté à quantifier et qualifier les situations concernées freine l'élaboration de solutions adaptées aux enjeux identifiés.

Cette enquête vise à objectiver ces situations et s'articule autour de trois objectifs principaux :

1 Quantifier et qualifier les situations

Il s'agit d'abord de **mieux mesurer et caractériser les situations des personnes concernées**. Celles-ci sont diverses, instables et **largement sous-documentées**. L'absence de repérage systématique des situations au sein des services hospitaliers, conjuguée aux caractéristiques propres aux situations de sans-domicilisme – hétérogènes, évolutives, parfois invisibles et difficilement saisissables par les catégories statistiques usuelles – limite la production de données fiables. Cette lacune concerne à la fois le nombre de personnes touchées et la nature de leurs vulnérabilités sanitaires et sociales.

2 Analyser l'adéquation des réponses

Le deuxième objectif est **d'évaluer l'adéquation entre les besoins identifiés et les réponses apportées**. Il s'agit d'établir un état des lieux des dispositifs existants et d'identifier, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, les besoins couverts et ceux qui demeurent insatisfaits.

Cette analyse implique d'examiner **les circuits de prise en charge dans leur complexité**, de décrypter leurs fonctionnements et dysfonctionnements. Ceux-ci mobilisent une pluralité d'acteurs issus des champs médical et social, soulevant des enjeux de repérage, de partage d'information, de coordination et de connaissance mutuelle des dispositifs.

3 Identifier des leviers d'amélioration

L'identification de pistes d'action opérationnelles pour améliorer les parcours de prise en charge des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation constitue un volet central de l'enquête. Au-delà du diagnostic, elle vise à **articuler analyse et action**, afin de renforcer la cohérence et l'efficacité des réponses apportées aux personnes concernées.

Dans cet objectif, l'enquête s'appuie sur :

- Un état des lieux des coûts de prise en charge.
- L'analyse d'initiatives mises en place sur d'autres territoires, afin d'inspirer de potentiels déploiements à l'échelle locale.
- La co-construction des recommandations avec l'ensemble des acteurs concernés et la priorisation d'actions concrètes à mettre en œuvre sur le territoire marseillais.

✚ La prise en charge hospitalière des personnes sans domicile : un champ peu documenté

Cette enquête s'inscrit dans un **ensemble de travaux portant sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans domicile**, notamment les rapports institutionnels et les études décrivant l'état de santé et le recours aux soins de ces populations. A titre d'exemple, on peut mentionner les rapports annuels de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde, l'Enquête Sans Domicile (Insee & Ined, 2012), ainsi que l'enquête SAMENTA (Observatoire du Samusocial de Paris & Inserm, 2010). Ces travaux ont permis de mieux caractériser l'état de santé des personnes concernées et les obstacles à l'accès aux soins, **mais ont accordé une attention plus limitée aux modalités concrètes de leur prise en charge hospitalière.**

À Marseille, deux études ont contribué à structurer l'analyse locale de ces enjeux. Le projet TREPSAM (Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille, Farnarier *et al.*, 2015) apporte **des éléments détaillés sur les conditions de vie des personnes rencontrées et sur les obstacles au recours**, à l'accès et à la continuité des soins. Le rapport Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans abri à Marseille (Mannoni, 2021) propose **des pistes d'amélioration organisationnelle et identifie les sorties d'hospitalisation comme un enjeu majeur.** Cette étude, commanditée par la Ville de Marseille, la DDAS des Bouches-du-Rhône et l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte-D'azur, **préfigure le dispositif ASSAb.**

À l'échelle nationale, les recherches spécifiques à la prise en charge hospitalière restent rares. Une étude menée en 2015 par l'AP-HP (Reral-Pierssens *et al.*, 2016), **compare les parcours de patients sans domicile et non sans domicile aux Urgences.** Plus récemment, Mannoury (2024) analyse dans sa thèse au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, **les profils des patients « bed blocker » et le fonctionnement d'un dispositif dédié à leur accompagnement.**

La littérature internationale fournit des données plus abondantes sur les admissions hospitalières et les conditions de prise en charge (voir Russolillo *et al.*, 2016 au Canada ; Field *et al.* 2019 au Royaume Uni), ainsi que sur les **problématiques des réadmissions hospitalières et des passages aux Urgences** (voir Miyawaki *et al.*, 2020 aux Etats-Unis ; Lewer *et al.*, 2021 en Angleterre; Malden *et al.*, 2023 en Ecosse). Les différences d'organisation des systèmes de santé limitent toutefois les possibilités de comparaison directe.

Dans ce contexte, notre enquête, centrée sur les parcours de prise en charge des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation, **s'inscrit dans une perspective exploratoire visant à contribuer à la connaissance d'un domaine encore peu documenté en France.**

+ Methodologie

L'enquête repose sur **une méthodologie mixte, articulant approches quantitatives et qualitatives**. Elle s'est construite de manière itérative : au fil du terrain, la démarche a été ajustée en fonction des réalités rencontrées, de la disponibilité des acteurs et de l'accès aux données. Elle s'inscrit également dans une **logique collective et partenariale**, tant dans le recueil et l'analyse des informations que dans l'élaboration des recommandations.

Le terrain d'enquête s'est principalement déroulé **entre avril et octobre 2025**. La **gouvernance partagée** et multi-acteurs de l'Observatoire des pauvretés a joué un **rôle déterminant dans l'accès au terrain et aux données**. L'implication d'**ASSAb** a été centrale pour faciliter les mises en relation et l'accès aux professionnels, tandis que le soutien de la direction de l'**AP-HM** a été décisif pour l'accès aux établissements hospitaliers et aux systèmes d'information.

Objectifs du terrain

Le travail de terrain visait à :



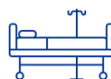
Recenser et analyser les données quantitatives existantes en lien avec la problématique.



Réaliser des immersions au sein de certains services et dispositifs.



Conduire des entretiens avec des professionnels de terrain.



Mener des entretiens avec des personnes concernées, en lien avec ces temps d'observation.

Bilan des travaux menés

Volet quantitatif :

→ Mise en place **d'un protocole de recherche** en partenariat avec le service de santé publique de l'AP-HM afin d'exploiter les données issues de leur système d'information ;

→ Travail sur le **système d'information du SIAO** en partenariat avec l'Observatoire social du SIAO ;

→ **Traitement des données d'activité** de différents services et dispositifs (LHSS/LAM, services sociaux hospitaliers, places 115 « sorties d'hospitalisation », domiciliations, etc.).

Volet qualitatif :

→ **59 entretiens** avec des professionnels (hôpitaux, 115, structures d'hébergement d'urgence, LHSS/LAM, équipes mobiles, PASS, etc.) ;

→ **12 jours d'observation participante** (au sein des services sociaux hospitaliers, des urgences, de structures d'hébergement et de dispositifs médico-sociaux) et **10 entretiens avec des personnes concernées** ;

→ **8 jours de participation aux instances locales** liées à la thématique (groupes de travail ASSAb, réunions des services sociaux hospitaliers, réunions des structures d'hébergement périnatal, etc.).

Les données mobilisées dans le cadre de cette étude ont été traitées conformément au Règlement général sur la protection des données (- UE 2016/679) et à la législation française en vigueur. Les analyses reposent exclusivement sur des données pseudonymisées ou anonymisées, ne permettant aucune identification directe des personnes concernées dans les résultats publiés. Les données produites et traitées par le Service de

santé publique de l'AP-HM ont fait l'objet d'un processus de conformité RGPD validé en interne. Le traitement de ces données s'inscrit dans le cadre d'une mission d'intérêt public de recherche et d'évaluation des politiques publiques, avec des mesures de sécurité et de confidentialité adaptées. Aucune donnée nominative n'est présentée dans cette publication.

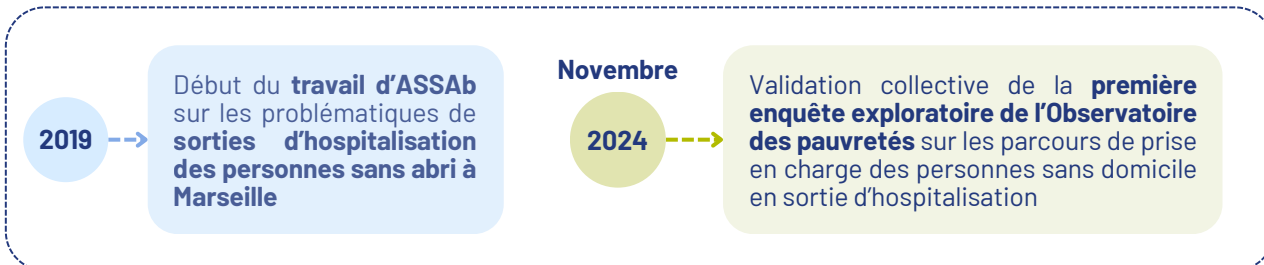
Co-construction des pistes d'action :

Un document présentant les premiers résultats de l'enquête a été publié en octobre 2025. Sur cette base, **un travail de co-construction des recommandations a été engagé** : diffusion du document, présentations auprès des acteurs concernés et mise en place de groupes de travail dédiés. Parallèlement, des rencontres ont été organisées avec des acteurs institutionnels clés afin d'échanger des

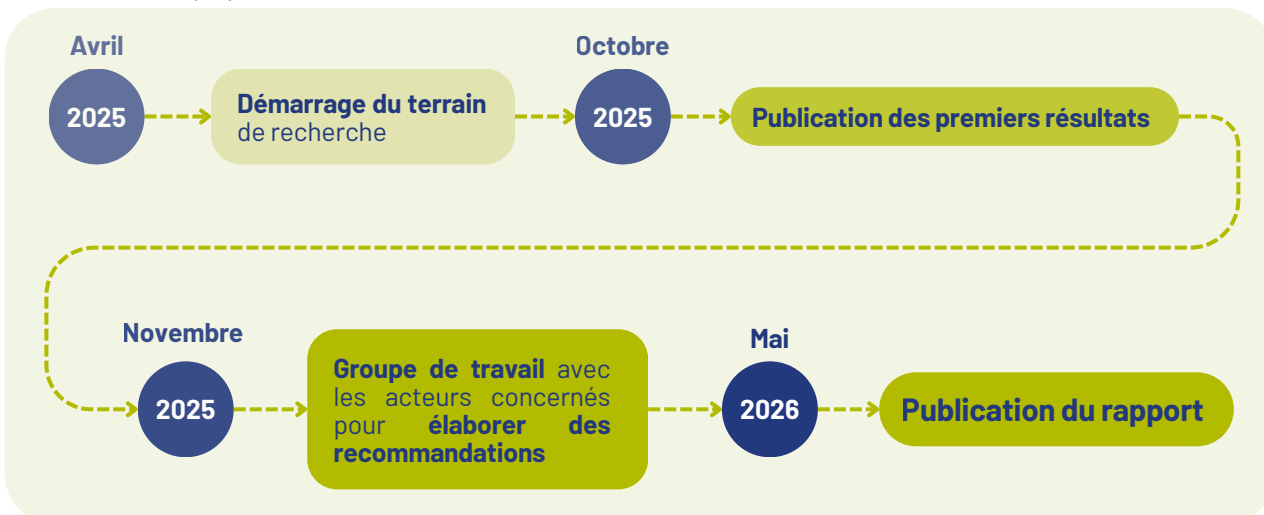
constats et des propositions, et d'identifier les marges de manœuvre existantes.

Enfin, compte tenu de **l'intérêt marqué pour les enjeux spécifiques liés aux sorties de maternité des femmes sans domicile**, le terrain s'est poursuivi début 2026 sur cette thématique, donnant lieu à des approfondissements complémentaires.

Dates clés



Déroulement du projet



I. OBJECTIVER LES SITUATIONS



Quantifier et qualifier des **situations qui échappent largement aux statistiques**

Introduction

Évaluer le nombre de personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation constitue un exercice complexe. Les difficultés rencontrées tiennent à plusieurs facteurs. D'une part, les situations de sans-domicilisme sont **hétérogènes, mouvantes et souvent invisibles**, échappant fréquemment aux catégories statistiques usuelles (voir Peretti (2006), Marpsat & Yaouancq (2016), Loison (2023)). D'autre part, le **repérage de ces situations** au cours du séjour hospitalier n'est pas systématique, ce qui limite la production de données fiables et exhaustives. Enfin, certaines situations restent invisibles du fait du **non-recours** aux dispositifs d'accompagnement, par exemple en raison de la saturation du 115 ou d'autres dispositifs d'aval.

Dans ce contexte et face à une littérature limitée sur le sujet en France, **la présente étude adopte une démarche résolument exploratoire**, visant à identifier et à caractériser les situations de sans-domicilisme et d'habitat incertain ou inadéquat en sortie d'hospitalisation. Cette première partie s'attache à explorer et décrypter les données quantitatives mobilisables sur le sujet.

La première sous-partie se concentre sur la problématique du **repérage de ces situations à l'hôpital**. Si les systèmes d'information hospitaliers existent, ils n'avaient jusqu'alors jamais été mobilisés spécifiquement sur cette thématique. L'analyse repose sur une **exploration inédite des données du PMSI** (Programme de médicalisation des systèmes d'information) de l'AP-HM, réalisée en partenariat avec le service de santé publique de ces établissements.

Dans la **deuxième sous-partie**, les données hospitalières sont mises en perspective avec d'autres sources existantes, notamment les informations relatives aux **demandes d'hébergement d'urgence émises depuis l'hôpital** et enregistrées dans le **système d'information du SIAO** (SI-SIAO – Système d'information du Service intégré d'accueil et d'orientation), dans le cadre d'une collaboration avec l'Observatoire social du SIAO. L'étude mobilise également des **données d'activité** provenant de différents dispositifs de prise en charge, permettant d'approcher les volumes et de mieux caractériser les profils des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation.

Les résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence. Les données issues des systèmes d'information dépendent de la manière dont les situations sont repérées et renseignées, et ne reflètent pas toujours l'évolution des parcours. Les pratiques de recueil varient selon les services et les équipes, et certaines situations restent invisibles en raison du non-recours aux dispositifs ou de leur saturation. **L'ensemble de ces éléments conduit à une sous-estimation probable des situations**, malgré les efforts méthodologiques déployés dans le cadre de l'enquête pour les identifier et les documenter.

✚ I. Identifier les patients sans domicile depuis l'hôpital

Cette première sous-partie présente un travail exploratoire inédit **d'analyse du système d'information des établissements hospitaliers**, visant à identifier des patients sans domicile. Menée en partenariat avec le **service de santé publique de l'AP-HM**, cette démarche s'inscrit dans une logique d'**exploration de données jusqu'alors peu mobilisées à cette fin**. Elle a pour objectifs d'**estimer l'ampleur** que représentent ces situations au sein des établissements hospitaliers et de mieux caractériser les **profils des personnes**

concernées, en apportant un **éclairage quantitatif original sur des réalités encore insuffisamment documentées**. Les résultats sont présentés selon différentes thématiques et problématiques : d'une part, **les personnes hospitalisées en services de médecine et de chirurgie** ; d'autre part, **les situations observées en maternité**. Plusieurs enjeux relatifs au sans-domicilisme et aux problématiques liées à l'habitat seront également analysés.

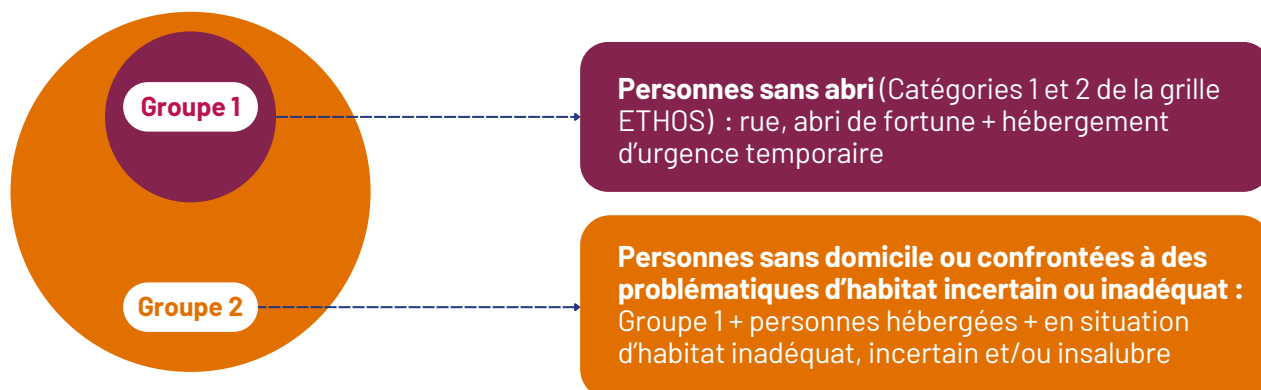
1. Méthodologie

Un protocole méthodologique a été élaboré conjointement par l'Observatoire des pauvretés et le service de santé publique de l'AP-HM, avec pour objectif d'**identifier le plus grand nombre possible de situations de sans-domicilisme à partir des données du PMSI**. Afin de garantir la protection des données personnelles, un protocole conforme au RGPD a été mis en place. Le traitement des données a ainsi été réalisé directement au sein du service de santé publique de l'AP-HM.

L'analyse a porté sur le système d'information des unités d'hospitalisation de l'AP-HM, incluant les **hôpitaux Nord, de la Timone, de la Conception et Sainte-Marguerite**. Elle s'appuie sur les bases de données du PMSI relatives au champ MCO (médecine, chirurgie,

obstétrique). Ce périmètre exclut les activités de psychiatrie, les passages aux Urgences, les consultations externes, ainsi que les SMR (soins médicaux et de réadaptation) et les HAD (hospitalisations à domicile). Bien que les séances MCO (telles que la chimiothérapie ou la radiothérapie) soient présentes dans les bases, elles ont été écartées lors du traitement des données, l'étude se concentrant sur les hospitalisations. **Les données analysées concernent donc uniquement les patients admis dans les unités d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique de l'AP-HM**.

Dans une logique d'identification large des situations de sans-domicilisme, **le travail s'est appuyé sur la constitution de deux groupes :**



Ces groupes ont été constitués à partir des informations saisies par les professionnels hospitaliers dans le PMSI. En complément de l'identification des dossiers comportant des **codes spécifiques** relatifs aux problématiques de logement, un travail approfondi a été mené

afin de repérer d'autres situations à partir de l'**analyse des adresses renseignées**, permettant ainsi d'élargir l'identification des situations de sans-domicilisme ou d'habitat incertain ou inadéquat.

Nos groupes sont ainsi construits :

Groupe 1

→ Les personnes **sans abri** (catégories 1 et 2 de la grille ETHOS) : personnes vivant dans la **rue** ou en **hébergement d'urgence temporaire**

Ce groupe comprend :

→ Les situations qui ont été renseignées par les services hospitaliers avec les codes suivants :

- Z590 : **Difficultés liées au fait d'être sans abri**
- Z5913 : **Logement en habitat temporaire ou de fortune**

→ Les personnes dont l'**adresse renseignée correspond à un dispositif d'hébergement d'urgence temporaire**.

[Seules les structures d'hébergement d'urgence ne pratiquant pas la continuité de prise en charge en 2024 ont été prises en compte].

Groupe 2

→ Les personnes **sans domicile** ou confrontées à des problématiques d'**habitat incertain ou inadéquat**

Ce groupe comprend :

→ Les personnes du **groupe 1** (personnes **sans abri**, grille ETHOS)

→ Les personnes pour qui les codes suivants ont été renseignés :

- Z5910 : **Logement insalubre ou impropre à l'habitation**
- Z598 : **Autres difficultés liées au logement et aux conditions économiques**
- Z599 : **Difficulté liée au logement et aux conditions économiques**, sans précision
- Z5912 : **Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne**

→ Les personnes dont l'adresse renseignée correspond :

- à des **structures d'hébergement mixtes**, qui disposent de places urgence et de places insertion [L'inclusion de ces adresses permet d'élargir le groupe vers la catégorie sans-domicile au sens de l'INSEE : personnes sans abri ou hébergées dans des centres ou des hôtels à vocation sociale].
- à un **organisme de domiciliation** [La domiciliation permet aux personnes sans domicile stable d'accéder à leurs droits. Les personnes domiciliées peuvent vivre dans des situations différentes — à la rue, hébergées chez un tiers, en squat, par exemple — mais partagent toutes une situation d'instabilité résidentielle].

Points de vigilance



Les données issues du PMSI **ne sont pas exhaustives**, notamment en raison de difficultés liées au repérage des situations et à la saisie des informations :

1

Le repérage des situations des personnes sans domicile durant le temps de l'hospitalisation n'est pas systématique

En cause :

Des durées de séjour relativement courtes

La situation n'est pas toujours évoquée spontanément par la personne ni systématiquement **questionnée** par les professionnels de l'hôpital

2

Lorsqu'une situation est identifiée, elle n'est pas systématiquement renseignée dans le PMSI et, lorsqu'elle l'est, les modalités de saisie restent hétérogènes

Cette variabilité s'explique par **la multiplicité des acteurs impliqués dans le renseignement des situations des patients** (médical, social, services techniques), ainsi que par des **pratiques hétérogènes** selon les services, liées aux conditions de travail, à la charge des équipes et à l'importance accordée à cette information dans le cadre du système tarifaire hospitalier.

A noter : en 2025, les services sociaux des hôpitaux de l'AP-HM se sont progressivement mobilisés pour renseigner plus systématiquement les codes liés à la précarité sur les dossiers des patients rencontrés, ce qui devrait permettre une amélioration de l'exhaustivité des données pour l'année 2025.

3

L'information renseignée dans le système d'information à un moment donné ne reflète pas nécessairement la situation actuelle de la personne.

Les données saisies ont un caractère figé et ne prennent pas toujours en compte l'évolution des situations, ce qui est particulièrement prégnant pour les situations de sans-domicilisme, souvent marquées par des parcours d'errance complexes, évolutifs et non linéaires.

Ainsi, malgré le travail mené à partir de l'analyse des adresses afin d'élargir le repérage des situations, les données présentées ci-dessous **ne peuvent être considérées comme exhaustives. Elles rendent compte a minima des situations identifiées.**

2. Résultats obtenus

Rappel du périmètre :

- Hôpitaux de l'AP-HM (Nord, Timone, Conception, Sainte Marguerite)
- Personnes admises en unité d'hospitalisation, hors passage aux Urgences et hôpital psychiatrique

Informations non exhaustives, données a minima

Ce travail de collecte a permis de repérer, au total sur l'année **2024**, **2356 séjours** de personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat, correspondant à **1286 personnes**. Parmi ces séjours, **1077 concernent des personnes sans abri**, soit **579 personnes**. L'écart entre le nombre de séjours et le nombre de personnes s'explique par le fait qu'une même personne peut effectuer plusieurs séjours. À l'échelle de l'ensemble des patients pris en charge par l'AP-HM sur l'année, les **groupes 1 et 2 représentent respectivement 0,4% et 1% de la patientèle**. Le tableau 1 présente les effectifs globaux des personnes repérées selon leur situation de logement et la méthode de repérage utilisée.

Les résultats montrent **que le travail de repérage à partir des adresses a contribué de manière significative à l'enrichissement de l'échantillon**. Ainsi, parmi les personnes sans abri, 164 individus supplémentaires ont pu être inclus grâce aux adresses des structures d'hébergement d'urgence temporaires. Du côté des personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat, **l'effectif a plus que doublé du fait de l'exploitation des adresses de certaines structures d'hébergement et d'organismes de domiciliation**, permettant l'intégration de 679 personnes supplémentaires.

Figure 1 : effectifs des personnes du groupe 1 et du groupe 2 selon leur méthode d'identification. Personnes admises en unité d'hospitalisation au sein des hôpitaux de l'AP-HM (hors services psychiatriques)

	Année complète 2024		Premier trimestre 2025	
	Nombre de séjours	Nombres de personnes	Nombre de séjours	Nombres de personnes
Personnes sans abri	1 077	579	314	214
Repérées grâce au remplissage des codes		349		160
Repérées grâce au recodage des adresses		164		29
Repérées grâce aux deux méthodes		66		25
Personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat	2 356	1 286	688	489
Repérées grâce au remplissage des codes		534		282
Repérées grâce au recodage des adresses		679		179
Repérées grâce aux deux méthodes		73		28

Source : service de santé publique de l'AP-HM

Les profils des personnes repérées ainsi que les caractéristiques de leurs séjours dans les services d'hospitalisation somatique des hôpitaux de l'AP-HM seront analysés par grands types d'activité : **la médecine et la chirurgie d'une part, et les maternités d'autre part** (obstétrique et néonatalogie). Le tableau 2

présente **les effectifs correspondant à ces domaines d'activités**, ainsi que ceux relatifs aux séances (chimiothérapie, radiothérapie, transfusions, hyperbarie, dialyse, hémaphérèse). Dans la mesure où l'étude porte sur les hospitalisations, **les séances ne seront pas prises en compte dans la suite de l'analyse.**

Figure 2 : répartition en médecine, chirurgie, obstétrique et néonatalogie des personnes du groupe 1 et du groupe 2 admises en unité d'hospitalisation au sein des hôpitaux de l'AP-HM

Année 2024				
	Médecine ou chirurgie	Maternités		Séances
		Obstétrique	Néonatalogie	
Personnes sans abri				
Nombre de patient(e)s	395	154	60	160
Nombre de séjours	765	186	61	29
Personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat				
Nombre de patient(e)s	855	348	132	282
Nombre de séjours	1 616	425	134	179

Source : service de santé publique de l'AP-HM

2.1. Les personnes admises en unité d'hospitalisation de médecine ou chirurgie : profils et caractéristiques des séjours

Les données présentées ci-après concernent les personnes admises en unité d'hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie (hors maternité et séances).

Groupe 1

: personnes sans abri

En 2024, on compte **395** personnes identifiées comme sans abri et hospitalisées au sein des services de médecine et de chirurgie de l'AP-HM.

ET : écart-type. L'écart-type est un indicateur statistique qui mesure la dispersion des valeurs autour de la moyenne. Plus l'écart type est élevé, plus les données sont dispersées ; à l'inverse, un écart type faible indique que les valeurs sont proches de la moyenne.

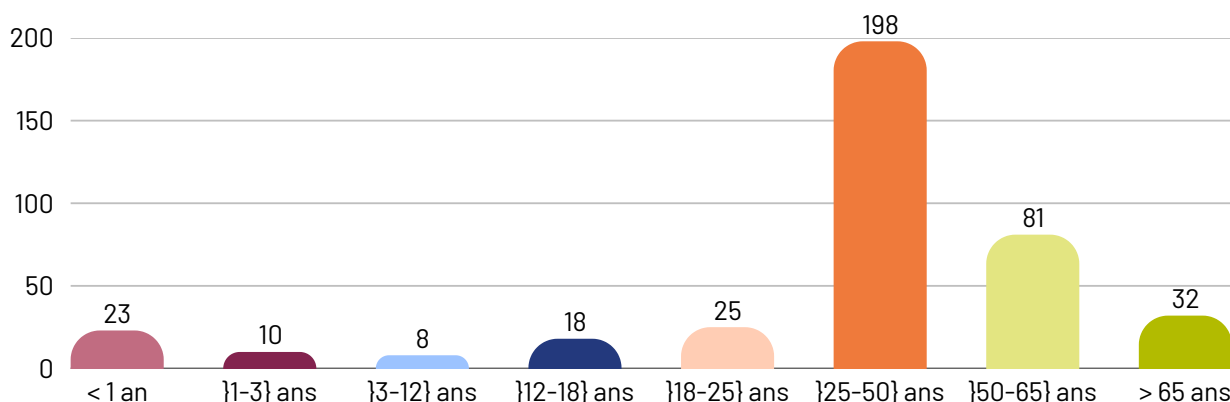
Les profils
La population étudiée est **majoritairement masculine (74%)**, avec un **âge moyen de 39 ans** (ET = 19,4), contrastant avec la patientèle

générale de l'AP-HM au sein des mêmes unités en 2024, où les hommes représentent 53% des patients et l'âge moyen est de 50 ans. Cette différence souligne que la population sans domicile est **plus jeune et davantage masculine que la patientèle globale**.

La figure 3 présente la répartition par classes d'âge dans notre échantillon. Si la majorité des

personnes sont âgées de 25 à 50 ans, on remarque qu'une part significative des patients **(29%) a plus de 50 ans**. Parmi eux, 32 patients sont âgés de 65 ans ou plus. Notons également la présence de **très jeunes enfants** : les moins de 3 ans représentent 8% des patients et parmi eux, 23 ont moins d'un an.

Figure 3 : répartition par classes d'âge des personnes identifiées comme sans abri (groupe 1)



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 395 personnes
Source : service de santé publique de l'AP-HM

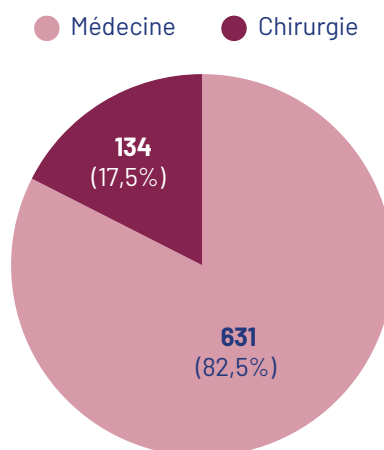
Les séjours

L'échantillon de 395 personnes sans abri a cumulé **765 séjours hospitaliers** au cours de l'année 2024, avec un nombre de séjours variant de 1 à 20 par patient. En moyenne, chaque personne a été hospitalisée **2,2 fois (ET = 2,1)** sur l'année, contre **1,6 séjour en moyenne** pour la patientèle globale de l'AP-HM. Ces résultats indiquent un **recours hospitalier plus fréquent** chez les personnes sans abri.

La majorité des prises en charge s'effectue au sein des **services de médecine**, représentant 83% des situations observées. La **pneumologie** (13%) et le **digestif** (11%) sont les domaines d'intervention les plus représentés. La distribution des pathologies dans notre échantillon est cohérente avec les données issues des études nationales consacrées à la précarité et à l'état de santé. Par exemple, le rapport 2025 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde, fondé sur l'analyse des consultations de

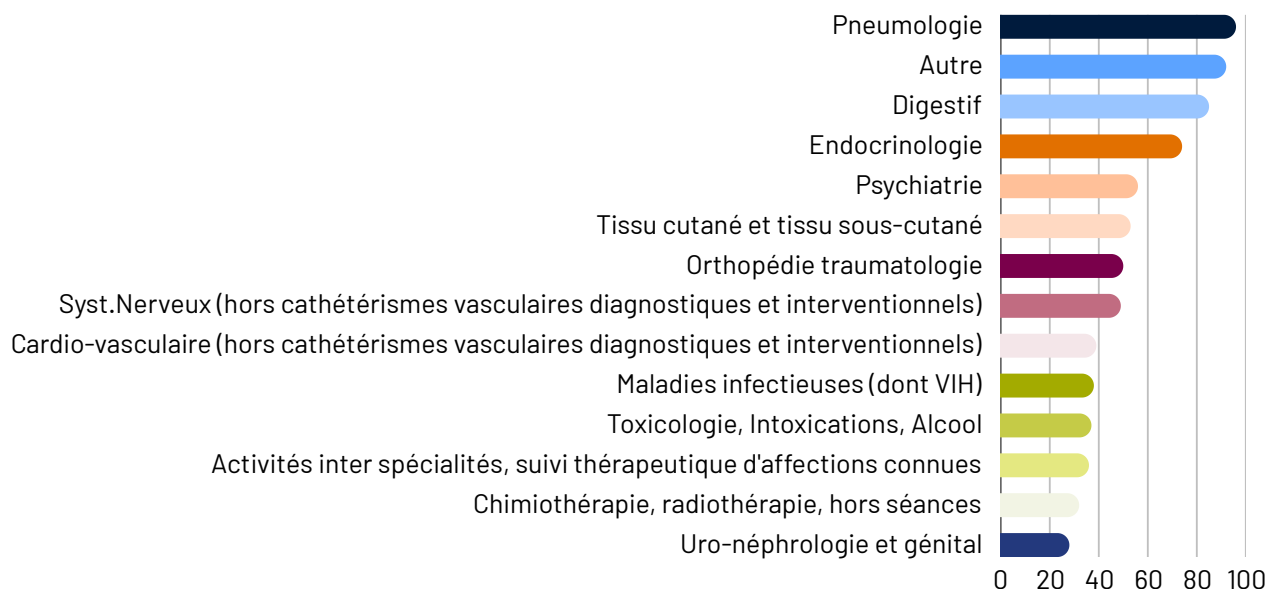
médecine de 7 746 patients en situation de précarité, indique que les patients présentent majoritairement des affections touchant les systèmes digestif, ostéo-articulaire, respiratoire et dermatologique.

Figure 4 : répartition des séjours en médecine ou chirurgie (groupe 1)



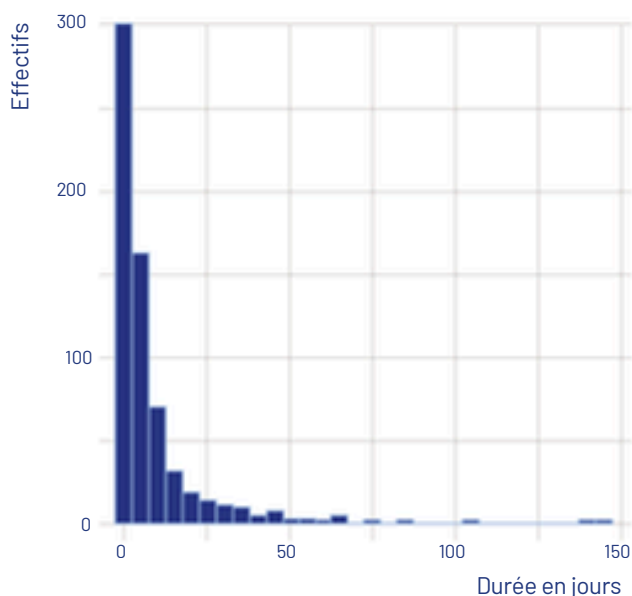
Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 765 séjours
Source : service de santé publique de l'AP-HM

Figure 5 : répartition des séjours selon le domaine d'activité (médecine et chirurgie – groupe 1)



*psychiatrie désigne ici les activités de psychiatrie au sein des unités d'hospitalisation en médecine
Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 765 séjours
Source : service de santé publique de l'AP-HM

Figure 6 : répartition des durées d'hospitalisation observées, hors transferts et décès (groupe 1)



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024.
Source et traitement : service de santé publique de l'AP-HM

Note de lecture : ce graphique montre la dispersion des durées de séjour (en jours) dans notre échantillon. Les barres symbolisent l'effectif des personnes présentant la durée de séjour correspondante.

La durée moyenne des séjours dans notre échantillon de 395 personnes s'élève à **8 jours** (ET = 14,3). Elle est **supérieure à la moyenne** observée pour l'ensemble de la population en région PACA (4,7 jours, ATIH 2025) et pour la **patientèle globale de l'AP-HM (3,3 jours)**. La **durée médiane** de l'échantillon est de **3 jours**, ce qui met en évidence une **distribution très asymétrique** des durées de séjour.

