Mortalité des personnes sans-domicile 2017

L'ENQUÊTE DÉNOMBRER ET DÉCRIRE

Publié en octobre 2018

COLLECTIF Les MORTS de La RUE

Table des matières

Contexte 4
Méthodologie 4
Résultats : les chiffres de la mortalité 4
Résultats : l'accès aux soins pour les personnes 'SDF' 5
Conclusion 6
Recommandations 6
Abréviations 9
PARTIE I : L'ETUDE DENOMBRER ET DECRIRE 10
Contexte 10
Objectifs 10
Méthodologie 10
Limites 11
Résultats de l'étude quantitative 14
1. Nombre de décès en France 14
1.1. Nombre de signalements 14
1.2. Nombre de décès estimés 15
1.3. Les sources de signalement 16
2. Démographie 19
2.1. Genre 19
2.2. Age 20
2.3. Pays de naissance 23
3. Temps d'errance et derniers lieux de vie 26
3.1. Temps passé en situation de rue 26
3.2. Temps passé en hébergement 27
3.3. Dernier lieu de vie connu 28
4. Lieu et mois de décès 31
4.1. Régions 31
4.2. Départements et communes 32
4.3. Lieu où le décès a été constaté 33
4.4. Mois du décès 34
5. Causes et circonstances des décès 36
5.1. Type de décès 36

5.2. Causes de décès 38
5.3. Identification 41
6. Pathologies et suivi médical 43
6.1. Addictions 43
6.2. Troubles mentaux 45
6.3. Comorbidité : troubles mentaux et addictions 47
6.4. Hospitalisation 47
7. Les décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-De-France 51
7.1. Signalements et identification 51
7.2. Démographie 52
7.3. Temps d'errance 53
7.4. Lieu de décès 53
7.5. Causes et circonstances de décès 54
7.6. Addictions, santé mentale et suivi médical 56
PARTIE II : L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES 'SDF' A PARIS 59
1. Contexte 59
2. Méthodologie 59
3. RESULTATS 60
3.1. Accessibilité géographique 60
3.2. Disponibilité et capacité 62
3.3. Coût 65
3.4. Acceptabilité 66
4. Discussion 71
5. Recommandations 73
CONCLUSION GENERALE 75
BIBLIOGRAPHIE 76
ANNEXES 81
Annexe 1 : Présentation du Collectif les Morts de la Rue 81
Annexe 2 : Méthodologie de l'étude D&D 82
Annexe 3 : Questionnaire D&D 90
Annexe 4 : Guide d'entretien pour les entretiens sur l'accès aux soins 96

Résumé

Contexte

Le nombre de personnes 'SDF' est croissant dans presque toute l'Europe et a aussi fortement augmenté en France. Cette population a une morbidité et mortalité plus élevée. Depuis 2012, le Collectif les Morts de la Rue (CMDR) recense systématiquement le nombre de décès de personnes 'SDF' en France et recueille des informations sur leur parcours de vie, leur situation administrative et les circonstances du décès. Concernant ces décès, le CMDR a la base de données la plus complète et contribue ainsi à un travail d'observatoire afin d'interpeller la société et les pouvoirs publics sur les conditions de vie et de mort de ces personnes.

Méthodologie

Cette étude est une étude rétrospective des décès de 2017 signalés par des partenaires et par les médias. Les données ont été collectées grâce à un questionnaire standardisé ; celui-ci a été rempli en ayant des entretiens téléphoniques avec des tiers connaissant le défunt. Nous faisons une description des caractéristiques des personnes décédées.
La deuxième partie de l'étude est qualitative exploratoire: sept entretiens ont été menés avec des travailleurs sociaux et du personnel médical pour identifier les barrières rencontrées par les personnes 'SDF' à Paris quand elles doivent accéder aux soins. Nous explorons ainsi les facteurs ayant pu contribuer à une mort plus précoce de cette population.

Résultats : les chiffres de la mortalité

Recensement des décès

En 2017 nous comptons **511 décès de personnes 'SDF'** et 81 décès de personnes 'anciennement SDF' ; ce nombre est proche des 500 des années précédentes. La méthodologie se base sur le signalement volontaire de partenaires et la recherche active dans les médias ; celle-ci comporte des limites importantes : en effet, on a été estimé en 2013 que le nombre réel de décès serait 5 à 6 fois supérieur. Cette estimation effectuée en collaboration avec le CépiDc devrait être recalculée au plus vite pour connaître le taux actuel d'exhaustivité de notre recensement.