Cette différence importante entre moyenne et médiane traduit la présence de **séjours particulièrement longs** au sein de l'échantillon. La figure 6, qui présente la répartition des durées de séjour (hors transferts et décès), confirme cette tendance : **la majorité des séjours est inférieure à 10 jours**, mais certains épisodes hospitaliers atteignent des durées extrêmes, jusqu'à **143 jours**. Ces observations suggèrent que, bien que la **majorité des hospitalisations soit relativement courte**, un **petit nombre de séjours prolongés** contribue fortement à augmenter la moyenne et l'écart-type.

Les patients sans abri présentent ainsi un **recours hospitalier plus fréquent** et des **durées de séjour plus longues** que la patientèle globale de l'AP-HM et que la population régionale. Les données révèlent également que **certains patients connaissent des hospitalisations particulièrement prolongées**. Ces différences peuvent résulter à la fois de **facteurs médicaux** et sociaux : elles peuvent

refléter des **pathologies** nécessitant des séjours hospitaliers prolongés, mais aussi le **maintien à l'hôpital en l'absence de solution d'aval adaptée**, telle qu'un hébergement ou un établissement médico-social. Ces hypothèses seront explorées plus en détail dans la deuxième partie de ce rapport.

Groupe 2

personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat

Le groupe 2 élargit la perspective en comprenant les personnes sans abri (groupe 1) ainsi que celles pour qui une problématique liée au logement est identifiée par les professionnels hospitaliers (habitat inadapté, inadéquat ou impropre à l'habitation par exemple), ou pour qui l'adresse renseignée correspond à celle d'un organisme de domiciliation ou d'une structure d'hébergement mixte urgence-insertion.

En 2024, on compte **1616 séjours pour 855 personnes** identifiées sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat, admises dans des unités d'hospitalisation en médecine et en chirurgie (hors maternité et séances). **Les caractéristiques et tendances observées** (détaillées dans la figure 7 ci-dessous) **sont similaires à celles du groupe 1**. Le groupe est composé d'une majorité d'hommes, hospitalisés en moyenne 2,1 fois durant l'année. Si la moyenne de durée de séjour est inférieure à celle du groupe des personnes sans domicile (respectivement 6,7 jours et 8 jours), la durée maximale observée s'élève ici à 164 jours.

Figure 7 : caractéristiques des personnes et des séjours du groupe 2 (personnes admises en unité d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux de l'AP-HM, année 2024)

Caractéristiques des personnes	
Âge moyen	37,2 ans (ET = 20,6)
Sexe	
Masculin	70,1%
Féminin	29,9%
Nombre moyen d'hospitalisations par personne	2,1 (ET = 2,2)
Caractéristique des séjours	
Groupe MCO	79,6%
Médecine	20,4%
Chirurgie	
Durée moyenne de séjour	6,7 jours (ET = 13,8)
Moyenne	2,0 (0,0 ; 7,0)
Médiane (Q1 ; Q3)	0,0 : 164,0
Min ; max	

Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 855 personnes et 1616 séjours.
Source : service de santé publique de l'AP-HM

2.2. Profils et séjours au sein des maternités

Les données présentées ci-après concernent les **femmes** prises en charge en **obstétrique** ainsi que les **nouveau-nés** suivis en **néonatalogie** accueillis dans les **maternités publiques de Marseille (Conception et Nord)**.

Les femmes prises en charge en obstétrique

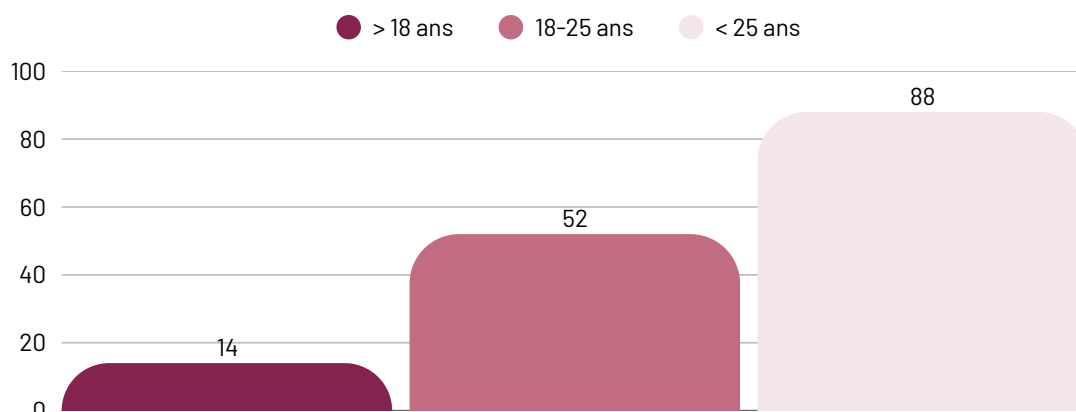


En 2024, **154 femmes sans abri** (groupe 1) et **348 femmes sans domicile ou confrontées à des situations d'habitat incertain ou inadéquat** (groupe 2) ont été identifiées au sein des maternités de l'AP-HM. Les deux groupes présentent des profils proches.

Nous présentons ici les caractéristiques des **femmes sans abri** (groupe 1). Elles sont similaires à celles du groupe 2.

La population étudiée se distingue par sa **jeunesse**. L'âge moyen est de **26,8 ans**, soit un niveau inférieur aux moyennes de référence observées en région PACA (30,8 ans), en France métropolitaine (30,5 ans) (Réseau Méditerranée Périnatalité, 2020) et à l'AP-HM (**30,2 ans en 2024**). La figure 8 présente la répartition par classes d'âge. **Près de la moitié des femmes (43%) ont moins de 25 ans** au moment de l'accouchement. La patiente la plus jeune est âgée de 15 ans, et **14 femmes ont moins de 18 ans**.

Figure 8 : répartition par classes d'âge des femmes identifiées comme sans abri et admises en obstétrique (groupe 1)

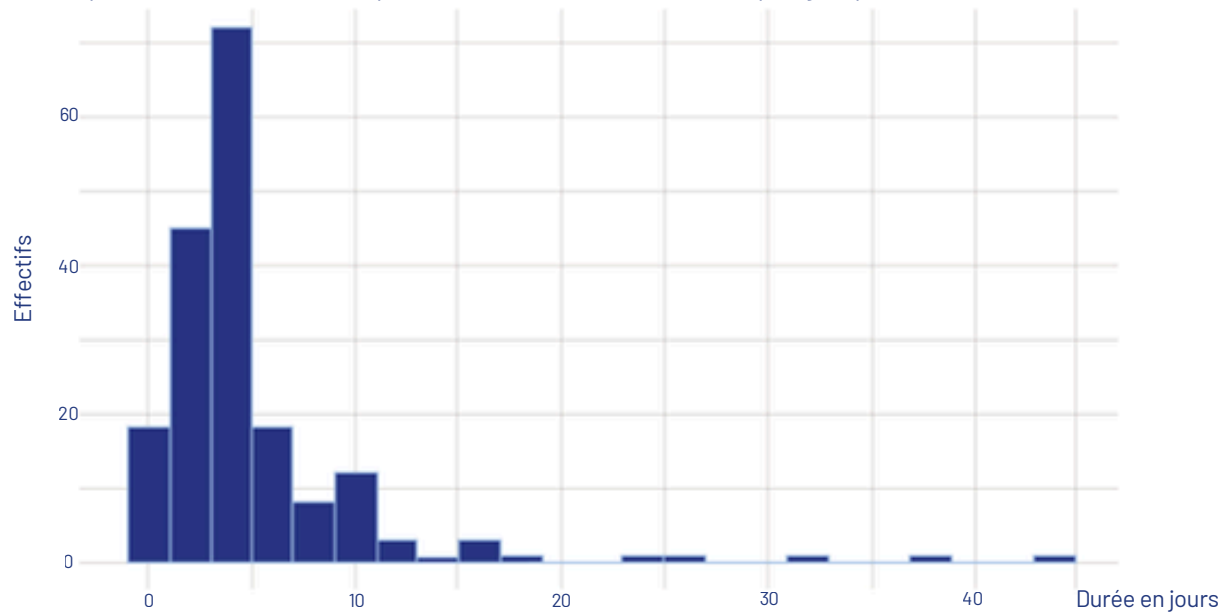


Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 154 femmes.
Source : service de santé publique de l'AP-HM

La **durée moyenne des séjours** des femmes sans domicile en maternité (**5,6 jours**, ET = 5,9) dépasse les références régionales (**3,1 jours**) et la moyenne de l'AP-HM (**3,5 jours**). Contrairement aux services de médecine et chirurgie, les « **sortie sèche** » sont **évitées** : les séjours à la maternité sont prolongés jusqu'à ce qu'une solution d'aval soit trouvée. La majorité des séjours reste courte (médiane = 4 jours), mais certains se prolongent jusqu'à 45 jours, illustrant la **variabilité des situations**. Ces observations suggèrent que la durée des séjours en maternité est influencée par une **interaction**

entre besoins médicaux et contraintes sociales. La partie qualitative de l'enquête confirme cette tendance : le délai d'orientation vers une solution d'hébergement après l'accouchement est généralement de quelques jours. Dans certaines situations, ce délai peut toutefois s'allonger de manière significative, notamment lorsque les dispositifs d'hébergement sont fortement saturés ou lorsque les situations sont particulièrement complexes (par exemple dans le cas de mères mineures isolées). Ces éléments seront approfondis en dernière partie de cette étude.

Figure 9 : répartition des durées d'hospitalisation observées en obstétrique (groupe 1)



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 186 séjours. Source et traitement : service de santé publique de l'AP-HM

Les nouveau-nés pris en charge par les services de néonatalogie



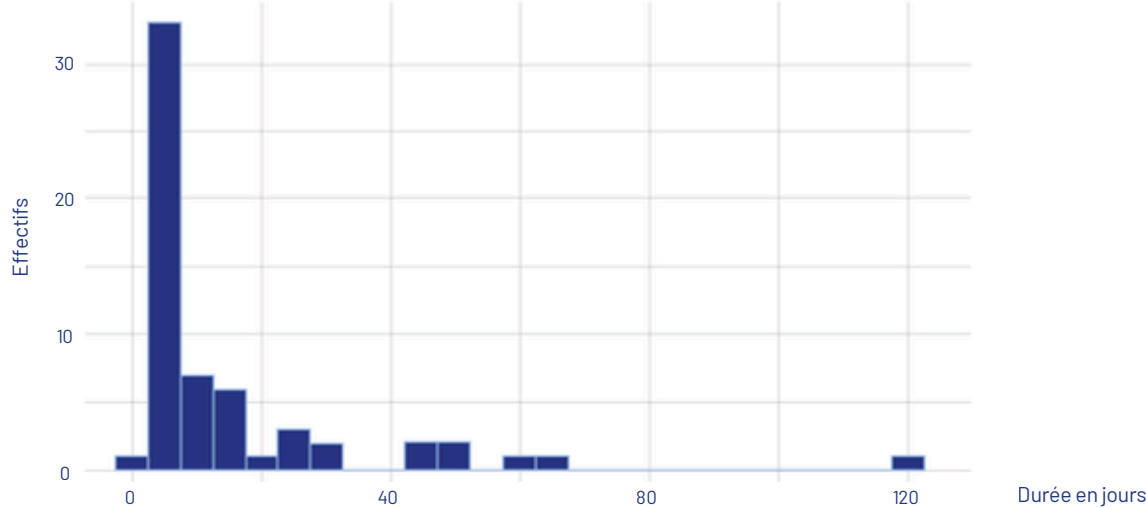
En 2024, **60** nouveau-nés assimilés au **groupe 1** et **132** nouveau-nés au **groupe 2** sont pris en charge en néonatalogie.

Au sein du groupe 1, la **durée moyenne de séjour** est de **14,4 jours (ET = 20,2)**, soit **près de deux fois la moyenne observée à l'AP-HM (7,9 jours)**. La durée médiane est de 6 jours, la durée maximale de 118 jours.

La **néonatalogie** est une spécialité médicale dédiée à la prise en charge des nouveau-nés, en particulier ceux présentant une prématurité, un faible poids de naissance ou des pathologies nécessitant une surveillance et des soins spécialisés au cours des premières semaines de vie.

Cette durée prolongée traduit à la fois la **complexité médicale**, notamment la prématurité et la nécessité de soins intensifs, et des **contraintes sociales**, comme l'absence de solution d'hébergement à la sortie pour les mères. La figure 10 montre la répartition des durées de séjour dans l'échantillon. Ces éléments seront approfondis dans la dernière partie de l'étude.

Figure 10 : répartition des durées d'hospitalisation observées en néonatalogie (groupe 1)



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024, 61 séjours. Source et traitement : service de santé publique de l'AP-HM

Ce travail inédit d'exploration des données issues du PMSI a permis d'identifier **un volume significatif de situations de personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat**, malgré les **limites méthodologiques** évoquées et bien que l'analyse ne couvre pas l'ensemble des établissements hospitaliers du territoire. Les remontées de terrain indiquent que l'Hôpital Européen et l'Hôpital Saint-Joseph prennent également en charge des personnes sans domicile ; toutefois, nous n'avons pas eu l'opportunité d'explorer leurs bases de données dans le cadre de cette étude.

Cette démarche a également permis de **caractériser plusieurs éléments relatifs aux séjours hospitaliers, notamment en termes de fréquence et de durée**. Ces résultats présentent un intérêt particulier au regard de la problématique centrale de l'étude, qui porte sur les enjeux liés à la sortie d'hospitalisation. Ils feront l'objet d'analyses approfondies dans **les parties suivantes, en les croisant avec les données qualitatives recueillies**.

Avant de développer ces analyses, une exploration d'autres sources de données est proposée afin de compléter et d'enrichir la compréhension des situations observées.

✚ II. Elargir le spectre

Eclairages à partir des données du 115, des dispositifs de domiciliation et des structures d'aval

Cette sous-partie s'inscrit dans une démarche volontairement **exploratoire** et **pragmatique**, consistant à aller rechercher, au sein de différents dispositifs et sources disponibles, des données susceptibles d'éclairer la problématique étudiée. **Face à l'absence d'une source unique et exhaustive**, il a été fait le choix de **mobiliser des informations éparses mais significatives, issues de champs institutionnels variés**, afin de documenter au mieux les situations de sans-domicilisme et leurs interactions avec le système hospitalier.

Les analyses présentées s'appuient ainsi sur des **données relatives aux appels au 115** effectués depuis les établissements hospitaliers, sur les **enjeux de domiciliation et d'habitat incertain**, ainsi que sur les liens entre ces situations et les parcours de soins. Elles sont enfin mises en perspective avec des **données d'activité de structures d'aval**, permettant de mieux caractériser les profils des personnes prises en charge.

1. Les appels au 115 depuis l'hôpital

Les données issues des demandes adressées au 115 constituent une source majeure pour le suivi des besoins des personnes sans domicile. En **partenariat** avec l'**Observatoire social du SIAO**, nous avons exploité le **SI-SIAO** afin d'identifier les personnes ayant sollicité le 115 pour une demande d'hébergement d'urgence depuis l'hôpital.

Repère : les SIAO

Les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) sont des **services départementaux** mis en place à partir de 2010 pour **centraliser les demandes d'hébergement d'urgence** (via le 115) **et les attributions de places en structure d'hébergement ou de logement temporaire**. Le système d'information (SI-SIAO) pensé comme un outil opérationnel pour améliorer la fluidité des parcours des personnes sans domicile, est également devenu un **instrument d'observation sociale** mobilisé à des fins statistiques.

Objectif



Identifier, parmi l'ensemble des demandes d'hébergement d'urgence effectuées au 115, **celles qui sont liées à des personnes en situation de sortie d'hospitalisation**.

Méthode adoptée :



3 entrées différentes ont été sélectionnées afin **d'identifier ces personnes** :

- celle du « **motif de la demande** »,
- celle du « **lieu où le ménage a dormi la veille** »,
- ainsi que la « **situation au moment de la demande** ».

Il peut donc s'agir de personnes pour qui il a été renseigné **qu'elles ont passé la nuit précédant leur appel à l'hôpital**, que le motif de leur demande est une « **sortie d'hospitalisation** » ou encore **qui se trouvaient à l'hôpital au moment de l'appel**.

Les données traitées correspondent aux informations renseignées dans le SI-SIAO par les **écoutants du 115 au moment de l'appel**. Comme pour le travail sur le système de d'information des hôpitaux, les données recueillies sont à **interpréter avec précaution**.

Points de vigilance



Ces données sont **imparfaites** et les chiffres présentés sont **sans doute en deçà de la réalité**.

En effet :

1

Les pratiques dans la collecte de ces données sont diverses et **certains champs ne sont pas toujours renseignés avec précision**.

Par exemple, dans la pratique, le motif de la demande ou la situation de la personne peuvent être renseignés par défaut comme « à la rue ».

2

Le service 115 n'est pas en mesure de répondre à l'ensemble des appels. Ces chiffres correspondent aux demandes qui ont été traitées et enregistrées et non à l'ensemble des besoins.

3

Ce dernier point est accentué par le phénomène de non-recours : par découragement, certaines personnes ne recourent pas ou plus au 115, une majorité des demandes restant sans solution (86% de demandes non pourvues en 2024 sur l'ensemble des demandes 115).

Périmètre



Le périmètre hospitalier est ici **plus élargi** que celui relevant du traitement des données APM-HM issues du PMSI. Les données à disposition permettent d'identifier les appels 115 provenant de l'hôpital, **tous hôpitaux de Marseille confondus, tous services confondus** (médecine et chirurgie, psychiatrie, maternité, urgences).

Résultats



En **2024, à Marseille, 791 demandes d'hébergement d'urgence** ont été renseignées comme provenant de l'hôpital. Elles ont été réalisées par **527 ménages différents, représentant 671 personnes**. Les ménages en demande depuis l'hôpital représentent 5,4% de l'ensemble des ménages en demande 115 (9 809 ménages en 2024).

Au premier trimestre 2025, **229 demandes** ont ainsi été repérées, représentant **142 ménages** et près de **200 personnes**.

Figure 11 : demandes 115 depuis l'hôpital

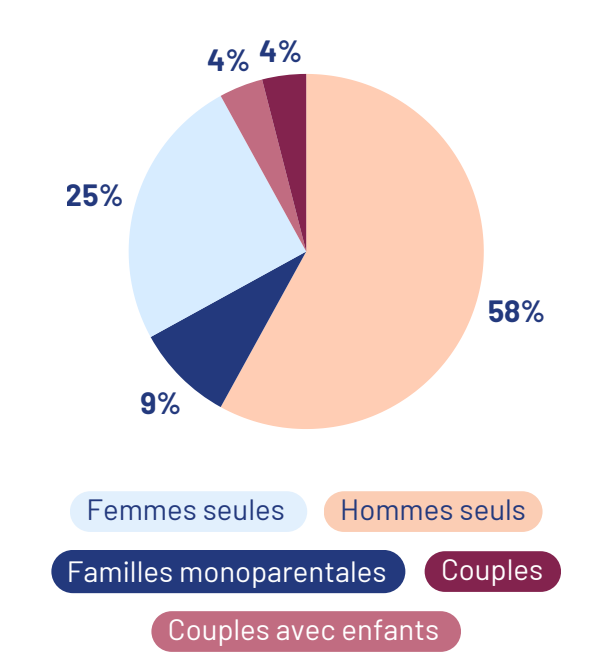
Période	Nombre de demandes	Nombre de ménages concernés	Nombre de personnes concernées
2024	791	527	671
Effectif sur l'ensemble des demandes 2024		5,40%	4,50%
1er trimestre 2025	229	142	198
Total	1020	669	869

Source : données issues du SI-SIAO recueillies dans le cadre de l'enquête

Les **personnes seules** en demande sont majoritaires, elles représentent 83% de l'échantillon (375 hommes seuls et 164 femmes seules). Les **familles** représentent quant à elles **13%** de l'échantillon (59 familles monoparentales et 29 couples avec enfants). La répartition par typologie de demandes provenant des hôpitaux est similaire à celle de

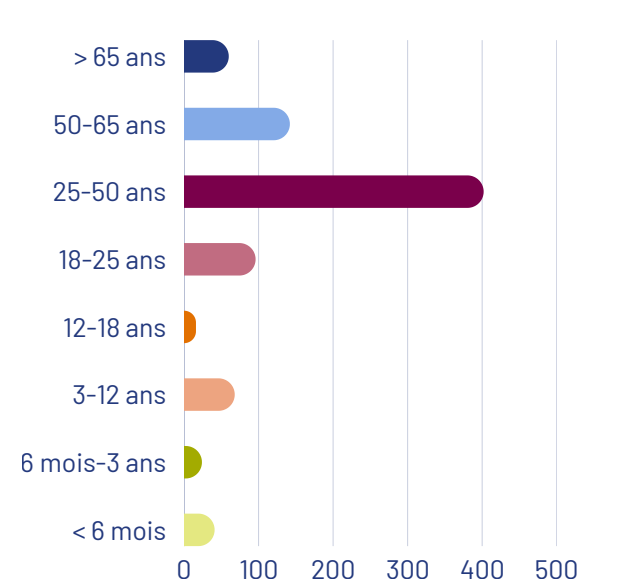
l'ensemble des demandes 115. Presque la moitié des personnes en demande sont âgées de 25 à 50 ans. Notre échantillon est également caractérisé par la présence de jeunes enfants et des personnes plus âgées : 65 enfants de moins de 3 ans (8% de l'échantillon) et 202 personnes de plus de 50 ans (24% de l'échantillon).

Figure 12 : typologie des ménages en demande 115 depuis l'hôpital (652 ménages)



Note de lecture: les données sur les profils des personnes agrègent et dénombrent les personnes en demande sur toute la période 2024 + T1 2025. Effectif : 652 ménages représentant 849 personnes.

Figure 13 : âge des personnes en demande 115 depuis l'hôpital (849 personnes)



Source : données issues du SI-SIAO recueillies dans le cadre de l'enquête, SIAO 13

2. Domiciliation et hospitalisation

Les données relatives aux **demandes de domiciliation** constituent une source précieuse pour appréhender les **situations liées à l'instabilité résidentielle**. Elles couvrent en effet une grande diversité de situations et permettent d'approcher des formes d'exclusion résidentielle difficiles à quantifier, telles que **l'hébergement chez des tiers** ou le **squat** (voir Observatoire des pauvretés, 2025).

Nous allons ici nous intéresser aux données fournies par le **CCAS de Marseille, principal**

organisme domiciliataire du territoire comptabilisant plus de 7 000 domiciliations en décembre 2024. Les domiciliations du CCAS de Marseille sont réparties entre **4 agences** (Agence Nord : 1 563 personnes domiciliées en décembre 2024 ; Agence Sud : 1 433 ; Agence Centre : 1 431 ; Agence Est : 1 134) et **3 permanences situées au sein d'hôpitaux de l'AP-HM** (l'hôpital Conception : 778 ; l'Hôpital Nord : 624 ; et l'Hôpital Sainte Marguerite : 87).

Repère : La domiciliation

La domiciliation constitue **la porte d'entrée vers l'accès aux droits pour les personnes sans logement personnel**, qui ne sont pas en mesure de recevoir leur courrier de manière stable et confidentielle. Elle permet de disposer d'une adresse administrative et d'un justificatif de domicile, éléments préalables indispensables à de nombreuses démarches. Il s'agit d'un **droit reconnu par la loi**, notamment par le Code de l'action sociale et des familles. Sa mise en œuvre relève principalement des **CCAS** (Centre Communal de l'Action Sociale), qui ont l'obligation de domicilier toute personnes ayant un lien avec leur territoire, aux côtés d'**associations agréées** qui peuvent également assurer cette mission. Deux conditions sont nécessaires pour y accéder : l'**absence de domicile stable** et l'existence d'un **lien avec la commune** au sein de laquelle la demande est réalisée.

Domiciliations au sein des antennes hospitalières du CCAS de Marseille

Les permanences organisées au sein des hôpitaux s'inscrivent dans un **partenariat** de longue date entre le **CCAS** et l'**AP-HM** (première convention en 1993). Elles ont été mises en place à partir du constat de la nécessité d'ouvrir rapidement des droits au sein de l'hôpital, notamment pour des personnes alitées ne pouvant effectuer seules certaines démarches. Les professionnels hospitaliers, ainsi que les personnes concernées, peuvent ainsi **déposer des demandes de domiciliation directement dans l'enceinte de l'hôpital**, ce qui permet d'en accélérer le traitement et l'accès aux droits. Pour que la demande soit recevable, un justificatif attestant d'un passage par l'hôpital

est requis (tous services confondus, y compris les Urgences).

Le tableau 14 présente les principaux chiffres liés aux domiciliations dans le cadre des antennes hospitalières. En décembre **2024**, **1489 personnes** sont domiciliées dans les antennes hospitalières des CCAS. La même année, **1901 demandes de domiciliation** (premières demandes et renouvellements) ont été effectuées auprès des antennes hospitalières des CCAS et parmi elles, 1198 ont abouti à une domiciliation. Ces données confirment ainsi **l'importance des problématiques de mal logement repérées et/ou formulées au sein des hôpitaux**.

Figure 14 : demandes de domiciliation et files actives au sein des antennes hospitalières du CCAS en 2024

Hôpital	Hôpital Conception	Hôpital Nord	Hôpital Sainte Marguerite	Total
Nombre de demandes (1ères demandes et renouvellements)	1136	673	92	1901
Nombre de domiciliations acceptées	615	491	92	1198
File active en décembre 2024	778	624	87	1489
Nombre de personnes domiciliées avec des enfants à charge (décembre 2024)	384	230	313	927

Source : données CCAS, 2024

Nous nous intéressons désormais aux données relatives à la **domiciliation dans l'ensemble des agences et permanences du CCAS de Marseille**. Elles sont issues d'un questionnaire

administré par le CCAS tout au long de l'année auprès des nouvelles personnes domiciliées, et parfois lors des renouvellements, afin de mieux connaître leur profil et leur situation sociale.

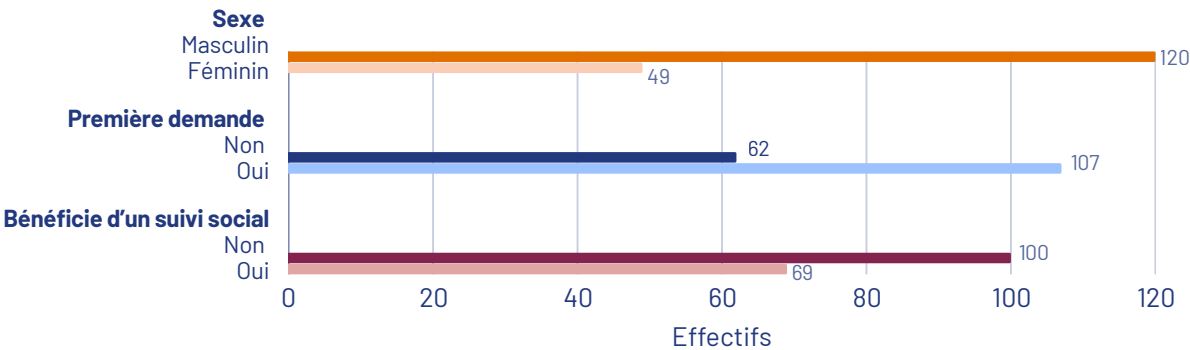
L'hôpital comme « lieu de résidence »

En 2024, parmi les 6 600 personnes ou ménages interrogés et domiciliés au CCAS de Marseille, toutes agences et antennes confondues, **169 ont déclaré l'hôpital comme « lieu de résidence »**. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit majoritairement de situations d'hospitalisation de longue durée, ou de **séjours hospitaliers particulièrement structurants** dans le parcours des personnes. En effet, si l'hôpital, tout comme la rue, ne constitue pas un lieu de résidence à proprement parler, une hospitalisation de courte durée conduit généralement les personnes à déclarer un autre lieu de référence, hors hospitalisation, tel que la rue ou un hébergement chez un tiers.

Les figures 15 à 17 apportent des informations sur le profil des personnes concernées. **Plus de la moitié ne bénéficient pas d'un suivi social (59%)** et, pour 63% d'entre elles, il s'agit d'une **première demande de domiciliation**. La majorité sont des **hommes (71%)**.

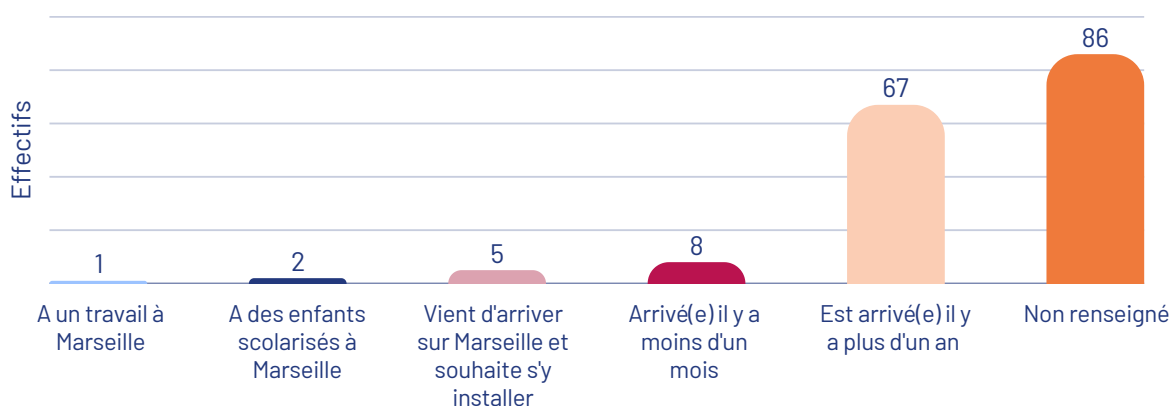
Parmi les 83 personnes pour lesquelles l'information sur le lien avec Marseille est renseignée, 81% se trouvent à Marseille depuis plus d'un an. Sur les 71 personnes dont les motifs de sans-domicilisme sont connus, 58% se retrouvent dans cette situation à la suite de **ruptures au sein de leur foyer** (difficultés intrafamiliales ou séparation).

Figure 15 : principales caractéristiques des personnes ayant déclaré l'hôpital comme leur lieu de résidence lors de leur demande de domiciliation CCAS



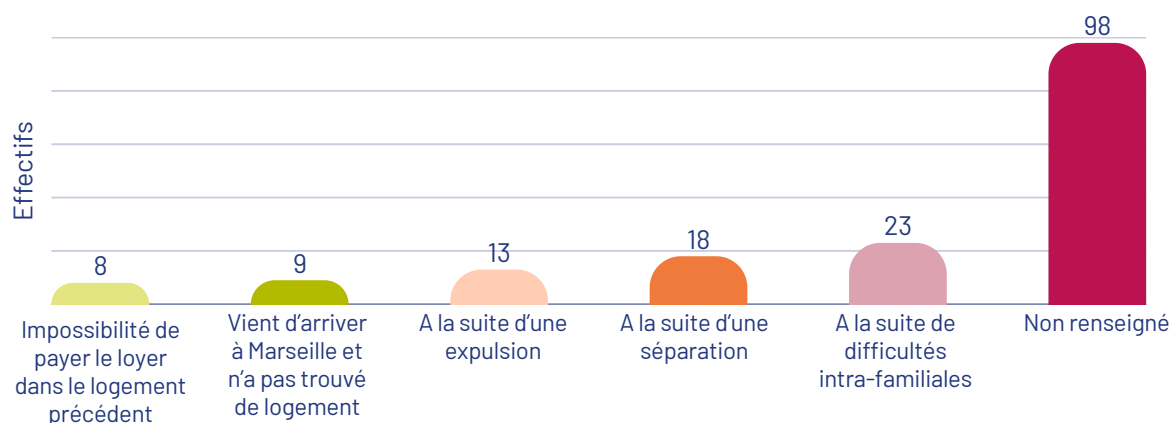
Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024 (n=169)
Source : données sociogramme du CCAS de Marseille

Figure 16 : lien avec Marseille des personnes ayant déclaré l'hôpital comme leur lieu de résidence lors de leur demande de domiciliation CCAS



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024 (n=169)
Source : données sociogramme du CCAS de Marseille

Figure 17 : raisons fournies pour la situation de sans-domicilisme des personnes ayant déclaré l'hôpital comme leur lieu de résidence lors de leur demande de domiciliation CCAS



Effectifs pour l'ensemble de l'année 2024 (n=169)
Source : données sociogramme du CCAS de Marseille

3. Après l'hospitalisation : prises en charge en établissements médico-sociaux

Ce passage présente des données relatives à l'une des principales solutions d'aval pour les personnes sans domicile à la sortie d'une hospitalisation : les **Lits Halte Soins Santé (LHSS)**.

Repère : Les LHSS

Les LHSS sont des **dispositifs médico-sociaux** destinés à accueillir des **personnes sans domicile** ou en situation de très grande précarité nécessitant des **soins importants et temporaires**. Les personnes prises en charge au sein de ces structures cumulent des difficultés liées à l'absence de logement et à des besoins de soins significatifs. Quatre établissements de LHSS sont implantés sur le territoire marseillais. Ils sont mobilisables par l'ensemble des acteurs du champ médico-social, via le dépôt d'un dossier médico-social d'admission transmis directement aux établissements.

Les données analysées ont été recueillies auprès des **quatre LHSS** de la ville de **Marseille** : Fontainieu, Forbin, Jane Pannier et La Minoterie. Pour chacun de ces établissements, les **registres d'admission** ainsi que les **données d'activité** de l'année **2024** ont été anonymisés puis exploités. Cette analyse a notamment permis d'étudier les profils des personnes accueillies. Les principales **limites** de l'étude tiennent à l'**hétérogénéité des données recueillies** selon les établissements, entraînant l'**inexploitabilité de certaines informations**.

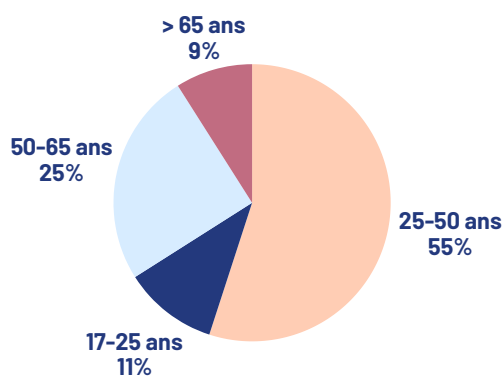
Les résultats présentés ci-après concernent les **profils des personnes admises en LHSS au cours de l'année 2024**. Près de la moitié des admissions (47%) ont fait suite à une **orientation directe par un établissement hospitalier**. Bien que l'ensemble des personnes accueillies n'ait pas été orienté directement par

l'hôpital, toutes présentent des **problématiques de santé importantes** : ces profils, sans être représentatifs de l'ensemble des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation, offrent un éclairage précieux, en raison du niveau de détail disponible sur certains aspects issus de l'exploitation des données d'activité.

Sur les 188 personnes qui ont intégré les LHSS au cours de l'année 2024, **85%** sont des **hommes**. La **moyenne** d'âge des personnes accueillies se situe à **46 ans** (ET = 15,57), le plus jeune a 17 ans et le plus âgé 91 ans (figure 18).

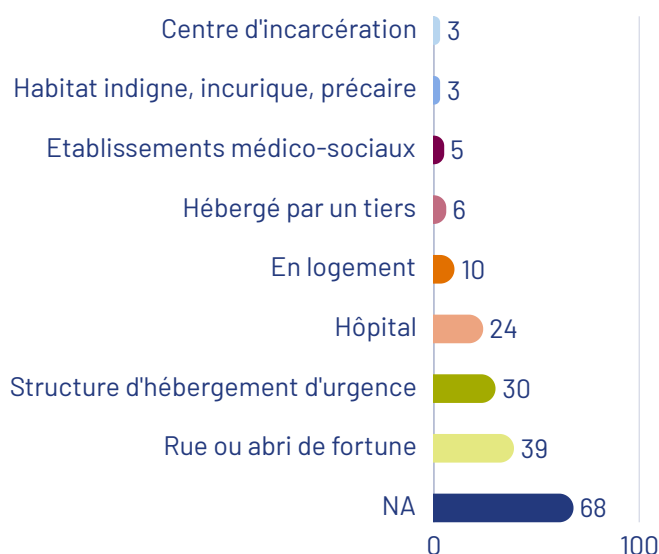
Pour les 120 personnes pour qui le lieu de vie avant l'entrée en LHSS est déclaré, 33% étaient en situation de rue ou abri de fortune, 25% en hébergement d'urgence et 20% en hospitalisation longue durée (figure 19).

Figure 18 : répartition par classe d'âge, LHSS (entrées 2024, 188 personnes)



Source : données d'activités fournies par les LHSS, ensemble des personnes entrées en 2024 (n=188)

Figure 19 : lieu de vie déclaré par les personnes à l'entrée en LHSS



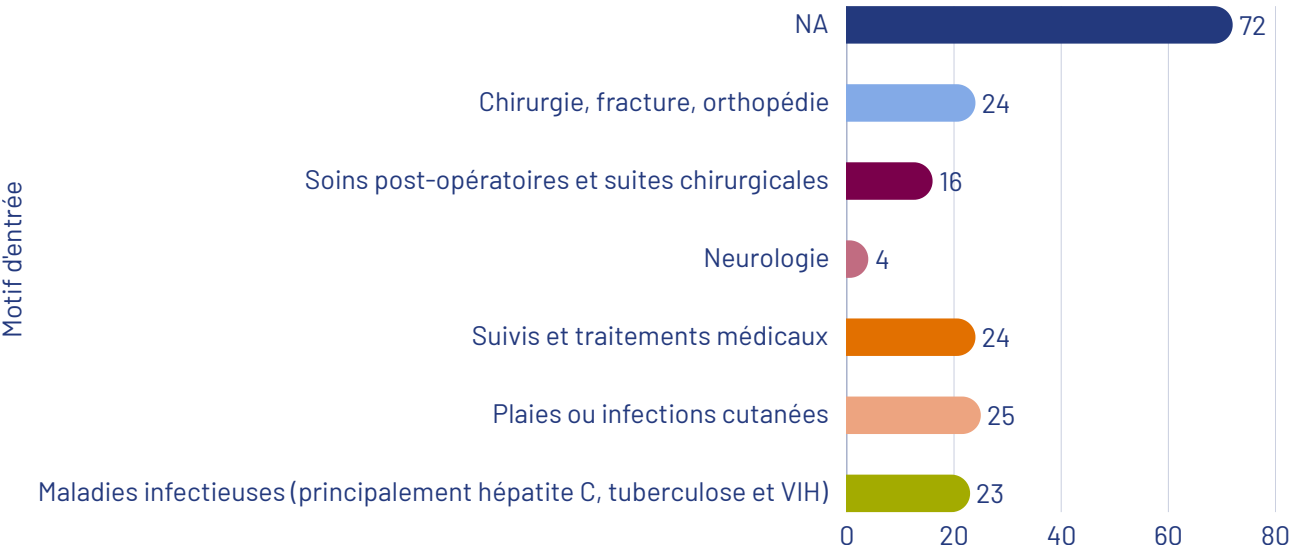
Source : données d'activités fournies par les LHSS, ensemble des personnes entrées en 2024 (n=188)

* NA : Non applicable. Mention utilisée lorsqu'une donnée ne peut pas être renseignée ou ne s'applique pas à la situation considérée.

Parmi les 116 personnes pour qui l'information est renseignée, les motifs d'entrée étaient le traitement de **plaies ou infections cutanées** (22%), des **soins de suite** liés à une **fracture** ou de l'**orthopédie** (21%), les **suivis et traitements**

médicaux divers (21%), les **maladies infectieuses** (principalement l'hépatite C, la tuberculose ou le VIH) (20%) ou les **soins post-opératoires suite à un acte chirurgical** (14%).

Figure 20 : motif sanitaire à l'entrée des personnes en LHSS en 2024



Source : données d'activités fournies par les LHSS, ensemble des personnes entrées en 2024 (n=188)

Les données transmises permettent également, pour certains LHSS, d'identifier les **droits** en matière de santé ainsi que les **ressources** dont disposaient les personnes à leur entrée et à leur sortie (figures 21 et 22). Bien qu'une part

importante des informations n'ait pas pu être exploitée (NA), il convient de souligner que, parmi les situations renseignées, une part notable des personnes bénéficiait de la C2S à leur sortie de LHSS (38 personnes).

Figure 21 : couverture santé des personnes entrées en LHSS en 2024, à leur entrée et sortie

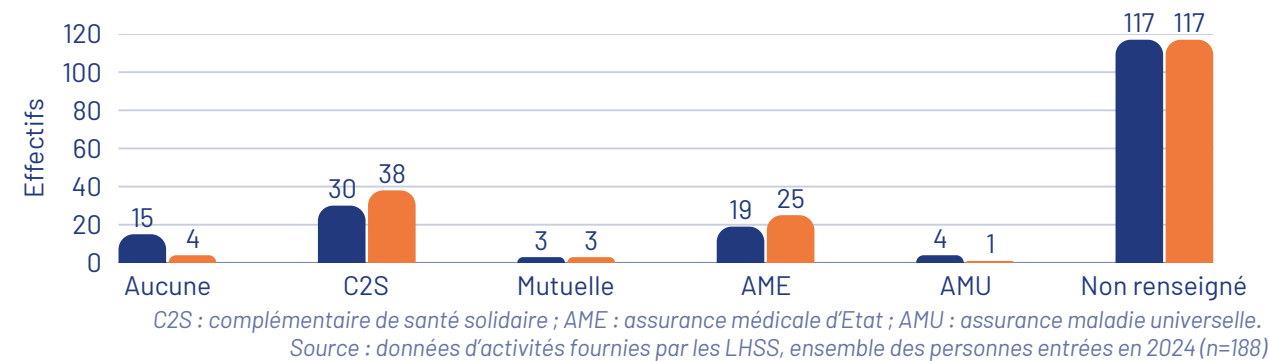
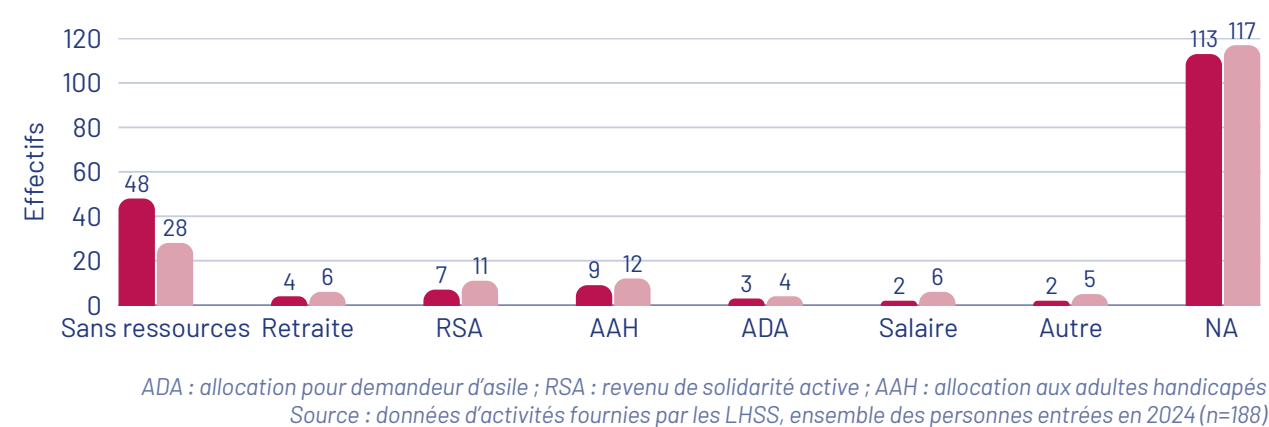


Figure 22 : type de ressources des personnes entrées en LHSS en 2024, à leur entrée et sortie



En élargissant le champ d'analyse au-delà du périmètre hospitalier restreint du PMSI, cette sous-partie a permis de mobiliser des données issues d'autres hôpitaux et services, apportant un **éclairage complémentaire** sur les situations de sans-domicilisme. L'exploitation des informations relatives aux appels au **115** a confirmé l'existence d'un **volume significatif de personnes sans domicile en lien avec les établissements hospitaliers**.

Par ailleurs, l'analyse des données de **domiciliation** a fourni des éléments précieux sur les situations d'**habitat incertain** et leur **articulation avec le parcours hospitalier**. Ces informations soulignent l'ampleur des problématiques de précarité liées au logement chez les personnes prises en charge, et confirment le rôle central des **hôpitaux** comme **point de repérage et d'orientation** vers les dispositifs adaptés.

Conclusion

Cette première partie a consisté en une **exploration croisée de plusieurs sources de données**, seule approche possible pour appréhender des situations qui échappent largement aux statistiques classiques. Si le traitement de ces différentes sources **ne permet pas de dresser une vision exhaustive** des situations de sans-domicilisme en sortie d'hospitalisation, il offre néanmoins des résultats riches, éclairant l'**ampleur de la**

problématique et les **profils** des personnes concernées.

Ces données doivent être interprétées comme des **indicateurs de grandes tendances**, permettant de saisir le phénomène à un instant donné, avec toutes les limites liées à un moment figé. **Les parties suivantes viseront à réancrer la problématique de l'étude dans le parcours des personnes concernées.**

+ ENSEIGNEMENTS CLÉS

I. Objectiver les situations

↳ Chiffres clés 2024 AP-HM



Rappel du périmètre : Hôpitaux de l'AP-HM, unités d'hospitalisation MCO (hors service des Urgences et hôpital psychiatrique)



Les résultats présentés ci-dessous sont **sous estimés**.

Origine des informations : PMSI

Groupe 1

Personnes sans abri (Catégories 1 et 2 de la grille ETHOS) : rue, abri de fortune + hébergement d'urgence temporaire

Groupe 2

Personnes sans domicile ou confrontées à des problématiques d'habitat incertain ou inadéquat : Groupe 1 + personnes hébergées + en situation d'habitat inadéquat, incertain et/ou insalubre

Personnes hospitalisées en
Médecine et chirurgie

395

855

Femmes hospitalisées en
Obstétrique

154

348

Nouveau-nés pris en charge en
Néonatalogie

60

132



Tendances clés en médecine/chirurgie

- Une majorité **d'hommes**
- En moyenne, **des séjours plus fréquents et plus longs** :
 - Un nombre moyen d'hospitalisations supérieur d'environ 37% à celui de la patientèle globale de l'AP-HM.
 - Une durée moyenne de séjour environ 2.4 fois plus élevée que pour la patientèle globale.
- **Une distribution asymétrique des durées de séjour** :
 - Une majorité de séjours courts : médiane de 3 jours
 - Présence de durées extrêmes, atteignant 143 jours



Tendances clés en obstétrique et néonatalogie

- Des **femmes jeunes** : 43% ont moins de 25 ans.
- Au sein des services de néonatalogie :
 - Une durée moyenne de séjour près de 2 fois supérieure à celle de l'AP-HM
 - Une durée maximale de 118 séjours

↳ Chiffres clés 2024 115 & domiciliation

115



791 demandes d'hébergement d'urgence renseignées comme provenant des hôpitaux de Marseille.

Domiciliation



- **1489** personnes domiciliées dans les antennes hospitalières du CCAS de Marseille (décembre 2024).
- **1901** demandes de domiciliation auprès des antennes hospitalières du CCAS au cours de l'année 2024.

II. LES SORTIES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES SANS DOMICILE EN QUESTION



Décryptage des circuits de prise en charge

+

Introduction

Cette partie porte sur les **parcours de prise en charge des personnes sans domicile**. Elle s'ouvre sur celui d'un monsieur d'une cinquantaine d'année, confronté à d'importantes problématiques de santé, accompagné par une des équipes mobiles de rue du territoire. Ce parcours est retranscrit ici, non pas parce qu'il est représentatif des situations des personnes sans domicile, mais parce qu'il **illustre de manière significative la diversité des problématiques rencontrées dans les parcours de prise en charge**.

En effet, ce parcours met en lumière :

- les points de rupture et de bascule
- la fragmentation des prises en charge hospitalières
- les difficultés d'articulation entre les secteurs sanitaire et social
- les obstacles d'accès à l'information
- la forte variabilité des pratiques selon les services et les professionnels
- l'extrême vulnérabilité des personnes sans domicile face à la complexité institutionnelle
- mais aussi les améliorations significatives observées lorsque la prise en charge est adaptée



Parcours A : une trajectoire à l'épreuve des systèmes de prise en charge

Données recueillies auprès des accompagnants sociaux de l'équipe mobile

Monsieur, âgé d'une cinquantaine d'années et de nationalité espagnole, vit en France depuis une vingtaine d'années. Il a travaillé dans différents secteurs professionnels et dispose de droits ouverts. Il fréquente ponctuellement des structures d'accueil de jour, sans bénéficier initialement d'un accompagnement soutenu.

1. Accident domestique et rupture résidentielle

Au début de l'année 2024, alors qu'il réside dans un logement social précaire dépourvu de chauffage fonctionnel, Monsieur est victime d'une brûlure grave à la jambe en tentant de se réchauffer à l'aide d'un appareil à raclette. Il est hospitalisé dans un établissement public pour une greffe cutanée et reste plusieurs semaines en soins.

À l'issue de cette hospitalisation, il perd son logement et se retrouve sans domicile. Le suivi post-opératoire reste incomplet. Il évoquera ultérieurement les difficultés d'accès aux soins en situation de rue,

notamment liées à la honte de son état physique et à l'impossibilité de se présenter dans des conditions qu'il juge dignes.

Il vit alors dans des conditions extrêmement précaires, dormant sous tente, puis à même la plage, sans matelas ni protection.

2. Reprise d'un accompagnement social et dynamique d'insertion

Durant l'été 2024, l'équipe mobile le rencontre et met en place un accompagnement global : sécurisation des droits, démarches administratives, insertion professionnelle. Une solution d'hébergement collectif lui est proposée, qu'il refuse au regard des conditions dégradées et jugées insécurisantes.

Il intègre par la suite un chantier d'insertion avec un temps de travail progressif. Une dynamique de stabilisation s'amorce, avec une orientation possible vers le logement. Son dossier est retenu pour une admission en résidence sociale. Toutefois, il ne peut pas se présenter à la commission d'attribution car il est l'hospitalisé, et perd ainsi cette opportunité.

3. Douleurs persistantes et premiers recours aux Urgences

Monsieur fait régulièrement état de douleurs importantes à la jambe opérée. En août 2025, il arrive sur son chantier en grande difficulté et est accompagné aux Urgences. L'équipe mobile le retrouve, ils attendent six heures. Le vécu est difficile : les professionnels ressentent un traitement peu bienveillant, avec le sentiment que sa situation de sans-domicile dérange. Des examens sont réalisés. Conclusion : « il n'a rien ». On lui prescrit une crème et on lui indique qu'il devra faire enlever ses agrafes (les radios ont mis en évidence la présence d'une quarantaine d'agrafes) ... mais dans un autre hôpital (celui au sein duquel il avait été initialement opéré).

Deux semaines plus tard, son état se dégrade brutalement : il crache du sang et perd connaissance dans la rue. Les pompiers l'emmènent aux Urgences.

4. Hospitalisation prolongée et incompréhensions

Il est admis aux Urgences les plus proches de son lieu de vie, l'équipe médicale suspecte directement une tuberculose car il crache du sang. Il est alors hospitalisé et placé en isolement au sein du service de pneumologie.

Après deux semaines, les examens s'avèrent négatifs. Malgré cela, son état général continue de se détériorer : il est alité et très affaibli. L'équipe mobile, présente régulièrement, rencontre des difficultés à obtenir des informations médicales claires.

Monsieur cible ses douleurs sur sa jambe, en disant qu'elle ne « veut plus bouger ».

L'équipe mobile alerte à plusieurs reprises sur la nécessité d'investigations complémentaires. Il leur est répondu que le retrait des agrafes n'est pas prioritaire en l'absence d'infection et ne relève pas du service.

5. Tentative de sortie et errance en ambulance

Un jour, la cadre de santé appelle l'équipe mobile : « Monsieur est sortant. Où est-ce qu'on le dépose ? ». Le lit doit être libéré le jour même.

L'équipe alerte sur le danger que représenterait une remise à la rue d'une personne dans l'incapacité de marcher et dont l'état de santé se dégrade. De son côté, Monsieur, épuisé et lassé par la situation, exprime sa « préférence » pour un retour en rue, plutôt que de poursuivre une prise en charge hospitalière vécue comme dégradante. L'équipe mobile insiste tout de même pour garantir une continuité des soins à Monsieur.

Commence alors une errance absurde :

- Service pneumo → Urgences de l'hôpital voisin
- Inexistence des dites Urgences → redirection vers les Urgences d'un autre hôpital
- Refus de prise en charge faute de dérogation
- Retour aux Urgences de l'hôpital initial
- Puis réintégration au sein du service initial (pneumologie), faute de place dans les autres services

En moins de 24 heures, il revient à son point de départ. Sans l'insistance des accompagnants sociaux, il aurait vraisemblablement été remis à la rue, alors même qu'il ne pouvait se tenir debout.

6. Diagnostic tardif

Lors de cette nouvelle hospitalisation, aucun examen complémentaire n'est initialement réalisé.

L'état de Monsieur se dégrade fortement :

- alité en permanence,
- chute dans la douche, douleur au bras, impossibilité de mobiliser le membre,
- incapacité à se lever ou marcher,
- douleurs importantes.

Des examens finissent par être réalisés, permettant de diagnostiquer un cancer pulmonaire à un stade avancé avec métastases. Le diagnostic est posé fin septembre 2025, soit environ six semaines après l'hospitalisation initiale. Son état ne permet pas d'envisager un traitement curatif lourd.

7. Admission en soins palliatifs et amélioration flagrante

Il est orienté vers une unité de soins palliatifs au sein du même établissement début octobre. Le transfert se fait cette fois de manière fluide.

Le changement est immédiatement perceptible :

- prise en charge effective de la douleur,
- communication claire avec le médecin et l'assistante sociale,
- disponibilité des équipes,
- reconnaissance de la place des accompagnants.

En quelques jours, son état s'améliore nettement grâce à la prise en charge :

- il se rase,
- il se lève,
- il marche avec une béquille,
- il retrouve une autonomie partielle,
- il peut sortir faire quelques courses à proximité.

8. Recherche de solution d'aval, suite et fin

Son pronostic vital n'est pas engagé à très court terme : plusieurs mois de vie sont envisagés. Paradoxalement, cette temporalité rend une prise en charge en soins palliatifs moins adaptée dans la durée. Des orientations sont recherchées par le service social de l'hôpital et l'équipe mobile. Une demande en LHSS n'aboutit pas en raison de difficultés de coordination. Une demande en ACT déposée par l'équipe sociale fin octobre aboutira 3 mois plus tard, alors que son état est trop dégradé.

Fin décembre, une admission en SMR est finalement obtenue. Monsieur est transféré dans une clinique sur une place associant soins de suite et accompagnement palliatif.

Monsieur décède fin février d'un arrêt cardiaque, selon les informations médicales disponibles. Aucune investigation complémentaire n'est réalisée. L'équipe mobile a pu établir un lien avec sa famille et être présente lors de ses obsèques.

Ce parcours met en évidence **l'impact majeur de la précarité sur la continuité des soins**, depuis la rupture résidentielle jusqu'à la fin de vie. Il souligne les difficultés d'accès aux soins et le non-recours liés aux conditions de vie à la rue, aggravés par un défaut de suivi post-opératoire et des obstacles psychosociaux (honte, impossibilité de se présenter dans des

conditions dignes). Il révèle également des **dysfonctionnements du système hospitalier** : accueil parfois inadapté et vécu comme stigmatisant, insuffisance d'investigations face à des symptômes persistants, ainsi qu'une communication difficile avec les acteurs médico-sociaux dont les alertes sont peu prises en compte.

Le parcours est en outre marqué par **des ruptures multiples, une errance entre établissements** et des logiques de gestion des flux hospitaliers au détriment de la situation globale du patient. Malgré l'effet stabilisateur d'un accompagnement médico-social, le **manque de coordination** et les **délais d'accès aux dispositifs adaptés** (LHSS, ACT, LAM) **compromettent les orientations**. À l'inverse, les soins palliatifs montrent qu'une prise en charge adaptée peut transformer la situation, dès lors que l'écoute, la coordination et la considération de la personne sont au cœur de l'accompagnement.

La question des circuits de prise en charge et de la coordination des acteurs est en effet primordiale dans les parcours. **Dans cette partie**, il s'agit de les décrypter en abordant les problématiques relatives aux prises en charge

hospitalières des personnes sans domicile, à leurs sorties d'hospitalisation et à ses suites. L'analyse se concentre sur les sorties d'hospitalisation des **unités de médecine et de chirurgie**. Les situations liées aux maternités, qui soulèvent des enjeux spécifiques, seront quant à elles traitées dans la dernière partie de cette étude.

Dans un premier temps, cette question est abordée du **point de vue de l'hôpital**. Elle est ensuite replacée dans une **approche plus globale du parcours de prise en charge**, à travers l'analyse des **dispositifs d'aval** présents sur le territoire, des besoins auxquels ils répondent — et de ceux qui demeurent non couverts. Elle est **enfin** abordée **du point de vue des professionnels** impliqués dans les parcours de prise en charge.

✚ I. Prises en charge hospitalières des personnes sans domicile

L'hôpital est confronté à des problématiques spécifiques lorsque des **difficultés sociales** ont été identifiées chez les patients, notamment en matière d'ouverture des droits ou de recherche de solutions d'aval. Ces enjeux **dépassent largement les situations de sans-domicilisme**. En 2024, les services de médecine, chirurgie et obstétrique de l'AP-HM ont comptabilisé **17 793 « séjours précaires »**, soit 16,6% de l'ensemble des séjours. Sont considérés comme tels les séjours associés à la C2S (13,8%), à l'AME (2,3%) ou aux soins urgents (0,5%) (Source : entretien avec la Direction financière de l'AP-HM).

Comme l'ont mis en avant de nombreux professionnels, le système hospitalier est confronté à des problématiques sociales qui concernent un large spectre de publics, incluant notamment des **personnes âgées en perte d'autonomie et isolées** ou encore des patients dont les **conditions de logement** ne permettent pas d'assurer une continuité des soins.

“

On a beaucoup de personnes âgées qui ont un logement mais qu'on ne peut pas renvoyer chez elles et qui n'ont pas les moyens d'aller dans des établissements adaptés. Parfois il n'y a pas de famille à contacter ou elle est injoignable.

”

(coordination de parcours, hôpital)

“

Le problème principal, c'est l'hébergement, le logement insalubre aussi : il y a des gens qui habitent dans des endroits où on est très inquiets pour eux.

”

(service social, hôpital)

Comme souligné précédemment, l'hospitalisation peut également constituer un **moment de bascule dans des parcours de précarisation**, en témoigne le parcours B.



Parcours B : de la précarité résidentielle au sans-domicilisme

Données recueillies auprès de la personne lors d'une journée au sein d'une structure d'hébergement d'urgence

Le récit de M., homme français d'environ 80 ans, retraité après une carrière dans le commerce, met en lumière une **trajectoire de précarisation tardive consécutive à une rupture sanitaire**. Son parcours résidentiel apparaît relativement stable sur le long terme, malgré certaines fragilités.

Après avoir vécu dans plusieurs villes, il s'installe à Marseille il y a une quinzaine d'années. Il est d'abord hébergé chez une

connaissance, puis occupe différents logements, le plus souvent sans bail formel, tout en s'acquittant d'un loyer.

Un épisode de santé aigu survenu en 2023 constitue un point de bascule, entraînant une hospitalisation de plusieurs mois. Durant cette période, il perd la chambre meublée qu'il occupait, en l'absence de cadre locatif formalisé :

“

Le propriétaire avait repris la chambre meublée entre-temps et, quand il a voulu me faire partir, je n'avais plus rien. Voilà comment je me suis retrouvé ici.

”

Depuis sa sortie d'hospitalisation, il est hébergé en structure, qu'il perçoit davantage comme une solution subie que choisie. Il exprime une forme de résignation. Il dit ne pas contester les changements de chambre ni les règles qui lui sont imposées. Il décrit des conditions d'hébergement tolérables, sans conflit

majeur, mais qui ne correspondent pas à ce qu'il souhaite. Il aspire surtout à retrouver un petit logement meublé et une forme d'indépendance. Il insiste sur l'importance de pouvoir à nouveau cuisiner, organiser son quotidien et ne plus vivre en collectivité.



Focus : Le rôle central des services sociaux hospitaliers

Les équipes des services sociaux hospitaliers jouent un rôle central dans la prise en charge de ces situations.

Les services sociaux hospitaliers peuvent être mobilisés à la demande des patients eux-mêmes, du bureau des entrées de l'hôpital ou des équipes médicales.

Les services sociaux sont d'abord sollicités pour une mission essentielle: **l'accès aux droits à la santé**. Garantir que les patients puissent bénéficier d'une couverture sociale et que les frais hospitaliers puissent être correctement facturés et remboursés par l'Assurance Maladie, constitue leur priorité quotidienne. Cette couverture conditionne à la fois la continuité des soins et la sécurité financière des prises en charge. Cette mission s'inscrit dans un rôle beaucoup plus large, comme le souligne cette professionnelle :



Au quotidien, c'est surtout l'accès aux droits, donc permettre à l'hôpital d'être facturé[...]et permettre aux gens de ne pas avoir de facture après leur opération[...].

Après, on doit aussi offrir une écoute aux personnes et permettre de les orienter [...] sur beaucoup de domaines, par exemple les violences conjugales ou le logement. C'est assez polyvalent [...].

(service social, hôpital)

Les équipes sociales contribuent également **à l'organisation du retour à domicile, à l'orientation vers des structures adaptées** (hébergement, établissements médico-sociaux, soins de suite et de réadaptation), et apportent **une écoute et un soutien face à une diversité de difficultés sociales**. Parmi les patients qu'elles accompagnent, elles sont régulièrement mobilisées pour des patients sans domicile. Dans ces situations, il s'agit de trouver des solutions d'aval adaptées, conjuguant mise à l'abri et continuité des soins. Ces enjeux spécifiques seront analysés dans la suite de cette partie, mettant en lumière **les tensions entre besoins des patients, moyens disponibles et fonctionnement institutionnel**.

S'agissant plus spécifiquement des personnes sans domicile, leur prise en charge hospitalière intervient majoritairement dans le cadre d'**hospitalisations non programmées**, le plus souvent via les **services des Urgences**, qui constituent leur principale porte d'entrée dans le système de soins.

La question de la **sortie d'hospitalisation** apparaît particulièrement complexe pour ces patients, car elle se situe à l'intersection d'**enjeux sanitaires et sociaux étroitement imbriqués**. L'hôpital est confronté à une tension structurelle : un retour à la rue ou dans un environnement inadapté accroît le risque

de réhospitalisation, tandis qu'un maintien prolongé en hospitalisation pour des raisons sociales engendre des coûts importants pour l'établissement.

Cette sous-partie vise à analyser la **prise en charge hospitalière des patients sans domicile** en se concentrant plus particulièrement sur le moment critique de leur sortie, c'est-à-dire

lorsqu'ils sont médicalement sortants. Elle s'appuie à la fois sur des **données quantitatives** issues de l'analyse du PMSI menée en partenariat avec les services de l'AP-HM, et sur des **témoignages de professionnels de l'accompagnement social**, au sein et en dehors de l'hôpital.

1. La pression des durées de séjour hospitalier

La **durée moyenne de séjour (DMS)** constitue aujourd'hui un indicateur central du **pilotage hospitalier**. Dans un contexte marqué par une tension chronique sur les lits, la saturation des services des Urgences et des contraintes budgétaires accrues, la réduction des durées d'hospitalisation est devenue un objectif prioritaire pour l'hôpital. Elle vise à fluidifier les parcours de soins et à optimiser l'utilisation des capacités d'accueil. Ce sont des enjeux particulièrement sensibles dans les établissements disposant d'un service d'**Urgences**, comme les hôpitaux Nord et de la Conception, où **la libération rapide des lits conditionne directement la capacité d'admission des « patients non programmés »**.

Dans ce cadre, les séjours dépassant les standards attendus sont étroitement surveillés. Au sein des unités de médecine et de chirurgie de l'AP-HM, **les séjours dits « longs » ou « bloquants » sont identifiés selon deux approches complémentaires :**

→ **Ciblage manuel**, à l'aide d'un logiciel de suivi, lorsqu'une problématique est repérée par les équipes médicales ou sociales.

→ **Système d'alerte** lorsqu'un séjour dépasse 1,5 fois la DMS de l'unité de fonctionnement (référence définie sur des critères médicaux et appliquée de manière homogène, indépendamment des situations sociales des patients). Deuxième alerte lorsqu'un séjour dépasse 2 fois la DMS.

Si ces outils visent à réguler les flux hospitaliers, ils se heurtent fréquemment aux réalités cliniques et sociales : **pathologies complexes, perte d'autonomie, précarité ou absence de relais médico-social qui prolongent souvent les hospitalisations** au-delà des durées attendues.

Les patients concernés, parfois qualifiés de « bed blockers » ou de « patients atypiques », font l'objet de discussions lors de réunions de coordination pluridisciplinaires. Parmi eux figurent les **patients « déclarés sortants »**, c'est-à-dire médicalement aptes à quitter l'hôpital, mais dont la sortie est retardée en raison de l'absence de solution médico-sociale d'aval. Ils restent alors pour des « raisons sociales ».

Les entretiens menés avec les professionnels mettent en évidence **un climat de pression autour des DMS :**

“ En ce moment tout le monde est très stressé autour des DMS. On prend pas mal de coups de pression pour faire sortir les gens. ”

(service social, hôpital)

“ À l'hôpital, il y a aussi la réalité de la gestion des lits. Quand il y a de la pression aux urgences et qu'il faut faire de la place, les personnes qui peuvent théoriquement sortir sortent. Mais ça ne veut pas dire que leur situation sociale est réglée. ”

(équipe mobile intervenant en rue)

La dimension économique est également évoquée :

“Même si on est en hôpital public, il y a cette question : il faut faire ses preuves, aller vite, être rentable.”

(service social, hôpital)

Plusieurs professionnels soulignent enfin les limites d'une référence uniforme face à des populations socialement différenciées :

“Pas possible d'avoir la même DMS quand il n'y a pas la même population.”

(service social, hôpital)

Ainsi, la DMS apparaît à la fois comme un outil de pilotage indispensable dans un système hospitalier sous tension et comme un révélateur de déséquilibres structurels, notamment pour les publics précaires. Elle cristallise des arbitrages permanents entre impératifs médicaux, contraintes organisationnelles et exigences économiques, au risque de renforcer l'idée selon laquelle certains patients « restent trop longtemps » et « coûtent cher ».

2. Indicateurs statistiques et polarisation des séjours hospitaliers

Les données sur les séjours hospitaliers présentées dans la première partie de cette étude (récapitulées dans le tableau 23)

mettent en évidence plusieurs spécificités dans les parcours hospitaliers des personnes sans domicile :

Figure 23 : fréquences et durées des séjours hospitaliers des personnes identifiées comme sans abri (groupe 1), des personnes sans domicile ou présentant des problématiques de logement (groupe 2) ainsi que de la patientèle globale admise en unité d'hospitalisation en médecine ou chirurgie au sein des hôpitaux de l'AP-HM en 2024

	Groupe 1	Groupe 2	Global AP-HM
Nombre de patients	395	855	111 739
Nombre de séjours	765	1 616	182 146
Nombre moyen de séjours par patient	2,2 (ET = 2,1)	2,1 (ET = 2,2)	1,6
Durée moyenne de séjour	8 jours (ET = 14,3)	6,7 jours (ET = 13,8)	3,3 jours
Durée médiane de séjour	3 jours	2 jours	—
Durée maximale observée	143 jours	164 jours	—

Source : service de santé publique de l'AP-HM

→ Une fréquence du recours hospitalier plus élevée que dans la patientèle globale

Les personnes sans abri de notre échantillon (groupe 1) connaissent en moyenne 2,2 hospitalisations par an, et 2,1 pour le groupe 2 contre 1,6 dans la patientèle globale de l'AP-HM.

→ Des durées de séjour plus élevées mais très asymétriques

La durée moyenne de séjour observée pour les personnes sans abri s'élève à 8 jours, soit un niveau nettement supérieur à celui observé pour l'ensemble de la patientèle de l'AP-HM (3,3 jours).

La durée médiane, quant à elle, reste faible (3 jours pour le groupe 1, 2 jours pour le groupe 2), ce qui indique que la **majorité des séjours est courte**. L'écart important entre moyenne et médiane, associé à des écarts-types élevés et à des durées maximales très longues (jusqu'à 143 et 164 jours), révèle une distribution fortement asymétrique.

Autrement dit, ces résultats **ne traduisent pas un allongement homogène des séjours**, mais plutôt **une forte dispersion des trajectoires hospitalières** :

→ une **majorité de séjours courts**, comparables à la population générale,

→ un nombre **limité mais significatif de séjours très prolongés**.

Cette configuration suggère que la précarité résidentielle n'impacte pas tant la durée moyenne des séjours de façon uniforme, mais qu'elle est associée à **l'émergence de situations de blocage hospitalier prolongé**.

Ces situations peuvent s'expliquer à la fois par :

→ **Des facteurs médicaux :**

pathologies chroniques, complications ou comorbidités nécessitant des prises en charge prolongées

→ **Des facteurs sociaux :**

notamment le maintien à l'hôpital en l'absence de solution d'aval permettant d'assurer la continuité des soins pour des patients pourtant déclarés médicalement sortants

Afin de contribuer à apprécier la part relative du facteur social dans ces prolongations de séjour, nous avons calculé **l'Indicateur de performance des durées moyennes de séjour (IPDMS) pour les personnes sans abri (groupe 1)**.

Repère : IPDMS

L'IPDMS (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour) compare :

- les journées d'hospitalisation réellement observées
- aux journées théoriques attendues pour les mêmes pathologies (GHM) dans les Centres Hospitaliers Universitaires.

Cet indicateur permet donc, à pathologie comparable, de confronter les durées observées localement à celles attendues au niveau national.

Un IPDMS inférieur à 1 indique des durées observées plus courtes que la référence nationale, tandis qu'un IPDMS supérieur à 1 correspond à des séjours plus longs.

Le calcul repose ici sur :

1. les durées de séjour et le nombre de séjours par GHM au sein de notre échantillon issus du traitement des données du PMSI
2. les durées nationales de référence pour les Centres Hospitaliers Universitaires

Le résultat obtenu pour les personnes sans abri de notre échantillon (groupe 1) est de **0,975** soit une valeur très proche de 1. À pathologie comparable, les durées de séjour observées apparaissent donc globalement alignées sur les références nationales. Autrement dit, malgré des situations sociales particulièrement précaires, **les hospitalisations ne se traduisent pas par un allongement moyen des séjours par rapport aux attentes médicales**.

Points de vigilance / limites méthodologiques :



L'analyse repose sur des échantillons substantiels mais bien plus limités que la base hospitalière globale, ce qui peut influencer certains indicateurs. L'écart-type élevé au sein de notre échantillon indique une forte variabilité des durées de séjour, ce qui peut rendre la moyenne moins représentative. Précisons que notre échantillon contient beaucoup de séjours très courts. Certains, liés à des prises en charge au sein des Unités d'Hospitalisation de Très courte Durée liés aux services des Urgences (UHTCD), sont de 0 jour. Ainsi, **les séjours courts fréquents tirent l'IPDMS vers le bas et quelques séjours très longs tirent la moyenne vers le haut.**

Les données et indicateurs sur les séjours ne mettent pas en évidence un allongement généralisé des durées de séjour pour les personnes sans domicile au regard du profil clinique attendu. Elle suggère plutôt **des effets différenciés de la précarité résidentielle sur les parcours hospitaliers**, qui se traduisent moins par un allongement moyen des séjours que par une forte hétérogénéité des situations et des trajectoires de sortie. S'il n'indique pas de sur-durée moyenne significative, il n'exclut pas pour autant l'existence de **situations particulières de séjours très prolongés.**

Autrement dit, la question du facteur social semble moins se traduire par un allongement global des durées de séjour que par la **concentration de situations atypiques** – certains patients restant très longtemps hospitalisés faute de solution d'aval, tandis que la majorité connaît probablement des « sorties sèches » (en l'occurrence des retours à la rue pour le groupe des personnes sans abri) à l'issue de la prise en charge hospitalière.

3. Apports de l'enquête qualitative : des prises en charge disparates

Les entretiens menés avec les professionnels hospitaliers et les équipes d'accompagnement social permettent d'éclairer **les mécanismes à l'origine de la polarisation des parcours**

hospitaliers mise en évidence par les résultats statistiques : une majorité de séjours courts et un nombre limité de séjours très prolongés, faute de solution d'aval.

1. La majorité des patients sans domicile quittent l'hôpital lorsqu'ils sont considérés médicalement sortants :

→ Dans de nombreux cas, les situations sociales ne sont pas repérées et/ou ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique.



Il arrive que des personnes sortent de l'hôpital sans solution d'hébergement. On ne peut pas dire exactement à quelle fréquence ça arrive, mais ce n'est clairement pas quelque chose d'exceptionnel.



(équipe mobile)



Si la personne est médicalement sortante, et qu'elle peut se mettre debout et ne s'oppose pas, elle part.



(service social, hôpital)

Ces sorties rapides peuvent également résulter de départs à l'initiative des patients eux-mêmes, notamment parmi les personnes les plus ancrées dans des parcours d'errance, parfois associés à des problématiques d'addiction.

“ Parfois, les patients les plus précarisés et les plus à la rue vont fuguer. ”

(service social, hôpital)

→ Dans d'autres situations, les difficultés sociales sont identifiées mais aucune solution d'hébergement ou d'accompagnement ne peut être mobilisée immédiatement.

Dans ces cas, la décision de maintenir ou non le patient à l'hôpital apparaît très variable selon les services et les professionnels. Les acteurs sociaux extérieurs à l'hôpital confirment cette hétérogénéité des pratiques et des coopérations.

“ La relation avec l'hôpital dépend beaucoup des services et surtout des personnes. Dans certains services, on sait que ça va bien se passer, que les équipes vont penser à nous appeler, qu'il y a une assistante sociale qui connaît notre travail. Et puis dans d'autres services, on n'est pas contactés ou alors très tard, au moment où la sortie est déjà prévue. Dans ces cas-là, on a très peu de marge pour organiser quelque chose. ”

(équipe mobile intervenant en rue)

“ Remettre quelqu'un à la rue c'est contre-productif : il va revenir par les Urgences mais c'est souvent l'idée qu'il bloque un lit qui l'emporte. ”

(service social, hôpital)

“ Avec certains services, on peut travailler sur l'aspect social et l'hébergement. Dans d'autres services, ils en ont rien à faire : c'est "il sort = il sort!". Il arrive pas à marcher, il a pas de fauteuil roulant, qu'importe. Tu peux te mettre à crier et rester devant la porte, certains chefs de service n'en ont rien à péter. ”

(service social, hôpital)

Pour les professionnels interrogés, ces sorties sans solution apparaissent souvent contre-productives du point de vue des parcours de soins, car elles peuvent entraîner des ruptures de suivi et favoriser des retours rapides aux Urgences.

“ Quand quelqu'un sort de l'hôpital sans solution stable, ça peut compromettre la suite des soins. Les traitements sont difficiles à suivre, les rendez-vous médicaux sont compliqués à maintenir, et parfois la personne revient aux Urgences quelques jours plus tard. ”

(équipe mobile intervenant en rue)

2. Dans certains cas, les patients médicalement sortants restent hospitalisés

Ces cas relèvent principalement de deux configurations :

→ Lorsque le cas est repéré, accompagné, et qu'une orientation vers un dispositif d'aval est pré-identifiée et programmée sur le court terme

“ Les services acceptent globalement de prolonger un séjour de quelques jours s'il y a une perspective derrière. ”

(service social, hôpital)

→ Lorsqu'une sortie immédiate exposerait la personne à un risque élevé de mise en danger

Certaines trajectoires se traduisent par des hospitalisations particulièrement longues, parfois de plusieurs mois. C'est notamment le cas de patients présentant des troubles cognitifs sévères ou une perte d'autonomie importante, et pour lesquels un retour à la rue apparaît impossible sans danger.

“ Tous les services vont avoir leurs patients mascottes, des personnes qu'on ne peut pas remettre à la rue ”

(service social, hôpital)

“ Les gens qu'on garde longtemps, ce sont des cas extrêmes : si on les remet dehors, ils sont condamnés. ”

(service social, hôpital)

Bien que minoritaires au regard de l'ensemble des hospitalisations, ces situations mettent en évidence d'importantes disparités de prise en charge selon les situations, les services et les professionnels. Elles révèlent également les limites structurelles de l'articulation entre le système hospitalier et les dispositifs d'hébergement ou d'accompagnement social.



Parcours C : entre errance et hospitalisations répétées

Données recueillies auprès des services hospitaliers

Un homme d'environ 60 ans, sans domicile depuis de nombreuses années, suivi par les services hospitaliers depuis plusieurs décennies, est l'un des « patients mascotte » de l'hôpital. Il vit principalement dans l'enceinte de l'hôpital, utilisant un fauteuil fourni par l'établissement, et alterne entre errance et hospitalisations répétées. Son parcours illustre une prise en charge marquée par des allers-retours fréquents aux Urgences, des hospitalisations répétées et l'absence persistante de solution médico-sociale adaptée à la situation.

Sur le plan social, le patient présente une rupture ancienne de ressources, bien que ses droits sociaux soient actuellement ouverts. Il refuse les orientations vers les centres d'hébergement collectif. Plusieurs demandes d'admission en Lits Halte Soins Santé (LHSS) ont été formulées, avec accord de principe, mais aucune place n'a pu être mobilisée jusqu'à présent. Sur le plan somatique, il présente des lésions chroniques des membres inférieurs nécessitant des soins réguliers et des réfections de pansements.

Les conditions de vie à la rue favorisent des réinfections fréquentes, entraînant des passages répétés aux Urgences. La situation clinique reste préoccupante, avec un risque évoqué d'amputation bilatérale. Le patient présente également des troubles psychiatriques, compliquant l'adhésion aux soins et limitant les possibilités d'orientation ou de prise en charge à long terme. Un passage en psychiatrie a été envisagé, mais aucune place n'était disponible.

En raison de l'absence de solution d'hébergement médico-social et de la complexité de sa situation, l'hôpital a maintenu le patient hospitalisé de manière transitoire, avec un accueil « tournant » dans plusieurs services, dans l'attente d'une place en LHSS. Il a ainsi été hospitalisé une vingtaine de jours dans un premier service. Un transfert vers un autre service a été prévu, mais il a refusé le changement et quitté l'établissement avant le transfert effectif. Le patient s'est ensuite présenté de nouveau aux Urgences pour des soins et a été de nouveau intégré dans un service d'hospitalisation.

À ce jour, il demeure présent dans l'hôpital, en situation d'« hébergement » de fait, faute de solution adaptée en aval.

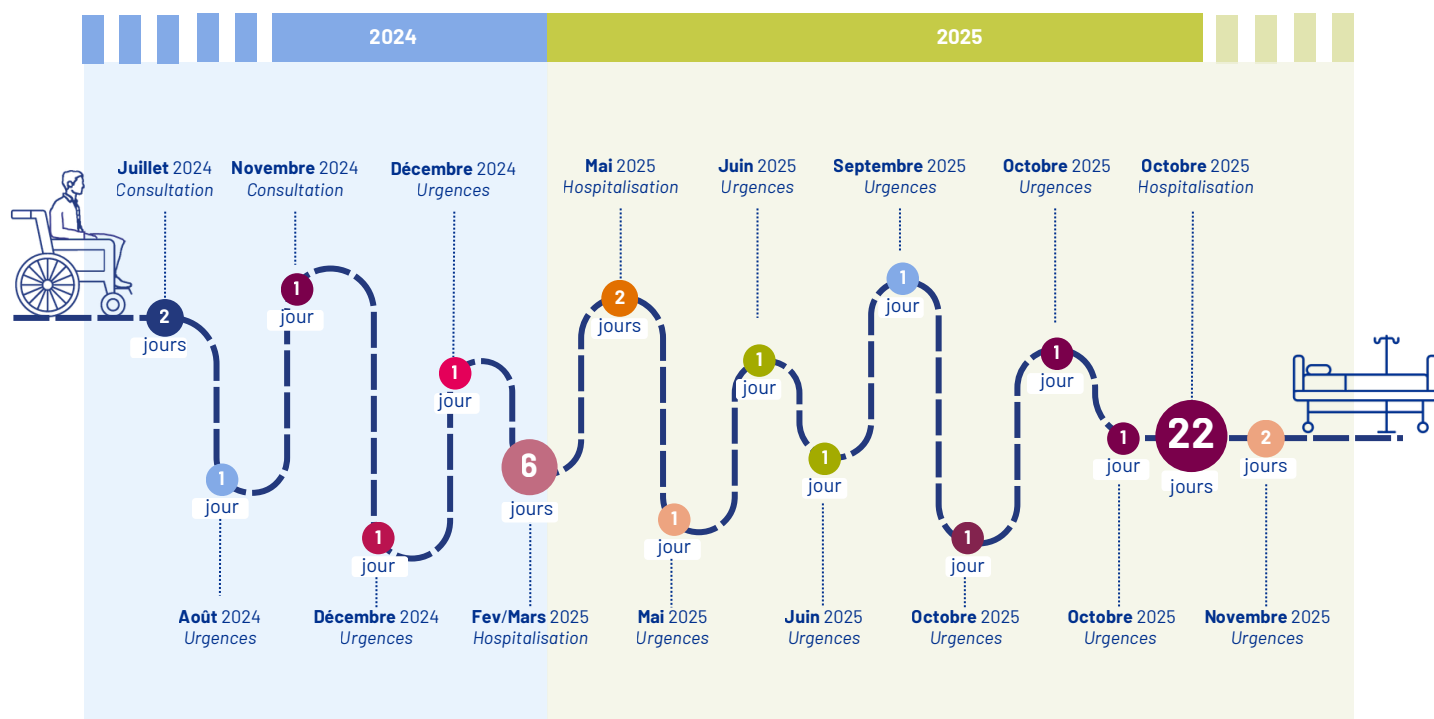


Illustration du Parcours C

Cette sous-partie, centrée sur la prise en charge hospitalière, met en évidence **les enjeux majeurs du repérage des situations**, de leur accompagnement, ainsi que les difficultés d'orientation vers des solutions d'aval. Elle révèle également que de nombreuses situations échappent aux dispositifs de prise en charge. Ces constats invitent à interroger

plus largement l'effectivité et l'adéquation des réponses proposées. Dans cette perspective, la suite de l'analyse se concentre sur les **solutions d'aval** : leur structuration, leurs agencements, leur mobilisation par les professionnels, ainsi que les besoins couverts et non couverts.

✚ II. Les dispositifs d'aval : quel champ des possibles ?

À l'issue d'une hospitalisation, la question de la **continuité des soins** se pose pour l'ensemble des patients. Les difficultés à l'assurer dépassent largement les seules situations de sans-domicilisme et tiennent notamment à des enjeux de partage d'informations, de coordination, d'adaptation du logement ou encore d'accès à un suivi approprié.

Pour les personnes sans domicile, **cet enjeu revêt toutefois une dimension spécifique, à la fois sanitaire et sociale**. Il repose sur une double exigence :

- 1 L'accès à une **solution d'hébergement**
- 2 La garantie d'une **continuité effective des soins**, qu'il s'agisse par exemple de soins infirmiers, de pansements, de rééducation ou de prises en charge plus complexes nécessitant un suivi médical et technique soutenu

Cette situation implique une **double contrainte pour les dispositifs d'aval**, qui doivent être en capacité de proposer une solution d'accueil tout en assurant, ou en rendant possible, la poursuite des soins dans des conditions adaptées.

Or, les professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude dressent un constat clair : les tensions sont fortes, avec un **nombre de places limité, des solutions souvent inadaptées et des difficultés persistantes d'articulation entre sanitaire et social**. Dans ces conditions, les remises à la rue restent fréquentes, et certaines orientations sont mises en place par défaut, simplement pour éviter le retour à la rue.

Pourtant, lorsque des orientations ajustées aux besoins des personnes sont mises en œuvre, elles peuvent produire des effets très positifs, en témoigne le parcours D.



Parcours D : la prise en charge en établissement médico-social comme espace de répit et de reconstruction

Données recueillies auprès de la personne lors d'une journée au LHSS

Cet entretien met en lumière la situation d'un jeune homme d'environ 20 ans, originaire d'un village en Afrique du Nord, dont la trajectoire migratoire et résidentielle est notamment liée à une problématique de santé ancienne : sa maladie, apparue dès l'enfance sous la forme de tremblements, s'est progressivement aggravée. Arrivé à Marseille il y a huit mois après un parcours migratoire impliquant une traversée en bateau, il se retrouve, dès son arrivée, confronté à une situation de survie incompatible avec son état de santé. Ne

connaissant personne sur place, il passe sa première nuit à la gare et vit pendant six mois à la rue, en s'appuyant sur des formes de solidarité informelle, notamment de la part de compatriotes qui lui offrent ponctuellement nourriture et hébergement de fortune. Il passe parfois ses nuits dans un snack avec l'accord du gérant.

Le contraste entre les besoins liés à son état de santé et les conditions concrètes d'existence à son arrivée est particulièrement saillant : il se retrouve à dormir dans des espaces extrêmement dégradés, « j'ai dormi avec les rats ». L'entrée dans le soin ne

devient possible qu'à partir de l'hospitalisation, après plusieurs passages entre établissements, jusqu'à ce qu'une assistante sociale hospitalière engage une demande d'admission en LHSS. Son récit souligne alors le rôle central de cette structure comme espace de stabilisation, à la fois sanitaire et matérielle. Le LHSS apparaît non seulement comme un lieu permettant la continuité des soins, mais aussi comme un cadre protecteur, assurant repos, sécurité et satisfaction des besoins élémentaires. Lorsqu'il affirme qu'« ici, c'est très calme, c'est tranquille, tu peux faire tes soins », il met en évidence combien l'accès effectif au soin dépend de conditions minimales de stabilité. Son discours exprime

enfin une forte discipline de soi et une volonté de se conformer aux attentes institutionnelles – « moi je suis là pour me faire soigner, pas pour créer des problèmes » – tout en laissant apparaître, au-delà de l'urgence médicale, une aspiration à la norme sociale : travailler, fonder une famille, mener « une vie normale ».

Ainsi, l'entretien montre que le LHSS constitue, dans son parcours, bien plus qu'un simple lieu d'hébergement post-hospitalier : il représente un espace de répit et de reconstruction, rendant temporairement compatible la prise en charge médicale avec la perspective d'une stabilisation de la situation sociale.

Cette sous-partie **objective les possibilités d'aval** sur le territoire et dresse un état des lieux des **besoins couverts et non couverts**.

1. Etat des lieux des dispositifs existants

Il existe une **diversité de dispositifs** susceptibles d'assurer la prise en charge des personnes sans domicile à la sortie d'hospitalisation. Chacun de ces dispositifs répond à un cadre d'intervention spécifique, défini notamment au regard du niveau de besoins en soins des personnes concernées. Leur mobilisation est ainsi subordonnée au respect de critères d'admission précis. Si la majorité des dispositifs théoriquement mobilisables sont spécifiquement destinés aux

personnes sans domicile ou en situation de précarité, d'autres dispositifs généralistes, non dédiés à ces publics, peuvent également répondre à certains de leurs besoins.

Le tableau suivant (figure 24) présente les principaux dispositifs potentiellement mobilisables, en précisant, pour chacun d'eux, leurs spécificités de prise en charge, leurs conditions d'admission ainsi que leurs modalités d'orientation.

Figure 24 : les dispositifs de prise en charge potentiellement mobilisables

Dispositif	Statut	Public cible	Conditions / critères d'entrée	Modalités d'entrée	Durées de prise en charge
Places urgence 115	Hébergement d'urgence centralisé au niveau du SIAO Financement Etat (DETS)	Personnes sans abri	Avoir besoin d'une mise à l'abri Inconditionnalité Option d'orientation pour des personnes sortantes d'hospitalisation sans besoin de soin ou d'équipement particulier	Appel 115	Mise à l'abri théoriquement temporaire Continuité de prise en charge
Places urgence 115 fléchées Sorties d'hospitalisation (procédure ASSAb, effective de début 2024 à début 2026)	Hébergement d'urgence centralisé au niveau du SIAO Financement Etat (DETS)	Personnes sans abri sortant d'hospitalisation	Sortir d'hospitalisation Présenter un besoin de « soins légers »	Fiche envoyée par mail par les équipes hospitalières aux référentes 115	Durée théorique de quelques jours Continuité de prise en charge
LHSS (Lits Halte Soins Santé)	Etablissement médico-social, Financement Etat (ARS)	Personnes sans domicile	Présenter un besoin de soins importants et temporaires	Dossier envoyé à l'établissement par un référent social	2 mois renouvelables Lorsque la situation sanitaire de la personne ne nécessite plus la prise en charge en LHSS
LAM (Lit d'Accueil Médicalisé)	Etablissement médico-social, Financement Etat (ARS)	Personnes sans domicile	Présenter une pathologie chronique ou invalidante avec un besoin de soins constants	Dossier envoyé à l'établissement par un référent social	Longue durée
Hébergements d'insertion SIAO	CHRS Financement Etat	Personnes sans logement	Inconditionnalité (sous réserve d'acceptation de la structure)	Demande réalisée par le référent social via la plateforme SI-SIAO L'admission dans la structure se fait sur proposition du SIAO La structure est décisionnaire	Continuité de prise en charge
Dispositifs de logement accompagné	Résidences sociales, IML (intermédiation locative), pensions de famille, FJT (foyer de jeunes travailleurs) <i>Le financement est divers selon les structures.</i>	Personnes sans logement	Droits ouverts Condition de ressource	Les modalités d'entrée sont diverses selon les structures. Sont présentées ici les modalités pour les places mises à disposition du SIAO. Candidature via le site du SIAO Le SIAO sélectionne 3 dossiers qui sont proposés à la structure La structure est décisionnaire	Varie en fonction des dispositifs
SMR (Soins Médicaux et Réadaptation)	Activité de soin portée par un établissement de santé autorisé (hôpital ou clinique)	Personnes sortant d'hospitalisation, convalescentes ou malades chroniques	Manquer d'autonomie pour un retour à domicile Nécessiter des soins, une rééducation ou une réadaptation Bénéficier d'une couverture santé (AME comprise) En théorie, pas de reste à charge pour les patients bénéficiant de la C2S ou de l'AME.	Dossier d'admission transmis par les équipes hospitalières	Fixée selon la situation clinique, les objectifs de rééducation, l'évolution du patient et l'avis médical de l'établissement
EHPAD (Hébergement médicalisé pour personnes âgées dépendantes)	Hébergement médicalisé	Personnes âgées dépendantes (pathologies physiques et/ou cognitives)	Nécessiter un accompagnement quotidien avec des soins infirmiers réguliers. L'admission est conditionnée par plusieurs critères : • Le niveau de perte d'autonomie : évaluation par la grille AGGIR, qui va de 1 (forte dépendance) à 6 (légère dépendance) • Le critère d'âge : 60 ans. Une dérogation d'âge peut être demandée au Conseil départemental avec l'accord de la MDPH • Le dossier administratif complet , impliquant une régularité du séjour sur le territoire et l'affiliation à un régime de sécurité sociale en France • Les garanties de paiement : la facture d'un EHPAD se décompose en 3 tarifs : Hébergement (aide possible : ASH), Dépendance (aide possible : APA), Soins (prise en charge par Assurance maladie)	Dossier d'admission transmis à l'établissement par un référent social	Longue durée

En dépit de cette diversité théorique, les solutions effectivement mobilisables au cours de l'hospitalisation apparaissent particulièrement limitées. Cette situation s'explique notamment par la **brèveté des temps d'hospitalisation**, souvent peu compatibles avec les délais nécessaires à certaines orientations, mais aussi par les **réticences** manifestées par certains dispositifs à accueillir ces publics, y compris lorsque les critères d'admission semblent réunis. Ces problématiques seront approfondies dans la troisième sous-partie.

L'accès aux places d'insertion SIAO illustre bien les limites liées aux différentes temporalités. Il suppose la constitution d'un dossier conséquent sur le SI-SIAO, démarche difficile à mener dans le temps contraint de l'hospitalisation. Mais surtout, il nécessite un suivi prolongé de la demande. Ce suivi n'est pas compatible avec les missions des assistants de service social hospitaliers qui n'interviennent pas dans le suivi social post-hospitalisation.

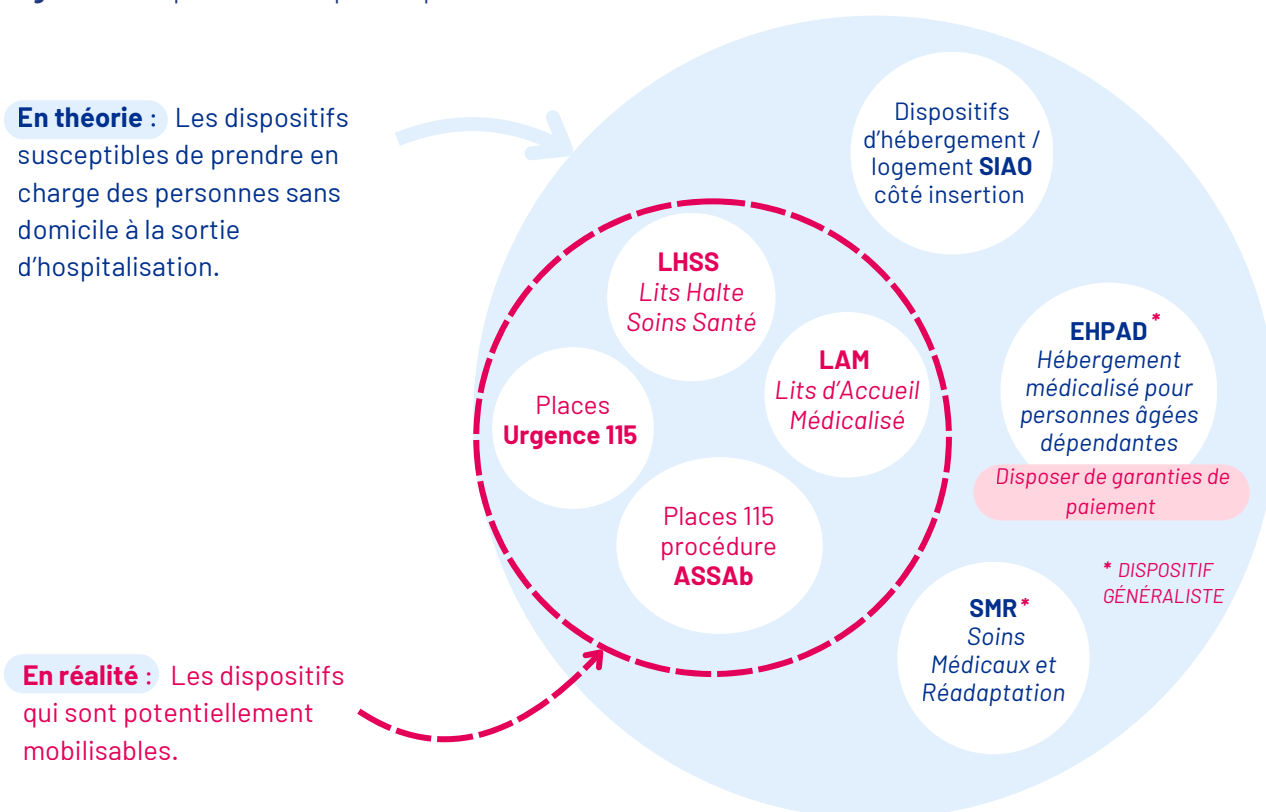
Le cas des SMR met en évidence les difficultés importantes à rendre effectif, pour les personnes sans domicile, le recours à des dispositifs de droit commun, alors même qu'ils correspondent à leurs besoins et à leur situation administrative. En effet, ces dispositifs sont particulièrement difficiles à mobiliser pour ce public. Cela s'explique par la durée limitée des séjours à l'hôpital, qui implique d'anticiper rapidement une solution de sortie, et par des réticences de certains établissements à admettre des personnes pour qui la question de l'aval du séjour en SMR demeure incertaine.

Ces freins s'inscrivent enfin dans des logiques plus larges de **stigmatisation** des personnes sans domicile, qui peuvent peser sur les décisions d'admission :

“ Les SMR c'est vraiment trop compliqué, c'est très très rare que la demande aboutisse, même sans parler des personnes qui ont l'AME. En fait il y a plein de préjugés sur les SDF, et personne ne veut être celui qui va remettre à la rue. ”

(Service social, hôpital)

Figure 25 : les possibilités depuis l'hôpital



L'orientation vers un EHPAD se heurte également à plusieurs obstacles. Le premier tient à l'âge : les personnes concernées n'ont pas toujours atteint le seuil généralement requis de 60 ans, alors même qu'elles connaissent souvent un vieillissement précoce lié à la dégradation de leur état de santé et à l'usure provoquée par les conditions de vie à la rue ou dans des situations de grande précarité. Si des dérogations d'âge peuvent être accordées pour permettre une admission avant 60 ans, leur obtention suppose des démarches souvent longues et complexes, peu compatibles avec les temporalités de la sortie d'hospitalisation. Un autre aspect exclut de fait l'orientation d'une partie des personnes sans domicile : l'admission en EHPAD, suppose une situation administrative régulière sur le territoire. La question des ressources représente un frein supplémentaire : si le recours à l'aide sociale est théoriquement possible, les démarches afférentes sont

complexes, et les places habilitées à l'aide sociale demeurent peu nombreuses dans les EHPAD du territoire. Notons cependant qu'il existe, sur le territoire, quelques exceptions d'EHPAD porteurs d'un projet social affirmé, à l'image de l'EHPAD Saint-Barthélémy de la Fondation Saint-Jean-de-Dieu.

En pratique, les dispositifs réellement mobilisables pour les personnes sans domicile depuis l'hôpital relèvent principalement du système d'urgence sociale, notamment des places accessibles via le 115, ainsi que des établissements médico-sociaux spécifiquement destinés aux personnes sans domicile, tels que les LHSS et les LAM. Néanmoins, ces dispositifs sont eux-mêmes fortement contraints : le système d'urgence sociale est saturé et, pour les établissements spécialisés, les besoins excèdent largement les capacités d'accueil disponibles.

2. Etat des lieux des besoins couverts et non couverts à partir des dispositifs mobilisés depuis l'hôpital

Nous proposons ici un état des lieux des dispositifs les plus mobilisés au cours de l'hospitalisation, ainsi que des besoins

auxquels ils répondent — et de ceux qui demeurent non couverts.

Les places d'urgence du 115 : un recours central sous forte contrainte

Le 115, plateforme téléphonique du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), constitue le principal dispositif d'accès à l'hébergement d'urgence pour les personnes sans domicile. Reposant sur un principe d'inconditionnalité de l'accueil, il est, en théorie, accessible à toute personne formulant une demande de mise à l'abri. À ce titre, il représente le dispositif **le plus immédiatement mobilisable pour les usagers eux-mêmes et pour les professionnels du secteur sanitaire et social.**

Les places attribuées via le 115 correspondent majoritairement à des nuitées hôtelières ou à

des hébergements en structures collectives d'urgence. Elles sont souvent caractérisées par un **faible niveau d'équipement** (absence fréquente de cuisine, d'ascenseur ou d'aménagements spécifiques) et par l'**absence d'encadrement médico-social permanent**, même si des équipes mobiles peuvent ponctuellement y intervenir. Ces dispositifs constituent une possibilité d'orientation pour les personnes ne nécessitant ni soins spécifiques ni accompagnement intensif, notamment dans le cadre de sorties d'hospitalisation sans besoins médicaux particuliers.

L'accès effectif à ces places est néanmoins fortement contraint. Les difficultés à joindre la plateforme téléphonique, les temps d'attente prolongés et le nombre limité de places disponibles, participent à restreindre l'effectivité du droit à l'hébergement d'urgence. Ces obstacles contribuent également au **non-recours**, certaines personnes renonçant à solliciter le dispositif face à la faible probabilité d'obtenir une place. Notons également que le non-recours peut parfois relever d'un arbitrage contraint de la personne elle-même. Au regard des conditions d'hébergement en collectif, souvent précaires, voire dégradées, certaines personnes préfèrent se débrouiller seules, même si cela implique de passer des nuits à la rue.



Les places Urgence 115



Nombre de places (Marseille, 2024) :

1826 nuitées hôtelières quotidiennes en moyenne et **1824** places en structure d'hébergement par orientation 115



Nombre de demandes (Marseille, 2024) :

9809 ménages distincts représentant **14988** personnes.

Taux de **DNP** : **86%**

Source : SIAO 13

Le **taux de demandes non pourvues (DNP)** s'élève ainsi à **86% en 2024** à Marseille, témoignant d'un écart particulièrement marqué entre les places disponibles et les besoins exprimés. Ce taux, déjà très élevé, tend par ailleurs à sous-estimer la demande réelle, en raison du non-recours évoqué précédemment. La saturation du dispositif est croissante (**92% de DNP en 2025**), notamment en lien avec une **réduction des nuitées hôtelières** et la **mise en place progressive de la continuité de prise en charge sur le territoire depuis 2025**. En effet, alors que les dispositifs d'urgence reposaient historiquement à Marseille sur une mise à l'abri de courte durée nécessitant des renouvellements fréquents des demandes, une logique de stabilisation des parcours s'est progressivement développée, visant à limiter les ruptures d'hébergement.

Malgré ce contexte, le 115 demeure pourtant l'une des seules options d'orientation mobilisables pour de nombreux professionnels, notamment au sein des services d'Urgences hospitalières.



Focus : Urgences hospitalières et urgences sociales

Le service des Urgences apparaît comme un lieu particulièrement révélateur des situations de sans-domicilisme et, plus largement, de l'imbrication des problématiques sociales et sanitaires. Les personnes sans domicile peuvent s'y présenter pour des motifs proprement médicaux, mais aussi y chercher un abri temporaire, sans nécessairement engager de démarche de soins. **La salle d'attente des urgences constitue un espace de refuge, qualifié par une professionnelle hospitalière comme un « dernier rempart ».**

Toutefois, les urgences disposent de marges d'action encore plus restreintes que celles observées au sein des unités d'hospitalisation étudiées. En pratique, leur principal recours consiste à solliciter le 115. La contrainte liée à la temporalité des passages aux urgences est renforcée par l'absence de service social durant la nuit, ce qui limite les possibilités d'évaluation et d'orientation immédiates. Dans certains cas, les personnes sans domicile sont maintenues aux Urgences jusqu'au matin en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).

Rattachée au service des urgences, cette unité accueille des patients nécessitant une surveillance temporaire, qu'il s'agisse de l'instauration d'un traitement ou d'une observation clinique. Des chambres peuvent

aussi être mobilisées pour permettre un maintien transitoire de personnes isolées, souvent âgées, dont le retour immédiat à la rue ou au domicile n'est pas envisageable.



Parcours E : un « jour de chance » aux Urgences

Le parcours E permet d'incarner ces constats. Son passage par les urgences résulte d'abord d'un événement médical et devient un moment de réorientation de sa trajectoire.

Données recueillies lors d'une journée d'observation participante - Récit de la chargée de recherche

À mon arrivée à l'hôpital, l'équipe parle d'« un jour de chance ». Dans la nuit, une femme sans abri a été prise en charge aux urgences. Au petit matin, une assistante sociale de l'hôpital appelle le 115 : une place vient de se libérer dans une structure d'hébergement du département (dans une commune autre que Marseille). La femme accepte. Une équipe mobile doit venir la chercher vers 16 heures pour l'y accompagner.

Madame a une cinquantaine d'années. Divorcée, sans enfant, originaire d'Afrique du Nord, elle est arrivée à Marseille cinq mois plus tôt. Dans son pays d'origine, elle vivait dans la maison familiale. À la mort de ses parents, elle a tenté de conserver le logement, mais n'a pas pu faire face au montant du loyer et a été expulsée.

À son arrivée à Marseille, elle est hébergée pendant un mois chez un ami, qui devient ensuite violent et la met à la porte. Pendant quatre mois, elle dort dans des jardins et aux abords de la gare. Elle explique être restée dans ce quartier du fait de la présence policière, qui la rassure. Le jour, elle mendie. Elle raconte que de nombreux

hommes lui proposent de l'héberger en échange de rapports sexuels.

“Beaucoup d'hommes m'ont dit : « Tu es belle, viens à la maison. »”

La veille de notre rencontre, elle se rend dans un foyer dont on lui a parlé pour y trouver refuge. À son arrivée, elle perd connaissance. Les pompiers la transportent alors aux Urgences pour des examens de contrôle.

Lorsque nous échangeons, elle paraît soulagée, reconnaissante et pleine d'espoir. La première chose qu'elle me dit, c'est qu'elle a pu manger. Dans la chambre, elle se lève pour me montrer les deux plateaux-repas vides posés sur la table et s'exclame :

“Ici, c'est magnifique. Hier, j'ai mangé. Aujourd'hui aussi.”

Elle souligne aussi avec émotion la manière dont elle a été accueillie :

“Hier, j'ai beaucoup pleuré. Elles m'ont dit : « Ne pleure pas, on est avec toi, tu vas te reposer et manger. »”

Puis elle poursuit :

“Ce matin, j'ai vu la dame qui a appelé le 115. Aujourd'hui, on m'a dit : « Tu vas au foyer. » Moi, je marche avec toi.”

Et elle conclut :

“Je suis heureuse. Maintenant, ça va changer. Je vais pouvoir dormir. Je vais pouvoir réfléchir.”

Ce parcours montre ainsi qu'une hospitalisation, même de courte durée, peut, dans certaines configurations, constituer un **point de bascule « vers le mieux »** dans les parcours. Mais ce « jour de chance » doit être rapporté à ce qu'il a d'exceptionnel : l'accès à une solution d'hébergement ne procède pas ici d'une réponse institutionnelle stabilisée, mais de **la conjonction rare de plusieurs circonstances favorables** — une admission en UHTCD, la présence d'une assistante sociale,

un appel effectué au bon moment, la libération inopinée d'une place ainsi que l'accord de la personne pour être hébergée en collectif dans une autre commune du département. En ce sens, le parcours E éclaire à la fois le **rôle de rattrapage** que peuvent jouer les hospitalisations et les **limites structurelles** d'un système dans lequel l'accès à l'hébergement demeure largement tributaire de l'urgence, de l'opportunité et, comme le disent les professionnelles, de la « chance ».

Les places fléchées « sortie d'hospitalisation » via la procédure ASSAb : gérer urgence et continuité de soin

Depuis 2019, ASSAb anime un groupe de travail « sorties d'hospitalisation » réunissant les acteurs institutionnels, les hébergeurs et les équipes hospitalières intervenant à Marseille. Ce travail partenarial a abouti à la **co-construction d'un parcours fléché inédit à l'échelle du territoire** : une procédure centralisée au niveau du 115, permettant d'orienter les personnes sans abri sortant de l'hôpital avec un besoin de soins légers vers un hébergement d'urgence adapté à la continuité de soin.

Objectifs de la procédure :

La procédure vise à **garantir la continuité des soins pour les personnes sans abri sortant d'hospitalisation et nécessitant uniquement des soins légers**, comme des pansements post-opératoires, un traitement médicamenteux ou des rendez-vous de suivi. Ces besoins, bien que qualifiés de « légers », exigent une coordination entre acteurs et des conditions matérielles minimales que la vie à la rue ou dans certains hébergements ne permet pas d'assurer, comme l'accès à l'hygiène, à une douche ou encore à un réfrigérateur pour conserver certains médicaments.

L'objectif est ainsi double :

- 1 Orienter les personnes vers un hébergement disposant des équipements et du personnel **adaptés à leur état de santé et à leur autonomie** — une solution bénéfique autant pour les patients que pour les structures.

- 2 Organiser un circuit entre les différents acteurs du médico-social afin de garantir la **continuité des soins** grâce au partage d'informations et à la réactivité indispensable dans le champ de l'urgence. En effet, il arrive que des personnes sortant de l'hôpital arrivent en structure sans les documents permettant d'assurer la continuité de leurs soins, comme le compte-rendu d'hospitalisation, l'ordonnance ou encore la liste des rendez-vous médicaux prévus.

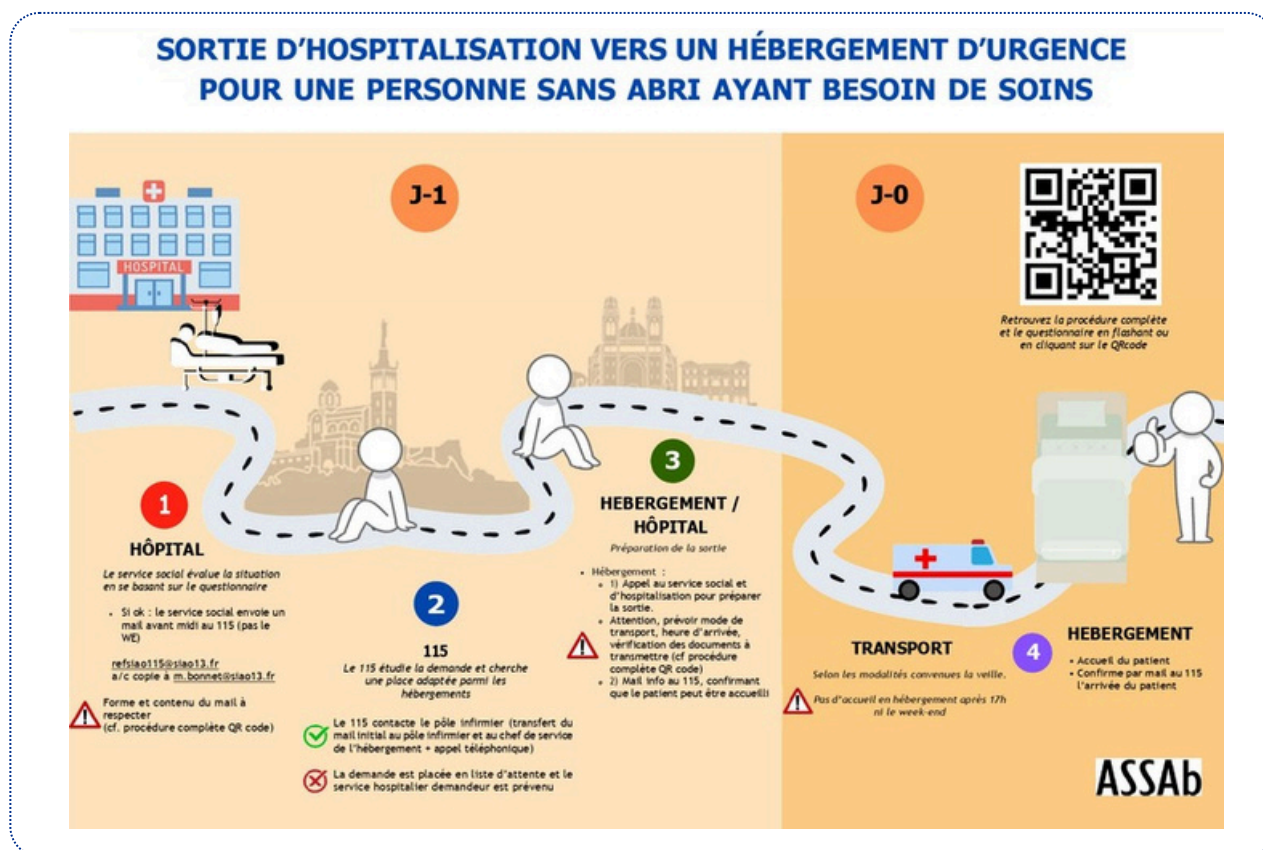
Mise en place d'un circuit pluri-acteur millimétré :

Pour assurer la continuité des soins, un processus précis et rigoureux, réajusté progressivement en fonction des retours des différents acteurs, a été mis en place (voir figure 26).

Le circuit repose sur **un lien indispensable entre les services médicaux et sociaux**. Il implique de disposer de **places adaptées** et de vérifier que la situation de la personne correspond bien aux critères définis : être sans abri, en sortie d'hospitalisation, et présenter un besoin de soins légers. Pour cela, un questionnaire sous forme de fiche sanitaire permet d'évaluer l'adéquation de la demande. La personne doit relever de soins qualifiés de « légers », disposer d'un niveau d'autonomie suffisant et être en capacité de s'adapter à un hébergement collectif.

Figure 26 : circuit de la procédure « sorties d'hospitalisation » d'ASSAb

Source : ASSAb



Entre sa mise en place en mars 2024 et juin 2025, 306 demandes ont été transmises au 115 dans le cadre de la procédure et 133 personnes ont été orientées sur les places fléchées. Si l'on exclut les demandes qui ont

été considérées hors cadre par le SIAO, le **taux de demande non pourvues se situe à 51%, ce qui est nettement inférieur à celui de l'ensemble des demandes 115 (86% pour l'année 2024).**



Places fléchées "sortie d'hospitalisation" via la procédure ASSAb

Mise en place : mars 2024

Parties prenantes

- Le 115
- Les hôpitaux :

les 4 hôpitaux de l'AP-HM : Timone, Nord, Conception et Sainte Marguerite

3 hôpitaux spécialisés ou privés : Hôpital Européen, Hôpital Saint-Joseph, Centre Hospitalier Édouard Toulouse (spécialisé en psychiatrie)

Pour l'ensemble des hôpitaux, le service des Urgences et les maternités ne rentrent pas dans le cadre de la procédure

- Les structures d'hébergement :

La Minoterie (Groupe SOS) : hommes seuls, 2 places fléchées

Forbin (Fondation Saint-Jean de Dieu) : hommes seuls, 4 places fléchées

Chez Simone (Groupe SOS) : femmes seules, 1 place fléchée



Nombre de places : 7 places en structure d'hébergement d'urgence à Marseille, dont 1 pour les femmes seules (le reste pour les hommes seuls)



Nombre de demandes (mars 2024 – juin 2025) : 306, dont 263 considérées comme relevant du cadre de la procédure

Nombre de demandes pourvues : 133

Taux de DNP : 51%

Source : données traitées à partir des données d'activité centralisées par les référentes 115

Reconfigurations en cours

À la fin de la phase de terrain sur cette procédure dans le cadre de cette enquête en juin 2025, la majorité des professionnels considère que la procédure est désormais **bien structurée, maîtrisée** par les acteurs impliqués et **globalement opérationnelle**.

“

La procédure fonctionne bien. Il y a parfois quelques dysfonctionnements, ce qui reste normal compte tenu du nombre d'interlocuteurs impliqués simultanément. La coordination peut parfois générer des incompréhensions, mais dans l'ensemble, le dispositif est efficace.

”

(structure d'hébergement)

Les différents acteurs font néanmoins part de leurs inquiétudes concernant l'avenir de la

procédure, principalement en raison du manque croissant de places disponibles. En effet, à cette période, l'allongement de séjours en lien avec la mise en place de la continuité de prise en charge augmente significativement le nombre de demandes non pourvues.

Depuis l'automne 2025, ce **circuit spécifique est remis en question**, principalement en raison de l'embolisation des places et d'évolutions internes au SIAO. Une réflexion autour d'un système d'évaluation des demandes à l'échelle globale est en cours. Celui-ci viserait à prioriser les situations en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes, sur la base d'une grille commune intégrant notamment des critères liés à l'état de santé.



Focus : Evolutions du 115 et sorties d'hospitalisation

Pour faire face à la saturation du système d'hébergement d'urgence, **certains SIAO instaurent des critères de priorisation**, en ciblant notamment les femmes enceintes, les personnes dont l'état de santé se dégrade ou celles qui multiplient les refus de prise en charge (DNP). Le 115 des Bouches-du-Rhône fonctionne pour sa part **historiquement selon un principe de "simultanéité"** : une place qui se libère est attribuée à la personne qui en fait la demande au même moment. Ce principe est mis en avant pour **garantir l'égalité de traitement de la demande**. Seule exception : les situations de mise en sécurité des personnes victimes de violences, gérées via une plateforme dédiée.

En mars 2024, la mise en place de la procédure ASSAb constitue une autre exception notable. En effet, les référentes 115 centralisent et traitent les demandes de manière spécifique. On reste dans la logique de l'urgence – c'est toujours la demande du

jour qui compte, sans logique de file d'attente – mais **l'existence de places fléchées « sortie d'hospitalisation » et d'un circuit coordonné marque une véritable évolution dans le fonctionnement du 115**.

Face à la saturation du parc marseillais, le SIAO **reconfigure actuellement ses principes d'orientation** afin de **prioriser les publics les plus vulnérables**. Chaque orientation SIAO se fera dorénavant en fonction **d'une grille d'évaluation**. Cette grille poursuit un double objectif :

- suivre le parcours de la personne tout au long de sa prise en charge, en fonction des besoins repérés.
- assurer une entrée unique avec une même grille pour tous.

L'orientation s'effectuera en fonction du degré de vulnérabilité. Cette grille est actuellement **en cours d'expérimentation** sur l'ensemble des services du SIAO, en vue d'une mise en application courant 2026.

Dans ce contexte, l'avenir de la procédure apparaît incertain. La **fin progressive des « places fléchées »** a été actée lors du groupe de travail ASSAb de mars 2026. Le **groupe de travail « sorties d'hospitalisation »** perdure toutefois et s'adapte.

L'enjeu est désormais de préserver un circuit favorisant la **continuité des soins, sans recourir à des places fléchées**. Il s'agit de travailler sur un « parcours santé précarité » généralisé pour tous les acteurs afin qu'il y ait une meilleure connaissance - notamment pour

les hospitaliers - des procédures et des structures d'hébergement existantes.

Les professionnels restent mobilisés pour conserver un interlocuteur dédié au sein du SIAO pour les assistants sociaux, et pour maintenir un lien étroit entre les acteurs du sanitaire et du social, à l'hôpital comme dans les structures d'accueil, afin de garantir la continuité de soin au sein des parcours de prise en charge.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) constituent la solution d'aval la plus adaptée pour les personnes sans domicile à la sortie d'hospitalisation, lorsque leur **état de santé nécessite encore une prise en charge médicale et paramédicale, sans relever d'une hospitalisation complète**. Ils accueillent notamment des personnes en suites d'hospitalisation (post-chirurgie, plaies, etc.), atteintes de pathologies chroniques déstabilisées (diabète, insuffisance cardiaque etc.) ou en situation de vulnérabilité médico-sociale (comorbidités, troubles psychiatriques associés, isolement social etc.).

Les LHSS proposent une prise en charge temporaire reposant sur une équipe médicale et paramédicale, une coordination des soins et un accompagnement social. Financés par l'ARS, ils visent la stabilisation de l'état de santé et l'orientation vers des solutions adaptées.

À Marseille, l'offre comprend 4 LHSS pour 79 places, dont 10 places dédiées aux femmes. Les établissements sont indépendants (projets de service, commissions d'admission), mais participent à une dynamique commune via le groupe de travail inter-LHSS organisé par ASSAb, ayant permis notamment l'harmonisation du dossier d'admission.

Il n'existait jusqu'alors aucune vision consolidée à l'échelle du territoire, notamment sur les demandes pourvues et non pourvues. En cause, l'absence de données harmonisées, et la possibilité de déposer plusieurs demandes pour une même personne. Dans le cadre de l'enquête, une analyse a été réalisée à partir des données anonymisées d'admission et d'activité 2024 de chaque LHSS, afin de mieux objectiver cette situation. Les principales limites de ce travail proviennent des disparités de données entre les établissements ainsi que de la présence de doublons difficilement repérables.



Les places en LHSS :



Nombre de places en LHSS à Marseille : 79 sur 4 structures

Fontainieu(Groupe SOS) : 15 places

La Minoterie(Groupe SOS) : 32 places

Forbin (Fondation Saint-Jean de Dieu) : 22 places

Jane Pannier (Association Jane Pannier, accueil femmes) : 10 places



Nombres de demandes (2024) : 660

Nombre de demandes pourvues : 188

Taux de DNP : 72%

Méthode :

Concernant le repérage des demandes pourvues et non pourvues, ont été comptées comme « demandes » toutes les demandes d'admission examinées formellement en commission en 2024 au sein d'un LHSS, mais également toutes les entrées en établissement n'ayant pas fait l'objet d'une commission d'admission. Les demandes simultanées effectuées par une même personne à plusieurs établissements ont été comptabilisées comme une unique demande. En revanche, les demandes effectuées par une même personne à des dates différentes, même au sein du même établissement, ont été comptées comme des demandes distinctes. Les « demandes pourvues » correspondent quant à elle à toutes les entrées avérées en LHSS.

Ce travail met en évidence **un taux particulièrement élevé de demandes non pourvues**, atteignant **72%** des 660 demandes recensées en 2024. Les professionnels s'accordent à considérer que ce taux est probablement en augmentation en 2025, dans

un contexte de raréfaction des solutions de sortie. Cette situation s'explique en grande partie par **la saturation des structures d'hébergement en aval, qui limite les possibilités d'orientation et prolonge les durées de séjour.**

Ainsi, des places **pourtant conçues comme temporaires** tendent à être **mobilisées sur des durées plus longues**, contribuant à un effet d'embolisation du dispositif et réduisant sa capacité d'accueil pour de nouvelles admissions.

À titre de référence, la durée de séjour au sein de ces établissements est **théoriquement de deux mois**, renouvelable en fonction de l'état de santé de la personne. Celle-ci a vocation à être orientée vers une autre solution dès lors que sa situation est stabilisée. Nous avons **estimé les durées de séjour des LHSS** du territoire à partir des données disponibles. Etant donné leur hétérogénéité, les résultats sont à **considérer avec précaution.**



Points de vigilance

Les indicateurs sur les durées de séjour ne proviennent pas des mêmes sources selon les établissements. Pour Forbin et le Minoterie, ils se basent sur les entrées (flux), tandis que pour Fontanieu et Jane Panier, ils se fondent sur les personnes présentes (stock). Il n'est donc pas possible de comparer les établissements entre eux ni de généraliser ces résultats, qui sont présentés à titre indicatif.

Figure 27 : valeurs des paramètres sur les durées de séjour des LHSS (en jours)

Etablissement	Données disponibles	Moyenne (écart-type)	Médiane (Q1 ; Q3)	Min ; Max
Forbin	Données des personnes entrées en 2023, 2024, 2025 (n=93)	97 (65)	82 (59 ; 137)	1 ; 327
Fontanieu	Données d'activité pour toutes les personnes présentes en 2024 (n=30)	245 (382)	87 (26 ; 268)	6 ; 1798
Jane Pannier	Données d'activité pour toutes les personnes présentes en 2024 (n=18)	158 (119)	126 (61 ; 236)	30 ; 365
La Minoterie	Données des personnes entrées en 2024 (n=75)	103 (113)	53 (27 ; 142)	1 ; 595

Source : données traitées à partir des données d'activité des LHSS

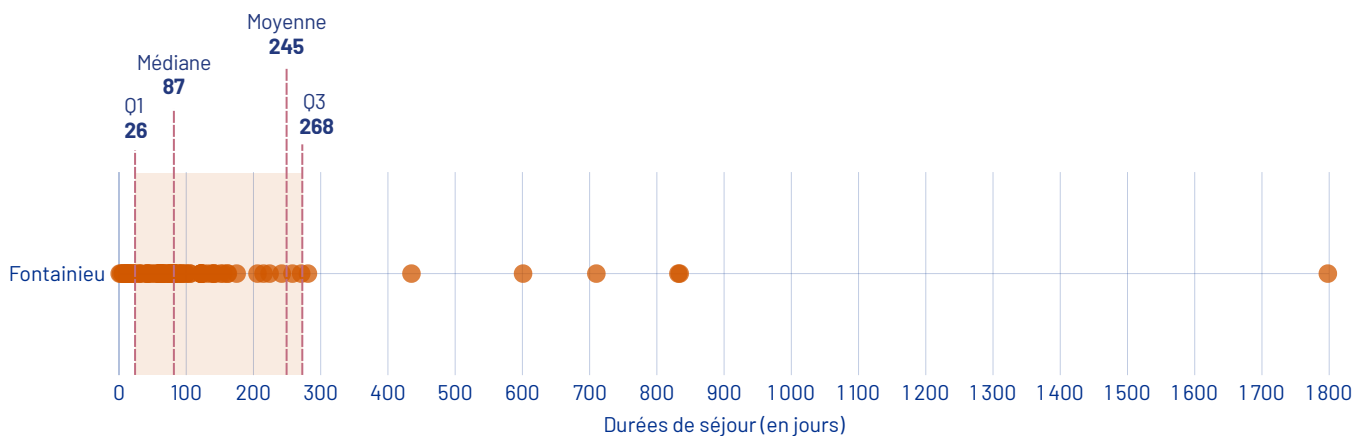
Ces résultats restent néanmoins instructifs. L'analyse se concentre sur les structures pour lesquelles les données disponibles sont les plus complètes : pour Fontainieu, l'ensemble des personnes présentes en 2024, quelle que soit leur année d'entrée ; pour Forbin, les personnes entrées en 2023, 2024 ou 2025.

Le graphique 28 met en évidence une **forte dispersion des durées de séjour** au LHSS de Fontainieu (moyenne : 245 jours ; médiane : 87 jours ; ET : 382). Cette variabilité s'explique par la présence de valeurs extrêmes (dont un séjour atypique de 1 798 jours), qui tirent la moyenne vers le haut et biaisent sa représentativité. La moitié des séjours se situe

entre 26 et 268 jours, traduisant une **activité très hétérogène**, marquée par la **coexistence de séjours courts et très longs** voire quasi permanents, probablement associés à des situations sanitaires et sociales particulièrement complexes.

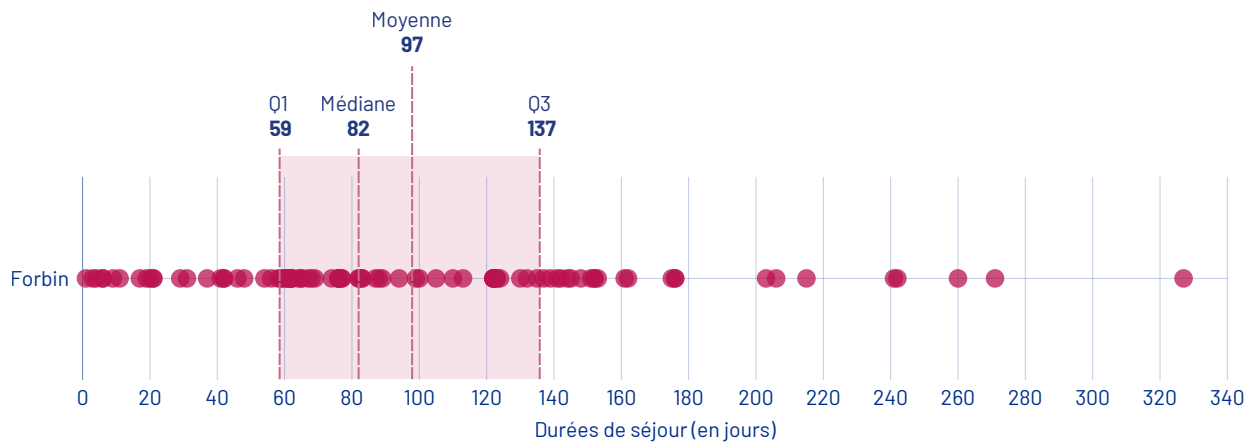
Le graphique 29 met pour sa part en évidence des **durées de séjour relativement homogènes** au LHSS de Forbin (moyenne : 97 jours ; médiane : 82 jours ; ET : 65). La dispersion est modérée, avec 50% des séjours compris entre 59 et 137 jours et peu de valeurs extrêmes. Ces résultats traduisent une **rotation plus importante** et des profils de prise en charge relativement homogènes.

Figure 28 : durées de séjour observées dans le LHSS de Fontainieu



Source : données d'activité du LHSS de Fontainieu
Données pour l'ensemble des personnes ayant séjourné dans le LHSS en 2024, quelle que soit leur année d'entrée (n=30)

Figure 29 : durées de séjour observées dans le LHSS de Forbin



Source : données d'activité du LHSS de Forbin. Données des personnes entrées en 2023, 2024, 2025 (n=93).

Note de lecture : Le rectangle coloré correspond à l'écart interquartile (ses extrémités représentant le premier et le troisième quartile) et contient donc 50% de la distribution.

La partie qualitative de l'enquête met en évidence des différences de prise en charge entre Fontainieu et Forbin, qui s'expliquent principalement par deux facteurs. D'une part, les projets d'établissement diffèrent, ce qui influence les publics accueillis, avec une sélection de profils plus ou moins orientables vers des solutions d'aval. D'autre part, Forbin dispose de davantage de solutions d'aval, notamment grâce à la présence sur site de places en centre d'hébergement pouvant

constituer des options de sortie pour les personnes prises en charge au LHSS. Toutefois, l'établissement est confronté à des difficultés croissantes de sortie, dans un contexte de centralisation systématique des demandes et de mise en place, en septembre 2025, d'une continuité de prise en charge au sein de ses centres d'hébergement. La question centrale de la « suite de la suite » sera développée dans la partie suivante.

Les Lits d'accueil Médicalisé (LAM)

Les LAM sont des établissements médico-sociaux destinés à accueillir des personnes sans domicile **présentant des pathologies lourdes, chroniques et évolutives, avec un niveau de gravité et de complexité supérieur à celui des publics pris en charge en LHSS**. Ces situations nécessitent un accompagnement médical renforcé et un suivi au long cours, sans toutefois relever d'une hospitalisation. Les LAM assurent ainsi une prise en charge globale, associant soins, accompagnement social et soutien à la stabilisation.

Il existe un unique LAM à Marseille de 32 places, qui se trouve sur le site de Fontainieu. Les données présentées ci-dessous se basent sur la même méthodologie que pour les LHSS.

Les capacités existantes sont très insuffisantes au regard des besoins, alors même que les publics concernés nécessitent des soins lourds et constants. Le taux de DNP atteint 88% et est probablement sous-estimé si l'on tient compte du non-recours. De nombreux professionnels indiquent en effet formuler très peu de demandes d'admission en LAM, celles-ci étant perçues comme vouées à l'échec, malgré un besoin jugé important. Par ailleurs, la question de la sortie et de la rotation se pose de manière particulière, ces structures accueillant des personnes présentant des « pronostics sombres », pour lesquelles il n'existe généralement pas de solution d'aval adaptée.



Les places en LAM :



Nombre de places à Marseille :
32 sur une structure



Nombres de demandes (2024) : 99
Nombre de demandes pourvues : 12
Taux de DNP : 88%

Cette sous-partie met en évidence **l'insuffisance de possibilités d'aval pour les personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation au regard des besoins**. Il s'agit maintenant d'analyser comment les

professionnels du sanitaire et du social, impliqués dans les parcours de prise en charge, naviguent dans ce champ des possibles particulièrement restreint.

✚ III. Les parcours de prise en charge depuis le terrain

Les difficultés et obstacles rencontrés par les différents professionnels du secteur médico-social sont nombreux et dépassent la problématique du manque de places. Cette sous-partie se base sur des entretiens et des

observations réalisés auprès d'une diversité d'acteurs de terrain impliqués dans les parcours de prise en charge (équipes mobiles, PASS, services sociaux des hôpitaux, structures d'hébergement).

1. Les principales problématiques rencontrées par les professionnels

Les temporalités

La problématique des temporalités est centrale. De nombreux acteurs mettent en avant le décalage entre le temps médical et le temps social :

“ Pour faire des demandes d'orientation, il nous faut le temps de travailler. La temporalité des services médicaux, ce n'est pas non plus celle des personnes que nous accompagnons. On explique à l'équipe médicale qu'on a besoin de temps pour travailler. ”

(équipe mobile rue)

Comme nous l'avons vu, le temps de l'hospitalisation, avec les pressions exercées sur les durées de séjour des patients, ne permet pas ou peu de faire des demandes pour lesquelles l'attente de réponse est longue ou qui nécessitent un suivi de la demande.

“ La chirurgie, ça demande de faire un turnover des lits. Et donc, en fait, le temps qu'on ait une réponse pour une structure d'hébergement, on ne peut pas attendre. Bien sûr, on lance des démarches, mais ça aboutit assez rarement, et il y en a qu'on ne lance pas car on saura qu'on ne peut pas les suivre. ”

(service social hôpital)

Dans ce contexte, les dispositifs d'urgence, ainsi que les LHSS/LAM, apparaissent souvent comme les seules solutions d'orientation possibles, malgré leur saturation. **Pour l'hôpital psychiatrique, la question des temporalités se pose différemment**, tout comme celle de l'orientation vers une solution d'aval.



Focus : L'hôpital psychiatrique, des temporalités et des représentations spécifiques

En psychiatrie, les temporalités de prise en charge diffèrent sensiblement. Le temps de soin, généralement plus long, permet une meilleure articulation avec les démarches sociales. Les données du SIAO 13 illustrent cette réalité : en 2024, l'hôpital psychiatrique représente à lui seul la moitié des demandes d'insertion émanant des partenaires santé.

Par ailleurs, les conditions de logement occupent une place centrale dans les pratiques de soin et l'accompagnement :

“ Les équipes cherchent en général à éviter les sorties précipitées vers la rue, conscientes du lien étroit entre état de santé mentale et conditions de vie : une sortie sans solution stable expose à un risque élevé de décompensation et de ré-hospitalisation. ”

(service social, hôpital psychiatrique)

Les solutions d'aval restent néanmoins limitées. En cause principalement, des représentations sociales persistantes associées à la psychiatrie et des craintes liées à certaines pathologies :

“

En sachant que le partenariat est assez compliqué au niveau de la psy parce que c'est de la psy et que dans notre société, ça fait toujours aussi peur, très clairement. Après, c'est sûr qu'il y a aussi des moments, selon les pathologies, qui peuvent amener le patient à provoquer certaines nuisances, notamment de voisinage ou autres. Donc, je comprends que ce soit compliqué.

”

(service social, hôpital psychiatrique)

Dans ce paysage contraint, le programme Un Chez Soi d'Abord, déployé à Marseille depuis 2011, propose une alternative permettant à des personnes avec des troubles psychiques sévères et un parcours d'errance d'accéder directement à un logement autonome, avec un accompagnement médico-social intensif. Localement, il est porté par un groupement de coopération réunissant notamment l'AP-HM, des acteurs de l'accompagnement social et de l'intermédiation locative. S'il constitue un outil particulièrement adapté aux enjeux

de sortie d'hospitalisation et de continuité des parcours, il se heurte à plusieurs limites : difficultés de captation de logements et décalage entre le nombre de places disponibles et l'ampleur des besoins.

Dans ce contexte, les dispositifs d'urgence inconditionnelle restent, là encore, les principales options mobilisables :

“

Après, on est obligé de passer par le 115 comme tout le monde, ce qui n'est pas évident.

”

(service social, hôpital psychiatrique)

Selon les situations, d'autres alternatives peuvent être envisagées : demandes de post-cure pour consolider l'état clinique, mobilisation de l'entourage familial ou de personnes ressources. En dernier recours, une option – onéreuse (600 à 700 euros pour un mois ; aide CAF mobilisable) et inadaptée – peut être suggérée : une chambre en hôtel meublé.

“

En fait, on sait que ça existe et certains connaissent les hôtels meublés. Après, ce sont des conditions très précaires, c'est parfois très pourri. On n'oriente pas systématiquement les gens en hôtel meublé. Par exemple, pour quelqu'un qui vient de perdre son logement, c'est complètement inadapté.

”

(service social, hôpital psychiatrique)

Rentrer dans les cases

Les professionnels décrivent un système de prise en charge fortement **cloisonné**. Les logiques institutionnelles tendent à segmenter les interventions selon des catégories distinctes – soins somatiques, psychiatrie, addictologie – avec peu d'articulation entre elles.

“

Le problème, c'est que chaque service s'occupe de sa spécialité.

”

(équipe mobile rue)

Or, les personnes accompagnées présentent fréquemment des profils complexes, associant

pathologies somatiques, troubles psychiques et parfois conduites addictives. Le décalage entre cette complexité et l'organisation segmentée de l'offre de soins constitue un frein majeur à la qualité des prises en charge :

“
Les problématiques sont découpées, alors que les situations sont beaucoup plus globales.
”
(équipe mobile rue)

L'accès aux dispositifs d'aval est également fragmenté, conditionné par **différents critères**, liés notamment au degré de besoin de soin de la personne à la sortie de son hospitalisation. Or, l'appréciation de ce degré pose plusieurs difficultés. Il comporte une part de **subjectivité** d'une part :

“
Le besoin de soin léger, en fait, c'est quoi ? Soit on nous dit que la personne n'a pas assez besoin de soins et qu'elle doit appeler le 115 comme tout le monde. Soit on nous dit qu'elle n'est pas assez autonome pour accéder à une place "sortie d'hospitalisation".
”
(service social hôpital)

D'autre part, les **besoins de soins sont rarement stables ou univoques**. Ils évoluent dans le temps et relèvent souvent de situations de **polypathologie**. Par exemple, les structures d'hébergement disposant de places fléchées « sorties d'hospitalisation » sont régulièrement confrontées à des situations qui dépassent le motif initial de prise en charge :

“
Une personne entre sur une place fléchée sortie d'hospit par exemple parce qu'elle a des points de suture et qu'il ne faut pas que ça s'infecte. Mais en fait la personne elle a plein d'autres problèmes, de pathologies associées. Donc ce n'est pas forcément la pathologie pour laquelle ils ont été hospitalisés qui va être en toile de fond de la prise en charge sur le temps.
”
(structure d'hébergement)

Ainsi, les professionnels insistent sur **l'impossibilité de fragmenter les situations** :

“
Le social est global, et la personne l'est aussi. Elle cumule une multiplicité de problématiques correspondant à différents critères de prise en charge. On ne peut pas la découper.
”
(service social hôpital)

L'évitement

Face à la complexité des situations, certains professionnels, dispositifs ou services adoptent des pratiques d'évitement. **Elles consistent principalement à différer ou refuser une prise en charge par crainte d'un maintien prolongé ou d'une sortie sans solution.** L'idée est largement répandue qu'il vaut mieux ne pas accueillir une personne plutôt que de devoir ensuite la remettre à la rue, ou encore ne pas lui prodiguer de soins perçus comme inutiles voire dangereux si elle retrouve ensuite ses conditions de vie précaires :

“
Combien de personnes n'ont pas accès aux soins pour des raisons sociales ? lorsque l'on refuse quelqu'un pour ne pas l'avoir sur les bras, on lui enlève un droit fondamental : celui de se faire soigner.
”
(équipe mobile rue)

“
Personne ne veut remettre à la rue. Et ça, ça a des impacts énormes.
”
(LHSS)

Cette tension apparaît **dès l'admission** à l'hôpital : ainsi, l'hospitalisation d'une personne sans domicile peut être déprogrammée lorsqu'elle est perçue comme trop complexe au regard des conditions de vie du patient.

“
L'autre jour, on a sauté de joie car une personne a été enfin admise en hospitalisation. Tu te rends compte ?
”
(PASS)

Les pratiques d'évitement sont fréquemment décrites à travers la métaphore de la « **patate chaude** », illustrant des logiques de renvoi entre services :

“
Parfois c'est vraiment le jeu de 'qui est à qui ?' : c'est ton patient, ton public et pas le mien. C'est l'histoire de la patate chaude.
”
(service social hôpital)

La question de la **rééducation** est particulièrement révélatrice de ces mécanismes. Certains services refusent d'accueillir des patients, notamment à cause de préjugés sur ce qu'implique être sans domicile : pas d'assiduité dans les soins. À cela peut s'ajouter une complexité administrative, comme l'illustre la situation suivante :



Parcours F : précarité administrative et rupture de soins

Données recueillies lors d'une journée d'observation participante à l'hôpital

Un patient nécessitant des soins de rééducation pour une infection ne peut bénéficier de l'Aide médicale de l'État (AME), car ses ressources dépassent le plafond autorisé. Bien qu'il travaille de manière déclarée, il n'a pas engagé de demande de titre de séjour, sur conseil juridique, afin d'éviter une obligation de quitter le territoire français (OQTF). Relevant alors de l'aide médicale d'urgence (AMU), il se heurte à des refus répétés de centres de rééducation, qui invoquent notamment l'incertitude liée à sa situation administrative, l'absence de logement stable, et des doutes quant à son engagement dans les soins.

“
En fait, là, il se retrouve à devoir faire de la rééducation, sauf que les centres de rééducation ne veulent pas le prendre puisqu'il dépend de l'AMU et qu'eux, de leur côté, doivent refaire une AMU quand il arrive s'ils le prennent en charge. En plus, il a une domiciliation au CCAS, donc ils n'ont pas la certitude que monsieur a un logement derrière, qu'il est motivé dans ses soins parce que parfois, ce n'est pas leur première motivation. Ils ne le connaissent pas. Et du coup, on a eu que des refus des centres de rééducation.
”
(service social hôpital)

Une problématique essentielle liée à ces pratiques d'évitement est celle de l'**accès au droit commun**. Comme mentionné précédemment, lorsque la personne remplit les critères d'orientation vers des dispositifs de droit commun, les orientations n'aboutissent que rarement. En cause : les **délais d'attente**, mais aussi les problèmes de **stigmatisation** liés au sans-domicilisme, ainsi que la frilosité face à la perspective d'être potentiellement la structure qui va « **remettre à la rue** ».

Dans de rares cas, des dynamiques de confiance peuvent néanmoins se construire,

à condition d'un important travail en amont permettant de garantir une solution de « suite à la suite » :

“
Le fait qu'on ait réussi à éviter que sa situation sociale impacte la durée de son séjour en SMR crée une relation de confiance. Peut-être que la prochaine fois, ils accepteront pour un autre patient en nous faisant confiance. Mais c'est très fragile.
”
(service social hôpital, à propos d'un patient pour qui une place en ACT est garantie à la suite de son séjour en SMR)

En psychiatrie, une difficulté supplémentaire apparaît : **les patients sont souvent exclus du droit commun du fait même de leur suivi psychiatrique.**

“
Lorsqu'un patient dit qu'il est suivi en psychiatrie, les assistants sociaux du droit commun le renvoient vers la psychiatrie. Il n'y a donc pas de prise en charge en droit commun pour ces patients là.
”

(service social hôpital psychiatrique)

Ainsi, y compris pour des personnes dont le profil semble compatible avec les dispositifs de droit commun, les orientations demeurent particulièrement complexes, au point que, du côté de l'hôpital :

“
On en vient à réfléchir à faire du “wording” sur le patient pour les SMR. Peut-être qu'en le mettant dans un joli papier cadeau ça marcherait mieux ?
”

(direction financière hôpital)

Une place, et ensuite ?

La saturation croissante du système d'hébergement d'urgence sur le territoire ne cesse de s'accroître. Cette tension produit un double effet : d'une part, **l'absence de places pour les personnes sortant d'hospitalisation** ; d'autre part, des **difficultés similaires pour celles quittant les établissements médico-sociaux.**

En effet, les dispositifs destinés à accueillir des personnes sans domicile à la suite d'une hospitalisation **n'ont pas vocation à s'inscrire dans la durée** : une fois la problématique de soins stabilisée, la personne doit être orientée vers une solution d'hébergement ou de logement.

La durée théorique d'un séjour en LHSS est de deux mois, et celle des places fléchées via la procédure ASSAb était de trois jours :

“
En trois jours, on n'arrive pas à faire grand-chose. Sur le plan social, c'est compliqué. Donc en général, les personnes restent beaucoup plus longtemps. On ne peut pas accueillir une sortie d'hospitalisation tous les trois jours.
”

(structure d'hébergement)

Dans un contexte de mise en place de la continuité de prise en charge sur le territoire, les sorties des structures d'hébergement ne se produisent en réalité que dans deux situations :

- Lors d'une sortie dite « positive », lorsque la personne accède à une solution plus adaptée (logement, structure spécialisée) ou quitte volontairement le dispositif ;
- Dans le cadre d'une fin de prise en charge décidée par la structure (exclusion), généralement en lien avec des comportements jugés dangereux.



Focus : Inconditionnalité et continuité de prise en charge, des principes en tension

Initialement conçu comme un dispositif de « mise à l'abri d'urgence » destiné à un public supposé être de passage, l'hébergement d'urgence tend à se transformer en un hébergement durable de fait. Sur le terrain, le principe d'inconditionnalité se heurte de plus en plus à celui de la continuité de la prise en charge, dans un contexte de forte saturation du 115.

Sur le plan juridique, l'inconditionnalité de l'accueil et la continuité de la prise en

charge constituent les deux principes fondamentaux de l'hébergement d'urgence, inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le principe d'inconditionnalité, posé par l'article L. 345-2-2, prévoit que « toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence ». Ce principe implique que toute personne majeure, indépendamment de son genre, de sa nationalité, de son statut administratif ou de sa situation familiale, doit pouvoir être accueillie dès lors qu'elle se trouve en situation de détresse ou confrontée à de graves difficultés sociales.

Le principe de continuité, défini à l'article

L. 345-2-3, garantit quant à lui le droit au maintien dans la structure d'hébergement. Ainsi, une personne accueillie ne doit pas être remise à la rue et peut demeurer dans le dispositif, si elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation adaptée lui soit proposée. Cette orientation doit correspondre à une solution plus stable, qu'il s'agisse d'un hébergement, d'un dispositif de soins ou d'un logement, en adéquation avec sa situation.

Garantir la continuité permet d'éviter les remises à la rue, mais limite en contrepartie fortement l'accès aux places pour les nouvelles personnes en demande d'hébergement. L'ensemble des acteurs du secteur se trouve ainsi confronté à une tension structurelle difficilement résoluble entre ces deux exigences.

Les acteurs rencontrés s'accordent sur les phénomènes d'engorgement engendrés par ces difficultés d'orientation. Leur capacité à maintenir une certaine fluidité repose largement sur des ajustements internes ou sur des arrangements entre structures, souvent désignés comme des « switches », qui constituent ainsi une réponse pragmatique.

“ De toute façon, ce qui fonctionne le mieux, ce sont les switches... parce qu'il n'y a pas de place. ”
(structure d'hébergement)

Les structures disposant d'un éventail de dispositifs (urgence, insertion, LHSS) et d'un nombre de places plus important sont les mieux à même d'organiser cette fluidité en interne. Comme le résume un professionnel :

“ Parfois, on s'en sort grâce à des jeux d'écriture. ”
(structure d'hébergement)

Les structures s'organisent parfois entre elles pour adapter les prises en charge, maintenir un équilibre collectif (notamment face à des

situations complexes) ou proposer un environnement plus adapté aux besoins des personnes :

“ Une personne en urgence, avec des problématiques de mobilité et d'incontinence, a été maintenue pour des raisons sociales dans notre structure malgré des risques. Finalement, un échange de places avec un LHSS a pu être mis en place. ”
(structure d'hébergement)

Cependant, le renforcement de la centralisation exercé par le SIAO tend à **limiter ces pratiques informelles, pourtant souvent considérées comme indispensables par les professionnels.** Dans ce contexte, les LHSS rencontrent des difficultés croissantes pour orienter les personnes vers des solutions d'hébergement adaptées. Les durées de séjour s'allongent, ce qui freine les nouvelles admissions.

“ Le problème, c'est qu'on a de moins en moins de solutions de sortie. Donc les gens restent, et on ne peut plus répondre aux nouvelles demandes. C'est de pire en pire. ”
(LHSS)

Un engagement à toute épreuve

Face à ces difficultés, les professionnels rencontrés font preuve d'un engagement particulièrement fort.

« Système D » et solidarités

Malgré les contraintes, il s'agit avant tout de « ne pas lâcher ». Les acteurs mobilisent des stratégies informelles et des solutions pragmatiques pour **tenter de dépasser les blocages rencontrés au quotidien**.

“ Je fais tout ce que je peux, mais bien sûr, je n'ai pas de baguette magique. ”
(service social hôpital)

“ Je fais un peu de tout, et beaucoup de système D. ”
(service social hôpital)

La **solidarité entre acteurs** apparaît comme un levier essentiel pour faire face aux tensions du système. Elle se traduit par des services rendus au quotidien, des échanges d'informations et d'entraide informelle entre structures.

“ Là, par exemple, une collègue me demande où en est l'ouverture des droits d'un résident qui vient d'arriver. ”
(service social hôpital)

Cependant, cette coopération repose largement sur des **relations interpersonnelles**. Plusieurs professionnels soulignent que son efficacité repose sur un équilibre fragile car il dépend souvent des individus et des liens qu'ils ont su tisser entre eux.

“ On voit bien que ça fonctionne souvent en fonction des personnalités... et ça, c'est inquiétant. Parce que quand quelqu'un part, tout peut s'arrêter. ”
(service social hôpital)

La médiation

Les équipes de rue peuvent occuper une fonction de médiation entre les patients et les services hospitaliers.

“ On est là pour faire de la médiation. C'est comme deux mondes qui se rencontrent. ”
(équipe mobile rue)

Leur rôle consiste notamment à :

- sensibiliser les équipes hospitalières aux réalités de la vie à la rue
- expliciter aux patients les attentes et le fonctionnement de l'institution hospitalière
- prévenir les incompréhensions et les tensions liées à des comportements perçus comme « non conformes » aux normes hospitalières

Ainsi, ces équipes assurent un **travail de traduction important** entre deux univers aux logiques très différentes :

“ On passe beaucoup de temps à expliquer aux équipes hospitalières comment vivent les personnes à la rue. On fait aussi l'inverse : expliquer aux patients comment fonctionne l'hôpital et pourquoi certaines règles existent. ”
(service social hôpital)

Les représentations et les pratiques sont néanmoins décrites comme hétérogènes. Le regard porté sur les patients en situation de grande précarité varie d'un service à l'autre. Certaines équipes médicales sont décrites comme acculturées à ces publics et mieux

préparées à leur prise en charge, tandis que d'autres le sont moins. Les représentations sociales, la culture de service et les rapports hiérarchiques influencent directement les pratiques professionnelles. Plusieurs tensions émergent autour de l'écart entre les normes hospitalières et les conditions de vie à la rue :

“ Pour quelqu'un qui vit dehors, rester enfermé plusieurs jours dans une chambre d'hôpital peut être très difficile. Les règles de l'hôpital ne sont pas toujours compatibles avec la réalité de la rue. ”

(équipe mobile rue)

“ Il y a parfois des jugements sur les patients, notamment autour de l'alcool. On peut entendre : “ça ne sert à rien de faire cet examen s'il continue à boire”. ”

(équipe mobile rue)

Les problématiques liées aux addictions viennent en effet complexifier certaines prises en charge :

“ Parfois les exigences médicales ne sont pas compatibles avec la vie à la rue. On demande à quelqu'un d'être à jeun la veille d'un examen, ou de ne pas boire d'alcool pendant plusieurs heures, mais pour une personne qui vit dehors et qui a une dépendance, ce n'est pas forcément réaliste. ”

(équipe mobile rue)

Dans ce contexte, l'investissement temporel est très important pour les équipes de terrain. L'organisation de certaines hospitalisations programmées nécessite un travail de longue haleine, parfois sur plusieurs mois, pour aboutir à une prise en charge de très courte durée :

“ Certaines hospitalisations demandent énormément de travail en amont. On peut passer plusieurs mois à essayer d'organiser les choses : convaincre un service, trouver une solution pour l'après, accompagner la personne aux rendez-vous. Et parfois tout ça pour une hospitalisation de vingt-quatre heures. ”

(équipe mobile rue)

Assurer les soins « hors les murs » voire « à ciel ouvert »

En l'absence de solutions d'aval, les équipes mobiles s'efforcent d'assurer, autant que possible, la continuité des soins pour les personnes accompagnées.

Dans ce contexte, un LHSS hors les murs, porté par le Groupe SOS (site de Fontainieu), a été mis en place début 2020 afin de pallier le manque de solutions intra-muros. Il s'adresse principalement à des personnes sans domicile ou vivant en squat, nécessitant des soins infirmiers techniques et un accompagnement dans leur parcours de santé. Intervenant sur signalement de partenaires, ce dispositif complète l'offre existante en permettant des prises en charge rapides et coordonnées, tout en cherchant à éviter autant que possible les interventions directement dans la rue en mobilisant des tiers-lieux partenaires pour

accueillir les interventions, comme l'illustre la situation suivante :



Parcours G : survivre, se soigner, tenir

Données recueillies lors d'une journée d'observation participante - LHSS hors les murs

Lors d'une journée avec l'équipe du LHSS hors les murs, nous partons en voiture à la rencontre d'un homme d'une vingtaine d'années dans les quartiers nord de Marseille. Épileptique, il effectue régulièrement des séjours à l'hôpital. Il présente également un important besoin de soins au pied suite à une

intervention chirurgicale après un accident. Il vit en squat et l'intervention de l'équipe aura lieu dans un local associatif de quartier, qui accepte de l'accueillir le temps des soins.

Nous le retrouvons devant le local : il marche difficilement et porte un bleu de travail. Quelques instants auparavant, il attendait sur un parking avec d'autres personnes, pour travailler de manière informelle sur un chantier, ce qu'il fait quelques jours par semaine, lui permettant de se « débrouiller ».

Il explique qu'il dort désormais dans une voiture abandonnée, ayant dû quitter le squat qu'il occupait depuis plusieurs mois. C'est la troisième fois à Marseille qu'il est contraint de quitter un squat : la première fois, il a fui un lieu dangereux, contrôlé par des réseaux ; la deuxième fois, il a sauté par une fenêtre à l'arrivée de la police ; la dernière fois, il a de nouveau fui pour la même raison. Il résume sa situation par cette phrase :

“ Ma vie c'est travail – police – squat. ”

Après une très mauvaise expérience dans un centre d'hébergement d'urgence collectif

du 115 dans une autre ville, où il s'est fait voler toutes ses affaires, il se considère aujourd'hui plus en sécurité en gérant seul sa recherche d'abri et de ressources. Pour ses besoins de santé, il se rend au Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde, qui a d'ailleurs sollicité l'intervention du LHSS hors les murs pour lui.

Il conclut l'entretien en disant :

“ Je n'ai jamais été tranquille, mais je remercie Dieu d'être sur mes deux jambes. ”

Ce parcours illustre des conditions de vie particulièrement instables et dégradées, marquées par des ruptures répétées et des stratégies de survie. Il met également en évidence les limites de certains dispositifs d'hébergement, qui peinent à offrir des solutions durables et adaptées, conduisant certaines personnes à privilégier des formes d'autonomie contraintes plutôt que des prises en charge jugées insécurisantes. Dans ce contexte, l'intervention du LHSS hors les murs apparaît essentielle pour maintenir un accès minimal aux soins, malgré des conditions de vie particulièrement dégradées.

Les équipes mobiles du territoire intervenant directement en rue jouent également un rôle essentiel lorsqu'aucune solution d'aval n'est disponible, en **faisant leur possible pour assurer la continuité des soins sur le terrain.**

“ Quand il n'y a pas de solution, on s'adapte. On peut faire des pansements dans la rue, distribuer des traitements avec des piluliers, organiser des soins dans un hôtel ou dans un lieu d'accueil. Ce n'est pas idéal, mais c'est parfois la seule manière d'assurer un minimum de suivi. ”

(équipe mobile rue)

Ces pratiques relèvent d'une véritable adaptation du soin, parfois décrite comme un « hôpital à ciel ouvert ». Elles témoignent de la capacité des équipes à pallier les défaillances du système, mais s'inscrivent dans des conditions particulièrement complexes.

“ Il peut arriver que la personne sorte et retourne directement à la rue parce qu'il n'y a pas d'autre solution disponible. Dans ces cas-là, on essaie de maintenir un suivi, mais les conditions de vie compliquent beaucoup la poursuite des soins. ”

(équipe mobile rue)

Dans ce contexte, **des actes simples en milieu ordinaire deviennent particulièrement lourds à mettre en œuvre**. Par exemple, refaire un pansement nécessite un passage préalable aux douches municipales.

“
Ce qui serait un acte très simple dans un logement [...], nous, c'est quelque chose qui prend une demi-journée.
”
(équipe mobile rue)

La coordination des soins — examens, imagerie, suivi médical — repose largement sur les infirmières des équipes mobiles. Elle

suppose également l'identification de structures partenaires « bien-traitantes », prêtes à accueillir ces patients, ce qui constitue un enjeu constant.

Ces pratiques illustrent à quel point la prise en charge sanitaire en contexte de rue bouscule les repères habituels.

“
Tout ce qui est questions de santé en rue, ça fait péter les étalons de connaissances.
”
(équipe mobile rue)

Cette sous-partie illustre **l'ampleur des difficultés rencontrées par les professionnels**, quel que soit leur domaine d'intervention. Ils évoluent dans un champ des possibles très limité, confrontés à leurs propres contraintes, à un manque généralisé de solutions de relais, et à un public dont la prise en charge présente des besoins complexes et des stigmates persistants. Il s'agit alors de composer avec les situations, de se “débrouiller”, et souvent, de faire les choses à moindre mal. En effet, face à la complexité croissante des orientations, les

acteurs sont parfois conduits à saisir toute opportunité disponible, en orientant des personnes vers des dispositifs qu'ils savent pourtant peu adaptés à leur situation. Cette pratique, guidée par l'urgence et la rareté des places, repose sur l'idée qu'une solution, même imparfaite, reste préférable à la rue. Elle n'est toutefois pas sans conséquence, puisqu'elle peut entraîner une forme de perte de chance pour les personnes concernées, en limitant leur accès à un accompagnement réellement adapté à leurs besoins.

✚ ENSEIGNEMENTS CLÉS

II. Les circuits de prise en charge

↳ Des prises en charge hospitalières disparates :

Une majorité de **sorties sèches**, faute de repérage ou de solution d'aval

Un **maintien temporaire** lorsqu'une solution d'aval est programmée

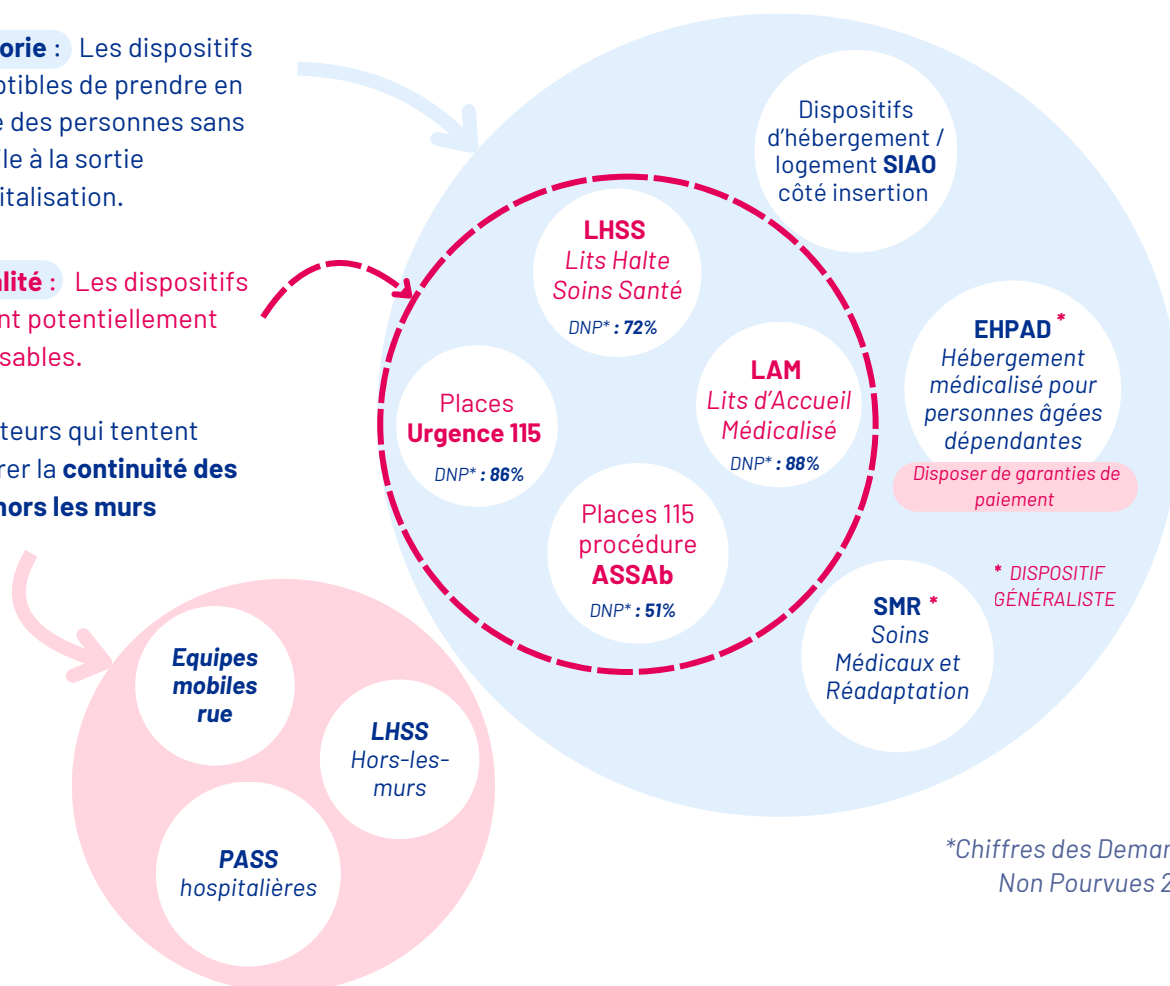
Des **cas emblématiques de maintien prolongé** (risque élevé de mise en danger)

↳ Depuis l'hôpital, des possibilités d'orientation limitées vers des dispositifs saturés :

En théorie : Les dispositifs susceptibles de prendre en charge des personnes sans domicile à la sortie d'hospitalisation.

En réalité : Les dispositifs qui sont potentiellement mobilisables.

Les acteurs qui tentent d'assurer la **continuité des soins hors les murs**



*Chiffres des Demandes Non Pourvues 2024

↳ Des professionnels médico-sociaux confrontés à de nombreuses problématiques :

Des temporalités en tension

Des stigmates persistants

Des stratégies d'évitement

Des prises en charge segmentées en décalage avec la complexité des situations (polypathologie)

L'enjeu de la « suite de la suite »

III. FOCUS



Les sorties de maternité : un enjeu de taille sans circuit dédié

+ Introduction

Le travail mené à partir des données du PMSI de l'AP-HM a permis de mettre en évidence que le manque de solutions d'hébergement à la **sortie de maternité** constitue une **problématique prégnante** sur le territoire. Il montre également qu'un **nombre significatif**

de nouveau-nés dont les mères sont sans domicile ou confrontées à des situations d'habitat inadéquat présentent des problématiques de santé nécessitant une prise en charge au sein des services de **néonatalogie**.

Rappel des résultats du travail mené à partir du PMSI :



Données sous-estimées



Périmètre : année 2024, maternités de l'AP-HM (Nord et Conception)



348 femmes sans domicile ou confrontées à des situations d'habitat incertain ou inadéquat (groupe 2)

154 femmes sans abri (groupe 1)



132 nouveau-nés associés au **groupe 2** dans les services de néonatalogie

60 nouveau-nés associés au **groupe 1** dans les services de néonatalogie

Des femmes caractérisées par leur jeunesse (données groupe 1) :

Moyenne d'âge : **26,8 ans** (moyenne d'âge maternités AP-HM patientèle globale de 30,2 ans)

43% des femmes ont **moins de 25 ans** ; la plus jeune a 15 ans et 14 femmes ont moins de 18 ans

Les situations de sans-domicilisme sont rarement découvertes au moment de l'accouchement et le plus souvent repérées pendant la grossesse par des professionnels du médico-social (PASS, PMI, etc.). **Ce repérage ne garantit pas**, pour autant, une anticipation permettant **une prise en charge effective en sortie de maternité**. Les prises en charge des situations au sein des maternités mettent au contraire en évidence **les limites d'un système qui peine à organiser des réponses adaptées**, particulièrement au moment où la **naissance reconfigure les besoins**. L'arrivée d'un enfant modifie en effet la composition familiale et peut rendre inadéquates, voire interrompre, des solutions d'hébergement jusque-là mobilisées. Des ruptures surviennent alors dans des parcours parfois provisoirement stabilisés, que ce soit

en hébergement d'urgence, en structure pour personnes seules ou dans le cadre d'un hébergement chez des tiers. **Faute de relais anticipés, ces situations deviennent critiques en suites de couches et peuvent conduire à des blocages hospitaliers.**

Toutefois, les sorties de maternité présentent une spécificité importante par rapport aux autres sorties d'hospitalisation analysées précédemment. La présence d'un nouveau-né implique, en principe, un cadre de prise en charge particulier : il n'y a **pas de « sortie sèche »**. Les maternités prolongent généralement l'hospitalisation des mères et de leurs enfants tant qu'aucune solution d'orientation n'a été trouvée, évitant ainsi les remises à la rue immédiates. Dans ce contexte, l'hôpital apparaît, ici encore, comme un

« dernier rempart », selon les termes des professionnels concernés. Il se retrouve à absorber des tensions qui le dépassent et à contenir, temporairement, les défaillances du système de prise en charge.

Ce focus vise à éclairer ces situations, en proposant un **état des lieux** synthétique des **prises en charge au sein des maternités**, des situations rencontrées, ainsi que des **dispositifs d'orientation** effectivement mobilisables à la sortie.

✚ I. Les prises en charge au sein des maternités

Les assistantes sociales en maternité décrivent une évolution marquée ces dernières années, caractérisée par une double dynamique :

→ d'une part, une aggravation des situations accueillies, marquées par l'extrême précarité et l'accumulation de vulnérabilités

“ Les accompagnements sont beaucoup plus lourds. Certaines sont carencées, elles sont fracassées. ”

(service social maternité)

→ d'autre part, une saturation croissante des dispositifs censés prendre le relais

“ Les politiques sociales ne suivent plus. ”

(service social maternité)

Ces propos traduisent à la fois une intensification des besoins et le sentiment d'un affaiblissement des réponses institutionnelles. Les professionnelles font également part de **délais d'accès croissants aux structures d'aval**, que l'hôpital peine parfois à absorber. L'attente pour l'obtention d'une place via le 115, autrefois de quelques jours, peut désormais s'étendre sur une voire plusieurs semaines. Quant aux orientations vers les structures spécialisées — notamment les CHRS et les centres maternels — elles impliquent aujourd'hui des délais de plusieurs mois, voire de plus d'un an.

Les données issues du PMSI permettent d'éclairer concrètement ce que produit cette tension sur les modalités de prise en charge au sein des maternités, tant du point de vue des séjours en obstétrique que des hospitalisations en néonatalogie.

1. Séjours des femmes sans domicile au sein des maternités

Figure 30 : caractéristiques des séjours des femmes au sein des maternités de l'AP-HM (groupe 1; groupe 2 et patientèle globale), 2024

	Groupe 1 – femmes sans abri (N = 154)	Groupe 2 – femmes sans domicile / habitat précaire (N = 348)	AP-HM global
Nombre de séjours	186	425	1 062
Nombre de patientes	154	348	8 710
Durée moyenne de séjour (jours)	5,6 (ET = 5,9)	5,3 (ET = 5,7)	3,54
Durée médiane (jours)	4	4	—
Durée maximale (jours)	45	45	—

Source : service de santé publique de l'AP-HM

Les données relatives aux séjours des femmes prises en charge dans les maternités de l'AP-HM montrent des **durées d'hospitalisation supérieures à celles observées dans la patientèle générale**.

Les femmes sans abri (groupe 1) présentent une **durée moyenne de séjour de 5,6 jours**, et les femmes sans domicile ou en habitat précaire (groupe 2) de **5,3 jours**, contre **3,5 jours** pour l'ensemble des patientes des maternités de l'AP-HM. Dans les deux groupes, la **durée médiane** reste de **4 jours**, ce qui indique que la **majorité des séjours demeure relativement courte**. Toutefois, l'existence de **séjours pouvant atteindre 45 jours** révèle que certaines situations donnent

lieu à des **maintiens prolongés**. Ces résultats rejoignent les observations issues du volet qualitatif. Les assistantes sociales indiquent que, si une orientation peut parfois être trouvée en quelques jours, les délais s'allongent fréquemment lorsque les dispositifs d'aval sont saturés. Dans les situations les plus complexes, le maintien à l'hôpital peut se prolonger plusieurs semaines, voire au-delà d'un mois. Ces prolongations apparaissent étroitement liées aux **difficultés d'orientation de certains profils**, notamment lorsque la complexité ou l'évolution de leur situation rend incertaine l'identification des compétences institutionnelles dont ils relèvent.

2. Séjours au sein des services de néonatalogie

Figure 31 : caractéristiques des séjours au sein des services de néonatalogie de l'AP-HM (groupe 1; groupe 2 et patientèle globale), 2024

	Groupe 1 (N = 60)	Groupe 2 (N = 132)	AP-HM global
Nombre de séjours	61	134	5 488
Durée moyenne de séjour (jours)	14,4 (ET = 20,2)	11,6 (ET = 20,1)	7,9
Durée médiane (jours)	6	4	—
Durée maximale (jours)	118	143	—

Source : service de santé publique de l'AP-HM

Les données relatives aux services de néonatalogie révèlent des **écarts encore plus marqués**.

Les nouveau-nés associés au groupe 1 présentent une durée moyenne de séjour de 14,4 jours, contre 11,6 jours pour ceux du groupe 2, alors que la durée moyenne observée pour l'ensemble des séjours en néonatalogie à l'AP-HM est de 7,9 jours. **Les nouveau-nés dont la mère est sans abri connaissent ainsi des hospitalisations dont la durée moyenne est presque deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la patientèle**.

Si le groupe 2 présente les séjours les plus extrêmes, avec une **durée maximale de 143 jours**, les séjours du groupe 1 apparaissent plus durablement élevés, comme en témoigne une médiane supérieure (6 jours, contre 4 jours pour le groupe 2). Les écarts-types particulièrement élevés (environ 20 jours dans les deux groupes) confirment une forte variabilité des parcours et la présence de situations particulièrement complexes.

Ces résultats sont révélateurs de l'imbrication des problématiques médicales et sociales dans les situations de sans-domicilisme. Les durées prolongées observées reflètent en

effet à la fois des **besoins médicaux parfois lourds** — prématurité, soins intensifs, vulnérabilités néonatales — et des contraintes socio-environnementales, notamment **l'absence de solution d'hébergement** pour les mères et la **rareté des dispositifs capables d'articuler réponse sociale et besoins de santé complexes**. Dans certains cas minoritaires, des mesures de protection peuvent être mises en place et conduire à des placements de nourrissons. Elles concernent généralement des configurations marquées par l'imbrication de vulnérabilités multiples — absence de solution d'hébergement, isolement, troubles psychiques, violences, fragilités dans le lien mère-enfant ou préoccupations relatives à la sécurité du nouveau-né. Les professionnelles de l'hôpital soulignent que l'absence de solution matérielle de sortie peut interagir

avec l'évaluation du danger et peser, directement ou indirectement, sur les décisions prises en matière de protection de l'enfance.

→ Pour aller plus loin



Le rapport sur la situation sociale ainsi que sur l'état de santé physique des femmes sans domicile en période périnatale de l'Observatoire du Samusocial de Paris (mars 2026) évalue l'impact de la qualité et de la stabilité de l'hébergement sur la santé mentale et physique des femmes enceintes ou mères de nouveau-nés et sur leurs enfants en Île-de-France.

3. Impact du sans-domicilisme sur les durées d'hospitalisation

Les femmes prises en charge en obstétrique comme les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie présentent des **durées de séjour plus longues que celles observées dans l'ensemble des maternités de l'AP-HM**. Ces écarts suggèrent que les situations de sans-domicile influent concrètement sur les trajectoires hospitalières.

Si la **majorité des séjours reste relativement courte**, l'existence de **séjours extrêmes** — jusqu'à 45 jours pour les femmes et 143 jours pour les nouveau-nés — met en évidence une **forte variabilité**, étroitement liée à la complexité des situations rencontrées. Les écarts-types particulièrement élevés en néonatalogie confirment cette hétérogénéité.

Ces prolongations apparaissent liées à la conjonction de besoins médicaux parfois complexes et de contraintes sociales, en particulier l'absence de solution de logement ou d'hébergement à la sortie.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) observé au niveau des maternités, de 1,12, indique que les personnes constituant l'échantillon **restent en moyenne 12% plus longtemps que ce qui est attendu pour une maternité comparable** (référence Centre Hospitalier Universitaire). **Cet indicateur confirme que les situations de sans-domicilisme produisent un effet mesurable sur les durées d'hospitalisation.**

→ Ces éléments montrent que les maternités ne se contentent pas de prendre en charge les conséquences sanitaires du sans-domicilisme ; elles en absorbent également, au moins partiellement, les conséquences sociales.

Ces résultats conduisent dès lors à examiner les solutions d'aval disponibles — ou leur insuffisance — qui contribuent à ces prolongations de séjour.

✚ II. Les dispositifs d'aval : quel champ des possibles ?

Les acteurs de terrain soulignent un **manque de lisibilité des dispositifs existants sur le territoire**, ainsi qu'une certaine opacité des critères d'accès. Cette difficulté de compréhension est renforcée par la **segmentation des compétences entre différentes institutions**, qui contribue à fragmenter les parcours et à rendre les orientations plus difficiles.

Plusieurs acteurs interviennent auprès de ce public selon des logiques distinctes. L'**État** est

compétent pour la **mise à l'abri des personnes sans domicile**, notamment via le dispositif du 115. Le **Département**, quant à lui, intervient auprès des **femmes enceintes et des mères isolées avec des enfants de moins de trois ans**. Par ailleurs, les **mères mineures** faisant l'objet d'une mesure de protection relèvent de **dispositifs spécifiques de l'Aide sociale à l'enfance**, également sous compétence départementale.



Repère : Articulation des compétences, ce que disent les textes

Extraits de la décision du conseil d'Etat N° 407989

“ il résulte des articles L. 121-7, L. 345-1, L. 345-2 et L. 345-2-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) que sont en principe à la charge de l'Etat les mesures d'aide sociale relatives à **l'hébergement** des personnes qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques ou de logement, ainsi **que l'hébergement d'urgence des personnes sans abri** en situation de détresse médicale, psychique ou sociale [...]

il résulte des articles L. 221-1, L. 222-1, L. 222-5 et L. 221-2 du même code que la prise en charge, qui inclut l'hébergement, le cas échéant en urgence, des femmes enceintes ou des mères isolées avec leurs enfants de

moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile, incombe au Département en vertu de l'article L. 222-5 du CASF [...]

Si toute personne peut s'adresser au service intégré d'accueil et d'orientation prévu par l'article L. 345-2 du même code et si l'Etat ne peut légalement refuser à ces femmes un hébergement d'urgence au seul motif qu'il incombe en principe au département d'assurer leur prise en charge, l'intervention de l'Etat ne revêt qu'un caractère supplétif, dans l'hypothèse où le département n'aurait pas accompli les diligences qui lui reviennent, et ne fait d'ailleurs pas obstacle à ce que puisse être recherchée la responsabilité du département en cas de carence avérée et prolongée. ”

Si cette répartition des responsabilités répond à des cadres juridiques bien définis, elle **contribue à une complexité globale du système**, qui reste peu lisible tant pour les professionnels que pour les personnes

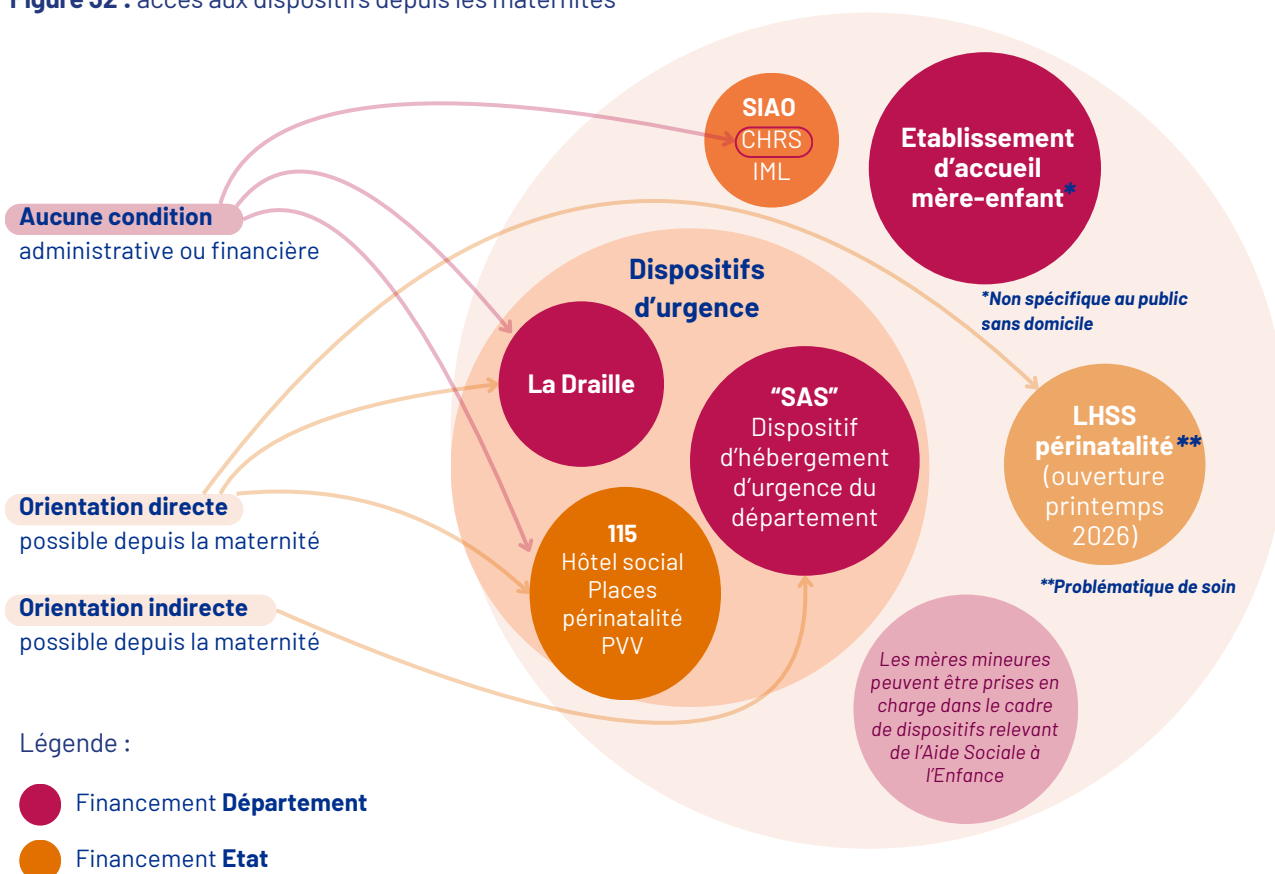
concernées. Cette enquête a ainsi cherché à clarifier les dispositifs d'aval existants sur le territoire, leurs spécificités ainsi que leurs conditions d'accès.

1. Etat des lieux des dispositifs d'accueil en période périnatale

Le tableau suivant (voir page 84) présente les **principaux dispositifs mobilisables** pour l'accueil et l'hébergement des femmes sans domicile en période périnatale. Il met en évidence la diversité des réponses existantes – de la mise à l'abri d'urgence aux solutions d'hébergement, de soins ou de logement accompagné – ainsi que leurs critères d'accès, modalités d'orientation et durées de prise en charge. Cette diversité reflète un paysage institutionnel complexe, structuré par des logiques d'intervention, des financements et des conditions d'admission hétérogènes.

Ce tableau permet d'appréhender à la fois la **complémentarité et la complexité des dispositifs mobilisables** dans le champ de la périnatalité. Toutefois, **peu d'entre eux sont réellement directement mobilisables depuis les maternités**. En cause, notamment : l'insuffisance de places disponibles, des temporalités souvent incompatibles avec l'urgence des situations rencontrées, la complexité des critères d'admission, ainsi que le nombre limité de dispositifs inconditionnels.

Figure 32 : accès aux dispositifs depuis les maternités



Les orientations vers les **dispositifs d'insertion**, des **centres maternels** ou de **logement accompagné** sont particulièrement contraintes et apparaissent largement **hors de portée dans l'urgence de ces situations** – si elles ne sont pas réalisées bien en amont de l'accouchement.

A cela s'ajoute la **complexité liée aux critères de composition familiale et aux modalités d'admission** qui peuvent intégrer différents éléments d'appréciation, notamment administratifs et économiques.

Figure 33 : les dispositifs d'accueil en périnatalité

Dispositif	Statut	Public cible	Conditions / critères d'entrée	Modalités d'entrée	Durées de prise en charge
Places urgence 115 Périnatalité	Hébergement d'urgence centralisé au niveau du SIAO Financement Etat (DDETS)	Femmes majeures et nouveau-nés, critères variables en fonction des structures (enceinte ou non, âge du nouveau-né, conjoint et fratrie acceptés ou non, etc.)	Avoir besoin d'une mise à l'abri Inconditionnalité	Appel 115	Mise à l'abri théoriquement temporaire Principe de continuité de prise en charge
Parc généraliste 115	Hébergement d'urgence centralisé au niveau du SIAO Financement Etat (DDETS)	Personnes sans abri Possibilité d'orientation à l'hôtel pour les femmes enceintes ou sortantes de maternité	Avoir besoin d'une mise à l'abri Inconditionnalité	Appel 115	Mise à l'abri théoriquement temporaire Principe de continuité de prise en charge
Places 115 PVV Cas de danger imminent	Hébergement d'urgence centralisé au niveau du SIAO Financement Etat (DDETS)	Personnes victimes de violence	Avoir besoin d'une mise en sécurité suite à un danger imminent	Appel 115	Mise en sécurité d'un mois à l'hôtel si danger imminent avéré Principe de continuité de prise en charge
Dispositif hébergement d'urgence familles monoparentales du département	Dispositif d'urgence géré par le SAS (service d'action sociale) Financement Conseil départemental	Femmes enceintes à partir de 7 mois Familles monoparentales avec enfant de moins de 3 ans dans la fratrie	Dispositif relevant d'une logique de mise à l'abri Admission fondée sur l'examen de la situation avec prise en compte de critères socio-économiques et/ou administratifs	Fiche de liaison des référents sociaux des Maison De Solidarité (MDS) pour le pôle hébergement d'urgence du Service d'Action Sociale (SAS) (les AS de maternité peuvent orienter les mères vers les Maisons de Solidarité)	Mise à l'abri de 3 mois renouvelable une fois, puis renouvellement de deux mois
La Draille	Dispositif d'urgence MECS (Maisons d'enfants à caractère social) atypique Financement Conseil départemental	Familles monoparentales avec mineur (parent majeur)	Avoir besoin d'une mise à l'abri Être un parent isolé	Admission en direct via un appel, en se présentant, ou via redirection par le 115	Mise à l'abri de 15 jours maximum (sauf dérogation si solution d'aval confirmée à venir)
Etablissement d'accueil mère-enfant	Centres maternels Financement Conseil départemental	Femmes mineures ou majeures enceintes à partir de 7 mois ou familles monoparentales avec enfant de moins de 3 ans (conjointes acceptés uniquement dans un centre de Marseille)	Être un parent isolé avec un enfant de moins de 3 ans Dispositif de la protection de l'enfance, logique de prévention, protection et soutien à la parentalité Admission soumise à une évaluation sociale, avec prise en compte de critères socio-économiques et/ou administratifs	Appel des établissements (par la personne elle-même) pour être inscrit sur une liste Réalisation d'un entretien de préadmission et besoin de l'accord de principe de l'inspecteur enfance du département	Jusqu'aux 3 ans de l'enfant
Hébergement d'insertion SIAO	CHRS Financement Etat (DDETS)	Personnes sans logement Possibilité d'orientation pour les femmes ou couples avec au moins un enfant de plus de 3 ans	Être sans logement Inconditionnalité (sous réserve d'acceptation de la structure)	Demande réalisée par le référent social via la plateforme SI-SIAO L'admission dans la structure se fait sur proposition du SIAO La structure est décisionnaire	Continuité de prise en charge
Dispositifs de logement accompagné SIAO	Le seul dispositif accessible aux familles est l'IML (intermédiation locative)	Personnes sans logement	Être sans logement Droits ouverts Conditions de ressources	Candidature via le site du SIAO Le SIAO sélectionne 3 dossiers qui sont proposés à la structure La structure est décisionnaire	Varie en fonction des dispositifs
LHSS Périnatalité (ouverture prévue au printemps 2026)	Etablissement médico-social Financement Etat (ARS)	Femmes enceintes ou sortant de maternité avec une problématique santé et / ou nouveau-né présentant une problématique santé	Être sans domicile avec un besoin de soin important (somatique et/ou psychiatrique) mais ne nécessitant pas une hospitalisation	Dossier d'admission envoyé par un référent social à l'établissement	Accompagnement de 2 mois renouvelable une fois

!! Les mères mineures sous mesure de protection sont prises en charge dans le cadre d'autres dispositifs spécifiques relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (compétence départementale)

Dans les faits, **les solutions effectivement activables** depuis les maternités se réduisent souvent au **recours au 115** et, en dernier ressort, au dispositif de **La Draille**.

Le dispositif départemental d'hébergement d'urgence pour familles monoparentales (communément nommé **SAS**) n'est, quant à lui, pas directement mobilisable par les assistantes sociales hospitalières, même si celles-ci peuvent orienter les femmes vers les Maisons de Solidarité (MDS). Son accès repose sur des modalités d'examen des situations, incluant des critères socio-économiques et/ou administratifs. Il convient néanmoins de

souligner l'existence de **63 places** sur le territoire, réparties entre plusieurs structures.

L'ouverture prochaine du LHSS périnatalité est particulièrement attendue, en réponse à un besoin jusqu'ici peu couvert, notamment pour les **situations de polypathologies maternelles et néonatales**, les problématiques psychiatriques ou médicales complexes, et les situations pouvant exposer à des séparations ou placements évitables.

Il s'agit à présent de détailler les caractéristiques des dispositifs directement mobilisables depuis les maternités.

2. Les dispositifs directement mobilisables depuis les maternités

Les places périnatalité urgence 115

Bien que le parc d'hébergement d'urgence demeure le principal levier mobilisable depuis les maternités, il se caractérise par une forte saturation, comme l'illustrent les **taux de demandes non pourvues (DNP)**, qui **s'élèvent à 86% en 2024 et à 92% en 2025 à Marseille**. Au sein de ce parc figurent **des places dédiées**

à la périnatalité. Celles-ci **ne relèvent toutefois pas d'un circuit d'orientation spécifique** : elles sont mobilisées selon les modalités de droit commun, via le recours au 115, et leur accès repose sur la disponibilité d'une place au moment de la demande.



Repère : Création des places « pré-post » maternité par l'Etat

Pour pallier les insuffisances des réponses départementales, l'État a développé des dispositifs en matière de périnatalité ayant vocation à compléter, de manière supplétive, l'action départementale. En 2021, un appel à manifestation d'intérêt porté par la Dihal a conduit à la création de 1 500 places « pré-post maternité » à l'échelle nationale

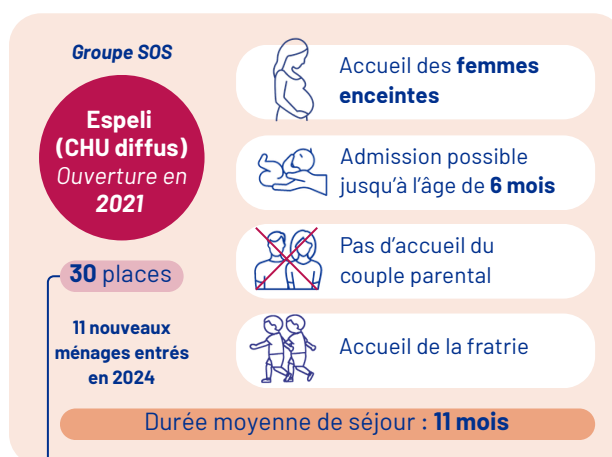
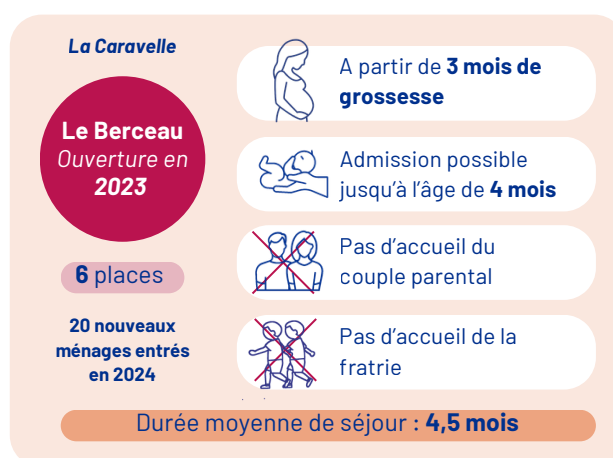
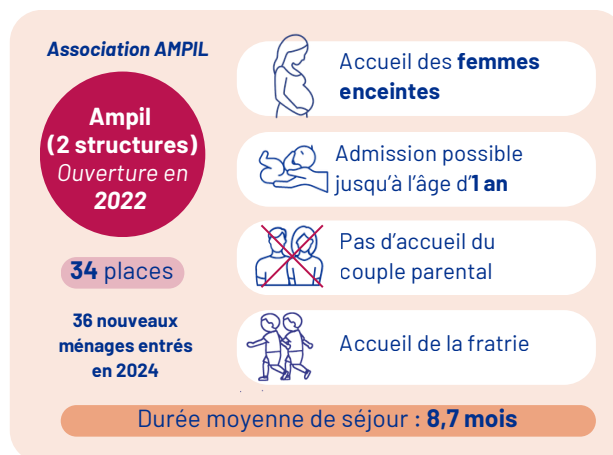
dans le cadre du programme budgétaire BOP 177. Ce dispositif s'est appuyé sur un recensement des besoins réalisé par la Dihal en partenariat avec les acteurs concernés. Un cahier des charges national a ensuite été élaboré et transmis aux préfets de région, chargés d'en piloter la mise en œuvre sur leur territoire.

La figure 34 présente un état des lieux des places périnatalité mobilisables sur le territoire marseillais. En 2024, le parc comptait **99 places dédiées**. Les **conditions d'accueil sont hétérogènes**, notamment en ce qui concerne seuils de grossesse requis pour l'admission, l'accueil des fratries ou celui des conjoints. Les professionnels rencontrés soulignent notamment l'insuffisance de places permettant l'accueil des couples, les pouvant conduire

à des **décohabitations contraintes**. L'ouverture, en 2025, d'une nouvelle structure proposant 16 places pouvant accueillir des couples constitue, à cet égard, une évolution notable. Comme les autres dispositifs d'hébergement, ces places sont néanmoins confrontées à la **question de « la suite de la suite »**, avec des difficultés récurrentes d'orientation vers des solutions de sortie lorsque les ménages ne relèvent plus des critères d'accueil de la structure.

Figure 34 : les places périnatalité du 115

Données 2024



Données 2025

→ Création d'une nouvelle Structure



Groupe SOS

Espeli

10 places additionnelles

*L'Abri Maternel – CHRS et centre maternel – dispose également d'une **place urgence 115** dédiée aux **femmes enceintes seules**.

Source : données recueillies auprès des structures

→ Pour aller plus loin



Le rapport national de la FAS (2024), **Femmes et sans-abrisme : quelles réalités ?** propose un éclairage complémentaire sur la mise à l'abri des femmes du point de vue des SIAO, incluant les enjeux liés à la périnatalité.

La Draille en « dernier recours »

La Draille constitue une **MECS atypique** au regard de son positionnement et de ses modalités d'intervention. Sa mission principale repose sur l'accueil en urgence et l'accompagnement de parents isolés avec enfants, dans une **logique articulant mise à l'abri, évaluation des fonctions parentales et orientation**. Le dispositif n'accueille pas les mères mineures, mais peut prendre en charge des fratries comprenant des enfants jusqu'à 21 ans. Son admission repose sur un principe de « premier arrivé, premier servi » et peut s'effectuer par **contact direct avec la structure**,

sans médiation d'un référent social ni passage par le SIAO.

Le dispositif vise avant tout un **accueil de courte durée**, s'apparentant à une réponse de mise à l'abri, afin de permettre une première évaluation des situations et une orientation vers des solutions adaptées. L'accompagnement est centré sur l'observation et l'évaluation des compétences parentales (alimentation, soins, scolarité), avec des temps d'évaluation structurés dès les premiers jours de prise en charge.



La Draille, données 2024



Nombre de places : 39 places réparties en 14 studios



Durée moyenne de séjour : 10 jours (maximum de 15 jours sauf exception)



1211 personnes accueillies en 2024, environ **50 familles** accueillies **chaque mois**

A l'issue de l'accueil, **près de 50% des familles restent sans solution**



Taux de DNP : 43% dont 18% par manque de place

Dans ce contexte, l'orientation vers ce dispositif est généralement considérée comme une solution de **dernier recours** pour les

femmes sortant de maternité, notamment en raison de la **brièveté de la prise en charge proposée**.

Le LHSS périnatalité, un dispositif particulièrement attendu

En décembre 2025, l'ARS PACA a lancé un appel à projets pour la création d'un LHSS périnatalité, ainsi que d'un LHSS mobile périnatalité sur le territoire des Bouches-du-Rhône. Cette initiative s'inscrit dans le prolongement d'une expérimentation conduite entre 2021 et 2024 dans quatre régions métropolitaines, dont l'évaluation a mis en évidence **l'intérêt du dispositif pour proposer un accompagnement plus global et mieux adapté aux besoins des publics concernés**, dès lors qu'une hospitalisation ou des soins techniques lourds ne sont plus nécessaires. Ces développements s'inscrivent dans les

objectifs portés par la mesure 27 du Ségur de la santé, dédiée à la prévention et à la lutte contre les inégalités de santé.

Le projet retenu est porté par l'association France Horizon, avec une orientation spécifique autour des **problématiques de traumatismes, d'exil et d'addictions**, répondant à des besoins jusqu'ici insuffisamment couverts sur le territoire. Le dispositif intègre également un **travail anticipé sur les solutions de sortie**, engagé dès le début de la prise en charge, notamment en articulation avec le SIAO.

Son ouverture est prévue au printemps 2026. L'établissement accueillera des mères sans domicile et leur nourrisson dont l'état de santé nécessite des soins quotidiens, sans relever d'une hospitalisation. Il proposera **23 lits** dédiés aux **dyades mère-enfant** (financement ARS), ainsi que **18 places pour accompagnants** (financement DDETS). La durée de prise en charge sera de **deux mois, renouvelable une fois**. Un dispositif « **hors les murs** » sera également

mis en place. Si **les dispositifs dédiés à la périnatalité se renforcent progressivement sur le territoire, de nombreux besoins demeurent insuffisamment couverts**. L'accès effectif à certains dispositifs reste particulièrement complexe, du fait de conditions de mobilisation, de temporalités et de modalités d'orientation parfois difficiles à articuler. A cela s'ajoute une complexité institutionnelle importante.

3. Complexité du paysage institutionnel et risques de ruptures

Au-delà du manque de ressources, les difficultés d'orientation renvoient plus largement à la structuration de l'écosystème institutionnel. La logique de protection renforcée des publics particulièrement vulnérables s'est traduite par une multiplication des dispositifs spécialisés, ayant pour objectif d'affiner la réponse publique. Mais **cette spécialisation s'accompagne d'une complexification du paysage institutionnel, qui nuit à sa lisibilité comme à son effectivité**. La superposition de dispositifs aux logiques distinctes, la segmentation des compétences et la multiplication des critères d'accès (âge de l'enfant, statut administratif, composition familiale, danger, etc.) produisent **des effets de seuil, des ruptures de prise en charge et parfois des renvois de responsabilité entre institutions**.

Pour les femmes enceintes sans domicile ou avec de très jeunes enfants, cette situation est particulièrement problématique. Situées à **l'intersection de plusieurs cadres d'intervention** – protection de l'enfance, hébergement d'urgence, insertion, santé, protection maternelle – elles ne relèvent que rarement complètement d'un seul dispositif. Cette position intermédiaire peut conduire à des délais d'orientation, des prises en charge fragmentées, voire à une absence temporaire de solution, que l'hôpital se retrouve alors à compenser. Plusieurs professionnels soulignent que **les situations donnant lieu aux hospitalisations les plus prolongées sont souvent précisément celles où cette segmentation des compétences complique ou bloque les relais** – en témoigne le parcours de cette jeune mère.



Parcours H : segmentation des prises en charge et risques de rupture

Notes de terrain de la chargée de recherche – éléments recueillis auprès de différents accompagnants sociaux

Lors d'une visite à la Draille, une structure d'hébergement temporaire (limité à deux semaines) destinée aux familles monoparentales avec enfant, j'apprends avec étonnement qu'une femme sortant de maternité avec son nouveau-né vient d'y être orientée. Cette situation interpelle, dans la mesure où ce type d'orientation est en principe évité par les

maternités, en raison du caractère très transitoire de cette solution.

Des échanges avec son ancien référent social ainsi qu'avec les assistantes sociales hospitalières permettent de mieux comprendre son parcours. Avant son accouchement, cette jeune femme était prise en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) en tant que mineure. À la naissance de son enfant, elle ne peut toutefois pas réintégrer sa structure d'hébergement initiale, celle-ci n'étant pas adaptée à l'accueil d'un nourrisson. Une

orientation vers un centre maternel est alors engagée par les services départementaux, mais les délais d'attente, liés au manque de places disponibles, prolongent la recherche de solution. Dans l'intervalle, la maternité maintient la patiente hospitalisée :

“ Elle est restée ici, on attendait que le département trouve une solution. Pour les mineures, ce n'est pas à nous. ”

Ce maintien se prolonge pendant près d'un mois. La situation bascule lorsqu'une décision de non-reconnaissance de minorité entraîne un transfert soudain de responsabilité institutionnelle. La maternité reçoit un courriel de l'inspectrice indiquant qu'elle doit désormais « prendre le relais ».

Faute de solution via le 115, la patiente est alors rapidement orientée vers la Draille.

Une assistante sociale précise :

“ On ne pouvait plus la garder. Si on appelle le 115 et qu'il n'y a pas de place, on contacte la Draille, c'est aussi une solution d'hébergement. On espère qu'ils vont lui trouver quelque chose. ”

De son côté, son ancien référent social se dit soulagé qu'une solution ait été trouvée. Informé du caractère limité à deux semaines de cet hébergement, il exprime sa surprise et partage l'espoir qu'une solution plus pérenne puisse être mise en place. Il précise ne plus être en charge du suivi depuis la reconnaissance de sa majorité.

J'apprends une semaine plus tard, lors d'une réunion, qu'une place en dispositif 115 périnatalité a pu finalement être obtenue. La mère et son enfant, alors âgé d'un mois et demi, ne seront ainsi pas remis à la rue.

Cette situation met en évidence les **effets de seuil administratifs** liés au passage à la majorité, qui entraînent des **ruptures** brutales de prise en charge et un **repositionnement** rapide – voire précipité – des **responsabilités institutionnelles**. Elle illustre également les **limites de la coordination entre acteurs sociaux et sanitaires**, la maternité se retrouvant temporairement à pallier l'absence de solution d'aval. Malgré le recours à des dispositifs structurés (ASE, 115, centres maternels), le parcours de cette jeune mère révèle une **gestion en flux tendu**,

où les orientations dépendent largement des places disponibles plutôt que d'une logique d'anticipation et de continuité des besoins. Le recours à un hébergement très temporaire comme la Draille souligne ainsi une forme de **gestion par défaut**, où les solutions mobilisées répondent avant tout à l'**urgence**, au **prix d'une fragilisation des parcours**. Enfin, cet exemple met en lumière la **tension entre logiques institutionnelles et besoins des usagers**, la stabilisation du parcours reposant *in fine* sur la disponibilité aléatoire d'une place, plutôt que sur une anticipation coordonnée en amont.

Ce focus permet d'apporter un **premier travail d'objectivation des situations et des dispositifs existants**, jusqu'ici peu documentés. Il met en évidence un paysage marqué par une forte dispersion de l'offre, la multiplicité des conditions d'accès et un manque global de lisibilité, limitant les possibilités d'orientation adaptée.

L'orientation des femmes sans domicile en période périnatale révèle les fragilités du système, marqué par une gestion largement contrainte par l'urgence, notamment après

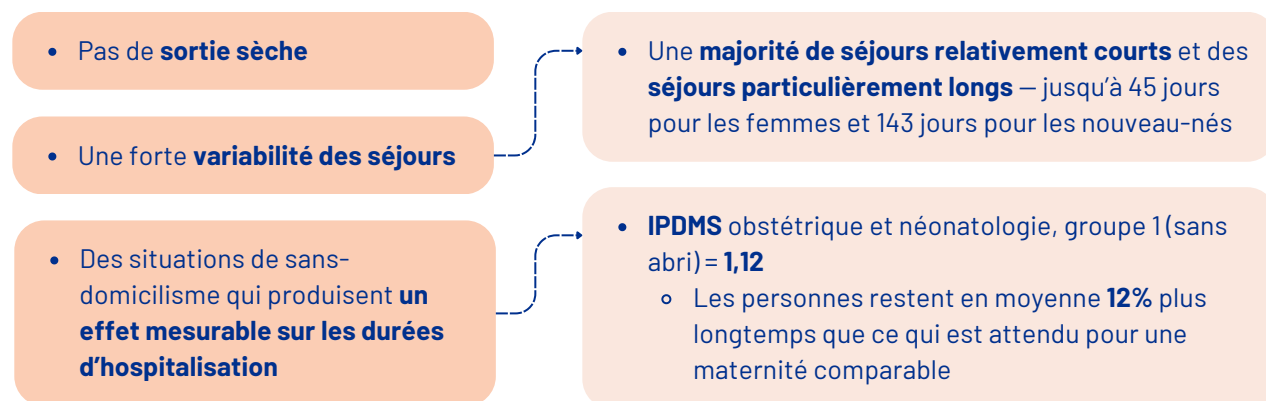
l'accouchement. Elle souligne, en creux, des **enjeux majeurs d'anticipation** – alors même qu'une grossesse s'inscrit dans un temps long –, de **coordination entre acteurs et de co-responsabilité dans le suivi des situations**.

Ces constats appellent le développement de dispositifs permettant une meilleure vision d'ensemble des parcours, un repérage plus précoce des situations permettant la mise en œuvre de solutions mieux adaptées à chaque situation.

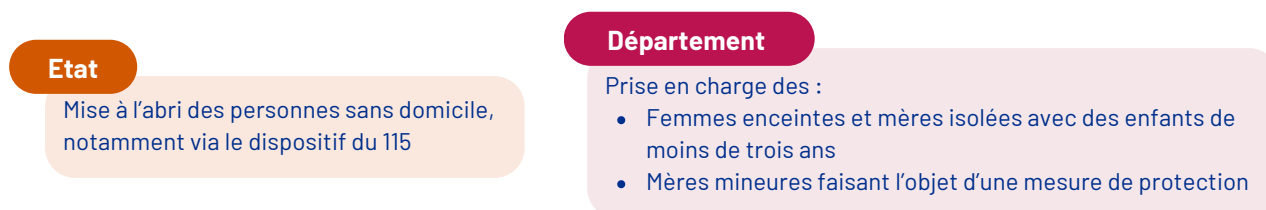
ENSEIGNEMENTS CLÉS

III. Les sorties de maternités

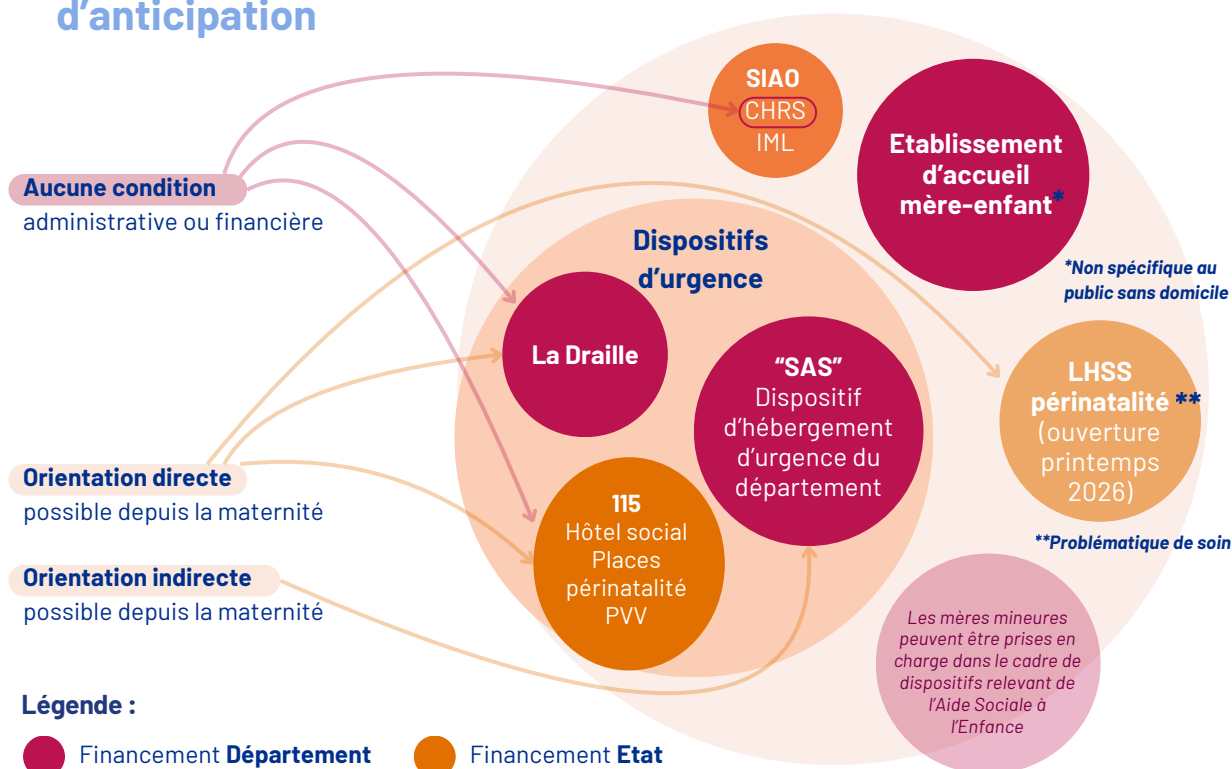
Des effets significatifs des situations de sans-domicilisme sur les séjours à la maternité



Des compétences segmentées → pouvant entraîner des ruptures de prise en charge



Les dispositifs d'aval : enjeux de lisibilité, d'accessibilité et d'anticipation



IV. PERSPECTIVES OPÉRATIONNELLES



+ Introduction

Au carrefour de la recherche et de l'action, cette dernière partie s'inscrit dans une **démarche opérationnelle forte**. Fidèle à la mission qui lui a été confiée par les associations et institutions qui participent à sa gouvernance, l'Observatoire des pauvretés vise à **produire des connaissances directement mobilisables, au service de l'amélioration des pratiques de terrain et des politiques publiques**. Dans le cadre de

l'enquête, l'analyse des parcours de prise en charge des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation ne se limite donc pas aux constats. Elle cherche à **identifier des marges de manœuvre concrètes**, notamment à travers une approche par les coûts et par une démarche de co-construction de recommandations ciblées, élaborées en lien étroit avec les acteurs concernés.

+ Objectiver les coûts pour identifier les marges de manœuvre

1. Appréhender les coûts évitables : enjeux et difficultés de mise en œuvre

→ L'intérêt d'une approche en termes de coûts évitables

Une approche en termes de coûts évitables consiste à identifier les dépenses qui n'auraient pas eu lieu – ou auraient été moindres – si une organisation plus adaptée en matière de prise en charge sociale et médicale avait été mise en place. Dans le cas des personnes sans domicile en sortie d'hospitalisation, cette analyse a pour but de **quantifier les dépenses qui pourraient être évitées si les parcours de prise en charge étaient davantage adaptés** aux besoins socio-sanitaires des personnes.

D'un point de vue opérationnel, cette approche permet de penser la création de dispositifs adaptés non comme des charges supplémentaires, mais comme des **investissements susceptibles de réduire des dépenses ultérieures**. Elle a notamment été utilisée dans le cadre de l'expérimentation Un chez-soi d'abord, dispositif qui a pour objectif de permettre aux personnes sans abri qui souffrent de troubles psychiques et cumulent de grandes difficultés d'accéder directement à un logement ordinaire. Son évaluation met notamment en lumière que les économies engendrées par la baisse du recours aux hospitalisations, aux Urgences et aux services (services sanitaire, sociaux, d'hébergement, judiciaires) venaient compenser la totalité du coût annuel du dispositif (voir Tinland et al., 2016).

➤ Hypothèses émises dans le cadre de l'enquête

Dans le cadre de l'enquête, deux hypothèses principales ont été formulées, notamment à partir des entretiens réalisés auprès des professionnels, concernant les coûts supplémentaires susceptibles d'être engendrés

par des dysfonctionnements dans les circuits actuels de prise en charge. Les indicateurs présentés dans la deuxième partie (p.45) permettent d'étayer certaines tendances.

Hypothèse 1 :

Les personnes sans domicile sont régulièrement maintenues à l'hôpital pour des raisons sociales, en l'absence de solutions de sortie adaptées.

En médecine-chirurgie, les indicateurs issus de l'exploitation des données de l'AP-HM confirment que les durées de séjour sont en moyenne nettement supérieures à celles de la patientèle globale de l'AP-HM (8 jours pour les personnes sans abri contre 3,3 jours pour l'ensemble de l'AP-HM). Toutefois, les résultats ne traduisent pas un allongement homogène des séjours, mais une forte dispersion des trajectoires hospitalières, avec une majorité de séjours courts (comparables à la population générale) et un nombre limité mais significatif de séjours très prolongés.

Pour les maternités, au-delà de durées moyennes de séjour plus longues que celles observées pour l'ensemble de la patientèle de l'AP-HM, l'effet des situations de sans-domicilisme sur le maintien prolongé des personnes à l'hôpital se reflète dans l'IPDMS. Celui-ci montre que les personnes de l'échantillon restent en moyenne 12 % plus longtemps que ce qui est attendu pour une maternité comparable.

Hypothèse 2 :

Les personnes sans domicile présentent un risque accru de réhospitalisation ou de recours aux Urgences, en raison de ruptures dans la continuité des soins. Ces ruptures peuvent être liées à des conditions de vie inadéquates (telles que l'absence d'accès à l'eau potable) ou à une perte de chance d'accéder à des soins adaptés (par ex. rééducation).

Les données quantitatives issues de l'analyse du PMSI sur notre échantillon confirment un recours plus fréquent aux services d'hospitalisation pour les personnes sans abri, sans domicile ou présentant des problématiques de mal-logement, avec un niveau moyen supérieur de plus de 30% à celui de la patientèle globale de l'AP-HM. Ces résultats font écho aux témoignages recueillis lors de l'enquête qui décrivent notamment des parcours marqués par des passages répétés aux urgences et en hospitalisation (exemple du parcours C p.49).

Toutefois, les données disponibles n'ont pas permis d'analyser spécifiquement le recours aux urgences, ni de reconstituer les trajectoires individuelles dans le temps.

.....► Coûts évitables : enjeux et difficultés de mise en œuvre

Si les éléments quantitatifs et qualitatifs mettent en évidence des tendances claires, la mise en œuvre d'une approche rigoureuse en termes de coûts évitables n'a pas pu être

menée dans le cadre de cette enquête. Cette limite tient à la fois à la temporalité de l'étude, à la disponibilité des données et à plusieurs enjeux méthodologiques.

Sur le plan de la méthode :

La question du point de vue adopté est déterminante. La littérature existante en économie de la santé souligne la nécessité de préciser la perspective retenue (hôpital, assurance maladie, finances publiques dans leur ensemble, société) pour interpréter correctement les effets en termes de coûts évitables car les conclusions sur les « économies » peuvent différer. A titre d'exemple, les enjeux économiques autour du maintien d'un patient à l'hôpital pour des raisons sociales se posent différemment :

Du point de vue de l'hôpital, la libération d'un lit ne se traduit pas par une économie budgétaire directe, celui-ci étant généralement réaffecté à un autre patient. En revanche, compte tenu des modalités de financement hospitalier, un séjour qui se prolonge pour des raisons sociales n'entraîne pas nécessairement de recettes supplémentaires proportionnelles à sa durée réelle. Il peut ainsi limiter la capacité de l'établissement à accueillir d'autres patients et, par conséquent, à générer de nouvelles recettes.

A l'échelle du système de santé, une meilleure adéquation entre les dispositifs de prise en charge et les besoins des patients peut améliorer l'allocation globale des ressources. Concrètement, cela signifie que les capacités hospitalières - coûteuses et limitées - peuvent être mobilisées pour des prises en charge qui le nécessitent, plutôt que pour pallier des situations sociales, limitant certains effets comme la saturation des services et les reports d'admission.

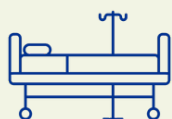
La fragmentation des financements complique l'analyse de potentiels gains. Les coûts hospitaliers, médico-sociaux et sociaux relèvent de **financeurs multiples, aux logiques budgétaires distinctes et cloisonnées**. Un dispositif alternatif peut générer une économie pour une institution tout en représentant un coût supplémentaire pour une autre, ce qui complique une évaluation globale claire. Par exemple, les LAM/LHSS relèvent du champ médico-social de santé et sont financés surtout par l'Assurance maladie via une dotation liée à l'ARS, alors que les CHRS/CHU relèvent du champ de l'hébergement et sont financés principalement par l'État sur le programme 177, sans fongibilité directe entre ces enveloppes.

L'enchevêtrement des causes constitue un obstacle majeur. L'approche en termes de coûts évitables suppose de pouvoir **isoler la part des trajectoires de soins imputable aux déterminants sociaux de celle liée aux facteurs médicaux**. En pratique, cela revient à distinguer ce qui relève de l'état de santé des personnes de ce qui découle de leurs conditions de vie, notamment l'absence de logement. Or, **les personnes concernées cumulent très souvent diverses problématiques** (pathologies chroniques, troubles de santé mentale, difficultés d'accès aux droits et à la prévention, etc.), ce qui rend cette dissociation particulièrement complexe. Dans ces conditions, seule la mise en place d'un suivi longitudinal des parcours, incluant un groupe témoin strictement comparable, permettrait d'estimer de manière robuste la part des dépenses attribuable aux facteurs sociaux.

2. Un recentrage sur l'objectivation des coûts existants

A l'hôpital

Coût moyen d'une hospitalisation en médecine/chirurgie pour les personnes sans abri (groupe 1) de l'échantillon:



887€/nuit

Coût moyen d'une hospitalisation à la maternité pour les personnes sans abri (groupe 1) de l'échantillon:



806€/nuit

Au sein des structures d'hébergement

Exemples de coûts d'accueil

Structures d'hébergement **d'urgence**



État de la personne ne nécessitant pas ou peu de soins

33 €/nuit

En moyenne

Etablissements **médico-sociaux**



Besoin de soins **importants (LHSS)**
(Lits halte soins santé)

127 €/nuit



Besoin de soins **constants (LAM)**
(lits d'accueil médicalisé)

220 €/nuit

Note de lecture pour les exemples de coûts à l'hôpital

Le calcul du coût moyen de l'hospitalisation se base sur l'échantillon des personnes identifiées comme sans abri au sein des services de médecine/chirurgie et des maternités (obstétrique/ néonatalité) dans le système d'information de l'AP-HM sur l'année 2024. Les données traitées par le service de santé publique ont permis d'identifier le nombre de séjours par Groupe Homogène de Malades (GHM). Le coût moyen d'une hospitalisation au sein de l'échantillon a pu être estimé en s'appuyant sur les données nationales de l'Enquête Nationale des Coûts par GHM (ATIH, 2023).

Note de lecture pour les exemples de coûts dans les structures d'hébergements

Le coût associé aux structures d'hébergement d'urgence correspond à la moyenne des coûts par nuit en CHU, CHRS ou en hôtel 115, à partir des coûts officiels au niveau national (IGAS, Ministère chargé du logement). Pour les établissements médico-sociaux, les exemples de coût se basent sur ceux communiqués par l'ARS Provence-Alpes Côte d'Azur (pour les LHSS) et sur les dotations journalières communiquées par les établissements (pour les LAM).

✚ Co-construire des pistes d'action à l'échelle locale

Cette sous-partie présente des pistes d'action issues d'un **travail de co-construction mené avec les acteurs concernés**. Elles s'appuient à la fois sur les groupes de travail organisés en novembre et décembre 2025 avec les participants à l'enquête, et sur divers échanges avec des acteurs associatifs et institutionnels. Elles ont également été nourries par les retours d'acteurs portant des **expérimentations sur des problématiques similaires dans d'autres territoires**.

Ces propositions n'ont pas vocation à être exhaustives ni à couvrir l'ensemble des problématiques identifiées. Elles constituent plutôt des **points d'appui qui ont vocation à nourrir un dialogue constructif** entre les différents acteurs concernés. Leur mise en œuvre suppose un travail d'adaptation aux réalités locales, ainsi qu'un accompagnement dans le temps, pour favoriser leur traduction en actions concrètes.

1. Améliorer le repérage, la connaissance et la compréhension des situations

➔ Renforcer le repérage et visibiliser les besoins du territoire

A l'échelle des structures hospitalières

L'amélioration de la prise en charge repose en premier lieu sur **un repérage plus systématique des situations de sans-domicilisme**, et plus globalement des situations de précarité. L'identification des situations dès l'arrivée au sein des services hospitaliers permet d'anticiper les orientations vers des solutions d'aval et de solliciter plus rapidement les accompagnants sociaux, notamment externes si la personne est déjà accompagnée. Le renforcement du repérage pourrait s'appuyer en particulier sur les services des Urgences, principal point d'accueil des personnes sans domicile, ainsi que sur le corps médical, dont la sensibilisation aux enjeux de précarité est variable.

En lien avec l'identification des situations, il est également essentiel d'améliorer **le renseignement et le suivi des données dans les systèmes d'information existants**. La structuration d'indicateurs fiables et suivis dans le temps sur les prises en charge de personnes précaires permettrait à la fois de mieux évaluer les besoins à l'échelle du territoire et de valoriser l'activité des professionnels, notamment celle des travailleurs sociaux hospitaliers, souvent peu visible. Cet enjeu est majeur à Marseille, notamment pour soutenir les négociations de financements ciblés avec les autorités compétentes, comme la dotation précarité qui finance les surcoûts associés à la présence importante de patients en situation de précarité au sein de la population prise en charge dans certains établissements de santé. L'expérimentation en cours depuis 2025 au sein des services sociaux de l'AP-HM, visant à systématiser le codage des situations de précarité, constitue à ce titre une évolution importante et devra faire l'objet d'une attention particulière afin d'en évaluer les effets.

Compte tenu des pratiques hétérogènes entre établissements hospitaliers, une action envisageable à plus long terme serait la mise en place d'une **politique inter-établissements sur la précarité et la grande précarité**, permettant notamment de définir des critères de repérage et des indicateurs communs.

Au niveau du SIAO

L'enjeu porte sur la **prise en compte de la situation d'hospitalisation par les écoutants du 115 et les référents sociaux** lors du renseignement des demandes d'hébergement dans le SI-SIAO. Cela concerne les personnes hospitalisées ou sortant de l'hôpital, afin d'améliorer la visibilité sur leurs parcours. Une attention particulière est également à accorder au bon renseignement des situations des femmes enceintes ou venant d'accoucher.

A l'échelle des établissements médico-sociaux (LHSS, LAM)

Les données récoltées par les structures sur les demandes reçues et les personnes prises en charge restent hétérogènes et peu centralisées. Cela ne permet pas d'avoir une vision globale sur l'évolution des besoins et sur les niveaux de saturation des dispositifs.

L'enquête a constitué une première opportunité pour travailler sur des indicateurs harmonisés à partir des données d'activité des structures, permettant ainsi un premier aperçu de la couverture des besoins sur le territoire. A l'image des indicateurs élaborés à partir du SI-SIAO sur l'évolution des DNP (demandes non pourvues), il est nécessaire **d'inscrire dans la durée le suivi des demandes pourvues et non pourvues pour les LHSS/ LAM**. La mise en place fin 2025 d'un outil commun entre LHSS pour mieux repérer et suivre les demandes constitue une avancée importante.

Pour recenser des situations complexes et analyser les difficultés rencontrées par les professionnels médico-sociaux, l'appropriation d'outils existants, comme **l'Observatoire des ruptures de parcours de santé mis en place par le DAC13**, constitue un appui.



Acteurs concernés :

Professionnels en charge du codage et du renseignement des situations sur les systèmes d'information existants, acteurs de l'observation sociale locale, institutions sanitaires compétentes.

➔ Approfondir l'analyse de situations spécifiques

L'étude s'est principalement concentrée sur les hospitalisations en médecine somatique, notamment sur le volet quantitatif (exploitation des données du PMSI – AP-HM). Toutefois, les

acteurs du territoire ont manifesté leur intérêt pour que des travaux de recherche complémentaires puissent être menés sur des situations spécifiques.

Les services psychiatriques :

Bien qu'identifiés comme problématique transversale majeure, ils n'ont pas constitué la porte d'entrée de cette étude. Les acteurs soulignent néanmoins la nécessité de **mieux documenter les parcours des personnes hospitalisées en psychiatrie**, afin de rendre compte de leurs enjeux spécifiques.

Les services des Urgences :

Leur exclusion du périmètre d'exploitation des données quantitatives limite la compréhension globale des parcours, en particulier pour **identifier les trajectoires discontinues et les réhospitalisations évitables**.

Les sorties de maternité :

Abordées dans une section spécifique de l'étude, elles se sont imposées comme une **priorité d'intervention** pour de nombreux acteurs, et pourraient ainsi faire l'objet d'une enquête spécifique pour compléter les données présentées, à l'instar de l'étude REPERES (Recherche sur la périnatalité et l'Errance résidentielle) publiée en mars 2026 par l'Observatoire du Samu Social de Paris et le réseau Solipam.



Acteurs concernés :

Services de santé publique des établissements hospitaliers, laboratoires de recherche universitaires, acteurs de l'observation sociale locale.

2. Optimiser et renforcer les réponses existantes

Des marges de manœuvre existent pour faire évoluer certaines pratiques et activer des leviers aujourd'hui non mobilisés. Les acteurs du territoire ont exprimé une attente forte :

celle de rendre pleinement effectifs les dispositifs existants, avant de développer de nouvelles solutions.

➤ Lever les obstacles d'accès aux dispositifs de droit commun

Les difficultés d'accès effectif aux dispositifs de droit commun (EHPAD, SMR, etc.) pour les personnes sans domicile contribuent à la **réalisation d'orientations « par défaut », aux glissements entre dispositifs et à la saturation des structures d'urgence ou spécialisées**. Ces glissements concernent, par exemple, des personnes en CHRS relevant d'un accompagnement sanitaire (LAM, LHSS) ou des personnes âgées gardées par l'hôpital faute de solutions d'aval alors qu'elles pourraient intégrer un EHPAD. Ces situations maintiennent les personnes dans des parcours inadaptés et parallèles, générant à la fois une réponse insuffisamment ajustée à leurs besoins et une pression accrue sur les professionnels et les structures d'accueil.

Un état des lieux des orientations inadaptées ainsi qu'une objectivation de la perte de chance engendrée par ces situations, est un prérequis indispensable pour estimer les besoins réels, ajuster les capacités d'accueil et permettre des orientations vers les dispositifs adaptés.

A partir de cet état des lieux, l'enjeu est de **garantir un accès effectif au droit commun pour les personnes en situation de grande précarité**, dès lors que leur situation le permet. Si certaines restent exclues pour des raisons administratives et/ou financières, l'enquête souligne la nécessité de lever les freins pour celles qui remplissent les conditions, en particulier les personnes sans domicile vieillissantes.

Dans cette optique, une démarche a été engagée, en mars 2026, par ASSAb, l'Observatoire des pauvretés, le DAC13 et l'URIOPSS PACA et Corse afin de favoriser des sorties effectives vers les dispositifs de droit commun pour les personnes vieillissantes en situation de précarité. Un groupe de travail dédié, porté par ASSAb, associant les divers acteurs concernés, vise à identifier les leviers permettant de **lever les obstacles existants** (conditions d'admission, recours à l'aide sociale, adaptation des critères, accompagnement des établissements, déstigmatisation des personnes sans domicile), en s'appuyant notamment sur des pratiques et initiatives locales (par ex. EHPAD Saint-Barthélemy - Fondation Saint-Jean-de-Dieu).



Acteurs concernés :

Dispositifs d'appui à la mise en réseau, établissements hospitaliers, établissements médico-sociaux, institutions compétentes.

→ Accompagner les équipes : interconnaissance et outils communs

L'enquête met en évidence, d'une part, la forte pression à laquelle sont confrontés les professionnels, et d'autre part, des logiques d'intervention, des contraintes et des temporalités distinctes entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Dans ce contexte, le renforcement de l'interconnaissance est un enjeu central pour améliorer l'articulation des interventions. Il est nécessaire de **favoriser des espaces de rencontre et d'échange**, tant entre acteurs d'un même champ qu'entre professionnels issus de secteurs différents.

L'appui d'acteurs de coordination comme ASSAb ou le DAC13 est un vrai atout pour soutenir le **développement des dynamiques de réseau inter-acteurs** qui émergent sur le terrain de manière informelle (par ex. appui d'ASSAb sur le groupe inter-LHSS). Ce sont ces dynamiques qui peuvent engendrer la création d'outils communs (par ex. procédure ASSAb, dossier d'admission unique LHSS).

Leur mobilisation constitue également un levier pour **renforcer la sensibilisation de certains professionnels sur les enjeux de grande précarité et de sans-domicilisme**. L'étude fait notamment ressortir une priorité : celle de sensibiliser davantage le corps médical à ces problématiques. Cette démarche pourrait prendre la forme de temps de sensibilisation à l'image de ceux déjà proposés par ASSAb aux Marins Pompiers ou à la Police Municipale de Marseille.



Acteurs concernés :

Acteurs de coordination, établissements hospitaliers (notamment le corps médical), établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, **le développement de pratiques d'analyse croisée des situations complexes, réunissant des professionnels du champ médical et du champ social**, qu'ils soient internes ou externes à l'hôpital, constitue un levier pour construire une lecture partagée des situations et favoriser des décisions d'orientation plus adaptées. Cela pourrait notamment passer par l'ouverture à des acteurs du champ social d'instances existantes, telles que les commissions ou les réunions de concertation pluridisciplinaire au sein de l'hôpital.



Acteurs concernés :

Établissements hospitaliers (corps médical, services sociaux), établissements médico-sociaux.

➤ Adapter l'offre et orienter la création de places

Au-delà du déficit structurel, bien documenté, de places d'hébergement d'urgence généralistes sur le territoire marseillais, l'enquête met en évidence la **saturation de certains dispositifs d'hébergement spécialisé** (comme les LAM), malgré un nombre global de demandes limité à l'échelle de la ville. Dans un contexte de vieillissement et de complexification des situations de précarité, les besoins spécifiques de certaines personnes ne peuvent être couverts par la seule mobilisation du droit commun, et exigent des réponses adaptées.

Comme mentionné précédemment, un état des lieux des "glissements" de situation, en complément des données présentées dans l'enquête, pourrait permettre **d'orienter les priorités de création de places et de cibler les besoins les plus critiques**, dans un contexte de ressources contraintes.

A l'échelle locale, certaines initiatives récentes illustrent des évolutions positives, qui répondent à des besoins identifiés de longue date, comme le **LHSS périnatalité** porté par l'association France Horizon qui fait suite à un appel projet lancé par l'ARS PACA en décembre 2025, et le projet d'**EHPAD municipal** (Ville de Marseille) accueillant des personnes précaires avec une ouverture prévue à l'horizon 2028.



Acteurs concernés :

Institutions compétentes.

3. Développer de **nouvelles réponses adaptées**

Le développement de nouvelles réponses vise à promouvoir des modèles d'intervention décloisonnés, favorisant la coopération et la coresponsabilité entre les acteurs sanitaires,

sociaux et médico-sociaux. Les échanges menés avec des acteurs d'autres territoires confrontés à des problématiques similaires viennent alimenter ces réflexions.

► **Mettre en œuvre un circuit spécifique pour les femmes enceintes ou sortant de maternité**

Au regard des enjeux majeurs et spécifiques autour de la périnatalité, il apparaît opportun d'imaginer **un dispositif spécifique**, mobilisable par l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire, afin de **mieux repérer** les situations des femmes sans domicile enceintes ou sortantes de maternité, d'**identifier leurs besoins** en matière d'hébergement et d'accompagnement médico-social le plus en amont possible, et ainsi de **favoriser une orientation adaptée** en amont de la sortie.

Ce type de dispositif peut prendre des formes variées selon les spécificités du territoire et les acteurs en capacité d'assurer la coordination des parcours. Des initiatives existantes, telles que le **dispositif périnatalité porté par le SIAO de Seine-Saint-Denis** ou le **réseau Solipam en Île-de-France**, illustrent l'intérêt d'une approche globale et coordonnée des parcours des femmes enceintes en situation de grande précarité.

Si l'enquête a permis un premier état des lieux des acteurs mobilisés et des dispositifs existants à Marseille, **la mise en place d'un circuit spécifique suppose une co-construction avec l'ensemble des acteurs locaux concernés.**



Acteurs concernés :

Maternités, PASS, structures d'hébergement, SIAO, institutions et services sociaux compétents.



Le dispositif « Femmes en errance, enceintes ou sortantes de maternité » - SIAO93

Fondements et finalités du dispositif :

Mis en place à partir de 2014 sous la forme d'une expérimentation avec un premier hôpital, le dispositif périnatalité porté par Interlogement 93 (SIAO93) a ensuite été étendu à l'ensemble des maternités du département de Seine-Saint-Denis. Il répond notamment au constat d'un manque de repérage des femmes enceintes sans domicile, alors même que leurs besoins sont très spécifiques en matière de suivi sanitaire et social pré et post-partum, et de protection de l'enfant.

Ce dispositif consiste en un circuit dédié qui vise à mieux repérer, orienter et accompagner les femmes enceintes ou sortantes de maternité, sans solution d'hébergement. Il repose sur un partenariat étroit entre le SIAO93, les maternités, la PMI, les équipes mobiles et les structures d'accueil et d'hébergement du territoire.

Fonctionnement: Le circuit se décline en trois étapes principales :

1. Signalements par les différents partenaires

Les services sociaux de maternités, les PMI du département et les partenaires du dispositif adressent au SIAO 93, via un canal dédié, une grille de recueil d'informations en précisant le profil du ménage (statut administratif, droits ouverts, suivi social, liens avec le territoire, vulnérabilités spécifiques, précisions sur la grossesse/l'accouchement) et des préconisations sur le type d'hébergement adapté en fonction des besoins identifiés.

En 2024, ces signalements provenaient pour moitié des PMI et maternités, le reste émanant des écoutants 115 et des partenaires de proximité (accueils de jour, structures d'hébergement, équipes mobiles d'aide, équipe mobile LHSS périnatalité, etc.).

2. Recherche d'une solution d'hébergement adaptée

Deux interlocutrices identifiées au sein du SIAO 93 traitent ces demandes et recherchent d'abord une place sur le parc d'hébergement dédié à la périnatalité ; à défaut, elles mobilisent la mise à l'abri hôtelière via un circuit prioritaire. L'orientation tient compte du degré d'autonomie et des potentiels besoins spécifiques de la personne (ex. vulnérabilité médicale comme le diabète gestationnel qui peut imposer un environnement adapté).

3. Accompagnement social et sanitaire spécifique

Pour les personnes mises à l'abri à l'hôtel, une intervention sociale spécifique et un accompagnement global peuvent être proposés en cas d'absence de référent de droit commun. Par ailleurs, le déploiement d'équipes mobiles périnatalité sur le territoire (équipe mobile santé précarité périnatalité ou LHSS hors les murs périnatalité) permet également d'intervenir en aller-vers auprès des femmes enceintes ou sortantes de maternité.

Public cible :

Femmes enceintes de plus de 3 mois et femmes sortant de maternité avec enfant de moins de 3 mois, seules ou en couple, sans solution pérenne d'hébergement.

En tenant compte des spécificités propres à la Seine-Saint-Denis et, plus largement, au territoire francilien, il apparaît pertinent d'analyser certaines caractéristiques des ménages ayant formulé une demande dans le cadre du dispositif étudié (données d'activité 2024 transmises par Interlogement 93) :

- 60% des demandes sont effectuées avant l'accouchement, ce qui souligne l'enjeu de prévention et de sécurisation en amont de la naissance.
- 85% des ménages se déclarent sans suivi social au moment de la demande, ce qui justifie la nécessité d'un accompagnement social spécifique.

Enseignements:



Ce dispositif périnatalité met en évidence la plus-value d'un circuit spécifiquement dédié au public des femmes enceintes ou sortantes de maternité. Il renforce la qualité de la prise en charge et limite les ruptures de parcours, en s'appuyant sur **une démarche préventive et une coordination accrue entre les acteurs concernés** (maternités, PMI, SIAO, équipes mobiles, etc.). Ce fonctionnement favorise un repérage croisé des situations complexes et permet de travailler le plus en amont possible à l'identification de solutions les plus adaptées, articulant hébergement, santé et parentalité.

- L'existence de moyens humains dédiés au sein du SIA093, la formation des agents du 115 et l'intégration du dispositif dans le réseau partenarial est indispensable pour permettre la continuité des parcours des personnes, et la cohérence des réponses apportées.
- Le meilleur repérage des femmes enceintes et des situations de périnatalité permet une meilleure visibilité sur les besoins du territoire et un ajustement plus fin de l'offre d'hébergement et d'accompagnement.
- Une limite importante demeure : l'absence d'orientation intégrée vers certaines structures relevant du Conseil départemental (notamment les centres maternels).

→ Expérimenter des solutions intermédiaires

Dans une logique de fluidification des parcours, le développement de solutions intermédiaires apparaît comme un levier à explorer. À l'image de la Pension Sociale Hospitalière mise en place par les Hospices Civils de Lyon en partenariat avec l'association Alynéa, il s'agirait de créer des dispositifs d'hébergement transitoires permettant un accompagnement social renforcé, notamment pour l'ouverture des droits et l'orientation vers une solution adaptée à chaque situation. Ces espaces tiers reposent sur l'implication coordonnée de professionnels issus de différents champs, dans une logique de coresponsabilité. Leur mise en œuvre suppose un soutien des pouvoirs publics ainsi que des financements dédiés.



La Pension Sociale Hospitalière de Lyon

Fondements et finalités du dispositif :

Fruit du partenariat entre les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'association Alynéa - Samu Social 69, la pension sociale hospitalière (PSH) est un dispositif innovant lancé en décembre 2024, face à un double constat : d'une part, les situations multiples de patients en situation de grande précarité pour qui l'hôpital se transforme en logement faute de solution d'aval, d'autre part, le contexte de saturation de la capacité hospitalière.

Cette expérimentation soutenue par l'ARS vise ainsi à sécuriser les parcours des patients les plus précaires et optimiser l'organisation hospitalière. Elle se pose comme un lieu d'hébergement alternatif, au sein de l'enceinte hospitalière, évitant la rupture du parcours de soin et proposant un accompagnement socio-éducatif spécifique avant un retour à domicile ou un hébergement dans un établissement adapté.

Public cible :

La PSH accueille les patients qui restent de manière prolongée à l'hôpital faute de solution d'aval, et qui présentent une situation considérée à risque vital, soit pour la personne elle-même, soit pour la santé publique (donc pour lesquels une sortie sèche n'est pas envisageable). Ils sont identifiés comme "cas complexes" au sein des unités hospitalières, car ils ne relèvent plus du soin hospitalier mais se trouvent sans solution de logement à la sortie de l'hôpital, du fait d'un habitat inadapté ou de leur isolement social. La population accueillie

est volontairement mixte, avec des perspectives d'aval diverses : résidences autonomie et EPHAD pour les personnes vieillissantes, CHU, logements adaptés, familles d'accueil, etc. L'admission au sein de la PSH est validée après étude du dossier de la personne par une commission multipartenariale (professionnels du corps médical et social, internes et externes à l'hôpital).

Fonctionnement :

Etablie au sein de l'hôpital, la pension sociale hospitalière est gérée par l'association Alynéa via une convention d'occupation, et comporte 18 chambres individuelles. Elle accompagne le projet de sortie des patients devenus résidents grâce à une équipe pluridisciplinaire (moniteurs-éducateurs, aides-soignantes, assistante sociale, cheffe de service) afin de trouver une solution adaptée aux besoins de chaque personne. Si elle est nécessaire, la continuité de soins est assurée par des professionnels libéraux (Communauté professionnelle territoriale de santé). Quant à l'hôpital, au-delà de son rôle en termes de logistique, maintenance et sécurité, il s'engage à reprendre un résident dont l'état de santé se dégraderait.

Perspectives

L'année 2025 a constitué la première phase de l'expérimentation, soutenue par l'ARS, la Ville de Lyon et la Fondation des Petits Frères des Pauvres.

L'expérimentation se poursuit en 2026, année durant laquelle une étude médico-économique, complétée par une étude qualitative sur l'expérientiel des professionnels et des patients, permettra d'analyser l'impact de cette expérimentation et d'envisager la pertinence d'un potentiel essaimage à d'autres territoires.

Enseignements



Cette expérience lyonnaise illustre la **force d'une alliance d'acteurs fondée sur le principe de co-responsabilité**. Face aux stratégies d'évitement décrites dans l'étude, la PSH promeut une évolution du mode de relais entre les professionnels du sanitaire et du médico-social, où chaque acteur prend sa part selon son champ de compétences.



Elle met également en lumière les décalages de temporalité entre le soin hospitalier et la mobilisation du droit commun. En cela, la PSH constitue un espace tiers adapté, qui permet de réinterroger, en lien avec les institutions, le système actuel et d'envisager de potentielles évolutions structurelles.

Bibliographie

- Farnarier, C., Fano, M., Magnani, C., & Jaffré, Y. (2015). *Projet TREPSAM : trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille* (Rapport de recherche, UMI 3189 Environnement, santé, sociétés).
- Fédération des acteurs de la solidarité. (2024). *Femmes et sans-abrisme : quelles réalités ? Volet 1 – Le phénomène vu par les SIAO* (enquête, novembre 2024).
- Feral-Pierssens, A., et al. (2016). Emergency care for homeless patients: A French multicenter cohort study. *American Journal of Public Health*, 106(5), 846–852.
- Field, H., Hudson, B., Hewett, N., & Khan, Z. (2019). Secondary care usage and characteristics of hospital inpatients referred to a UK homeless health team: A retrospective service evaluation. *BMC Health Services Research*, 19, 857.
- Groupe Régional Gestion des Lits, Séjours, Parcours Patient Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2017). *Bonne pratique fondamentale – Outils et actions* (Version V01, octobre 2017).
- Insee, & Ined. (2012). *Enquête Sans Domicile 2012 : étude auprès des personnes fréquentant des services d'aide (hébergement et distribution de repas)*.
- Lewer, D., et al. (2021). Hospital readmission among people experiencing homelessness in England: A cohort study of 2772 matched homeless and housed inpatients. *The Lancet Public Health*, 6(6), e409–e418.
- Loison-Leruste, M. (2023). Le sans-domicilisme : réflexion sur les catégories de l'exclusion du logement. *Revue française des affaires sociales*, (1), 29–50.
- Malden, S., Doi, L., Ng, L., & Cuthill, F. (2023). Reducing hospital readmissions amongst people experiencing homelessness: A mixed-methods evaluation of a multidisciplinary hospital in-reach programme. *BMC Public Health*, 23(1), 1117.
- Mannoni, M. (2021). *Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les personnes sans abri à Marseille* [Rapport].
- Mannoury, C., Babin, S., Reboul, M., Paquereau, J., Jolivet, A., & Moret, L. (2024). Profil et parcours des patients « bed-blockers » au CHU de Nantes : étude descriptive au sein d'une unité innovante. *Santé Publique*, 36(HS1), 176.
- Marpsat, M., & Yaouancq, F. (2016). Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. In *Insee Références* (édition 2016). Paris : Insee.
- Médecins du Monde. (2025). *Rapport 2025 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*.
- Miyawaki, A., Hasegawa, K., Figueroa, J. F., & Tsugawa, Y. (2020). Hospital readmission and emergency department revisits of homeless patients treated at homeless-serving hospitals in the USA: Observational study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2560–2568.
- Observatoire des pauvretés. (2025). *Le sans-domicilisme à Marseille : quels chiffres pour quelles réalités ?*
- Observatoire du Samusocial de Paris, & Inserm. (2010). *SAMENTA : santé mentale et addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Rapport d'enquête*.
- Peretti, G. (2006). Sans-domicile : une cible mouvante. *Revue des politiques sociales et familiales*, (85), 63–74.
- Ramblière, L., & Iasagkasvili, M. (2026). *REPERES, 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.
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., Parpouchi, M., Currie, L. B., & Somers, J. M. (2016). A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada. *BMC Health Services Research*, 16, 60.
- Tinland, A., Girard, V., Loubière, S., & Auquier, P. (2016). *Un chez-soi d'abord : Rapport intermédiaire de la recherche, volet quantitatif*. Unité de Recherche UPRES EA 3279.

Sigles et acronymes

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale de l'État

AMU : Aix-Marseille Université

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASSAb : Dispositif local marseillais d'accès aux soins pour personnes sans abri

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BOP : Budget Opérationnel de Programme

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

C2S : Complémentaire santé solidaire

DAC13 : Dispositif d'Appui à la Coordination des Bouches-du-Rhône

DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ET : Ecart-Type

FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs

GHM : Groupe Homogène de Malades

HAD : Hospitalisation à Domicile

HCL : Hospices Civils de Lyon

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IML : Intermédiation Locative

IPDMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

Sigles et acronymes

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maison des Solidarités

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

NA : Non Applicable

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSH : Pension Sociale Hospitalière

PVV : Personne Victime de Violence

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAS : Service d'Action Sociale

SDF : Sans Domicile Fixe

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SI-SIAO : Système d'Information du SIAO

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

TREPSAM : Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

+ Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement **l'équipe d'ASSAb**, dont cette enquête prolonge les travaux, tant dans la réflexion que dans les liens tissés avec les acteurs de terrain.

La réalisation de cette étude repose avant tout sur **l'engagement de nombreux professionnels du secteur médical et social**. Nous adressons nos sincères remerciements aux équipes qui nous ont accueillis sur le terrain — **en particulier les services sociaux hospitaliers, les structures d'hébergement et les établissements médico-sociaux** —, qui ont accepté de nous ouvrir leurs portes, de nous permettre de nous immerger dans leur quotidien et de prendre le temps de répondre à nos questions, malgré des contraintes de travail importantes. Nous espérons que cette enquête rendra fidèlement compte de leurs réalités.

Nos remerciements s'adressent également **aux personnes sans domicile** rencontrées dans le cadre de cette enquête, qui nous ont accordé leur confiance et partagé des moments de vie, souvent dans des contextes particulièrement éprouvants (pendant des soins, à la sortie des urgences, en attente d'une solution de mise à l'abri, etc.).

Nous exprimons notre gratitude à **l'AP-HM** pour le soutien de sa direction et la collaboration étroite avec le service de santé publique, dont les données ont largement contribué à nourrir cette étude. Nous saluons la contribution du **SIAO13**, dont l'appui a été déterminant dans la réalisation de cette enquête.

Nous remercions également la **DDETS13**, le **Conseil départemental des Bouches-du-Rhône** et le **CCAS de Marseille** pour leurs échanges et le partage de données ayant contribué à cette étude.

Enfin, nous remercions **les membres de la gouvernance partagée de l'Observatoire des pauvretés**, qui ont permis le lancement de ce travail, ainsi que **l'ensemble des financeurs** pour leur soutien au projet.

Membres financeurs



Autres membres de la gouvernance



Contact :

Clélie Nallet

Chargée de recherche opérationnelle
c.nallet@uriopss-pacac.fr