Description des personnes décédées

La proportion de personnes hébergées par rapport à celles en situation de rue augmente depuis quatre ans.
Femmes : La proportion de femmes 'SDF' décédées est de 8,8%. Ceci est très inférieur à la proportion des femmes parmi les 'SDF' vivants recensés par l'Insee. Nous pensons qu'une partie des décès n'est pas signalée.

Une mortalité précoce : 80% des décès sont dits prématurés (avant 65 ans) contre 21% dans la population générale.
L'âge moyen au moment du décès est 50,6 ans et reste très éloigné de celui de la population générale. Il est plus élevé: 55,5 ans pour les personnes hébergées.

Un long passé de rue : 26% des personnes au moins ont vécu plus de 5 ans à la rue.

Origine géographique. Au moins 39% des personnes sont nées hors de France, plus particulièrement en Pologne, Roumanie et Algérie. Pour un quart des décès nous ne connaissons pas le pays de naissance.

Régions et départements des décès : 40% des décès ont été enregistrés en Ile-de-France ;

la plupart sur Paris, suivi par les Alpes Maritimes, et le Nord. On manque d'information sur les décès survenus dans les **DOM TOM**.

Il y a une légère **saisonnalité** des décès avec majoration en hiver, comme pour la population générale.

Les causes de décès : De très nombreux décès (25%) ont une cause externe (homicide, agression, noyade, chute, suicide, overdose, accident…) contre 6,6% pour la population générale. Cette proportion est plus basse pour les personnes hébergées (17%) que pour les personnes en situation de rue (27%).

La proportion de décès à cause d'une maladie a augmenté par rapport aux années précédentes. 40% des décès de la population 'SDF' liés à une maladie (cancers et maladies cardiovasculaires principalement). Ce pourcentage augmente à 64% pour les personnes hébergées. Dans ce cadre nous avons très peu d'information en général sur les maladies précises.

Pathologies et suivi médical : les informations sur les addictions et troubles mentaux sont rares. On a vraisemblablement autour de 28% de gros consommateurs d'alcool (étiquetés comme « addiction ») et 9% de drogués (cannabis ou autres). Les troubles mentaux sont signalés pour 15% des personnes mais les réponses sont lacunaires.
Une analyse du recours aux soins hospitaliers (pour les hôpitaux AP-HP seulement) lors des 12 derniers mois de leur vie a été réalisée pour les 54 personnes décédées de maladie à Paris.

- Des passages répétés aux urgences témoignent d'une utilisation préférentielle de ces soins avec une réitération très particulière évoquant une non-continuité des soins entre ces passages
- Des hospitalisations répétées dans un schéma comparable.
- Le décès de ces personnes malades en majorité à l'hôpital sauf pour 4 d'entre elles décédées sur la voie publique.

Zoom sur deux régions où le nombre de décès est élevé :

Hauts-De-France (58 décès)
Pour cette région, nous disposons d'informations assez complètes.
53% des personnes décédées sont nées en France, proportion inverse aux résultats nationaux (36%).
50% étaient en situation de rue.
Les décès dans cette région surviennent plus tôt (45,8 ans) que les décès des personnes 'SDF' en France.
1/3 a passé plus de 5 ans à la rue.
La proportion de personnes grosses consommatrices (ou en addiction) à l'alcool ou/et aux drogues y est élevée.
Il y a de nombreux décès de jeunes migrants par accidents de transport.
Provence-Alpes-Côte d'Azur (81 décès).
Il s'agît d'un nombre important de décès pour une population moins nombreuse qu'en Hauts de France.
Beaucoup de données nous manquent. Il semble y avoir une plus forte proportion de femmes et là aussi de migrants jeunes et décédés d'accidents divers.

Résultats : l'accès aux soins pour les personnes 'SDF'

Les barrières à l'accès aux soins pour les personnes 'SDF' peuvent être regroupées dans 4 catégories, avec encore des sous-groupes: Premièrement la difficulté à l'accessibilité géographique, avec la dispersion des services sanitaires et la mobilité des personnes 'SDF' ; deuxièmement, la limite dans la disponibilité ou capacité des structures, notamment les temps d'attente, le nombre de lits ou de places et la communication de la part des soignants ; troisièmement, le coût trop élevé qui peut être

un coût direct, des difficultés administratives ou le coût d'opportunité ; quatrièmement, l'acceptabilité en terme d'attitude des soignants, de difficultés de collaboration entre les équipes sociales et les équipes médicales et souvent des soins inadéquats pour les comorbidités. Les défauts de moyens, dans le champ de la santé, et d'articulation aux autres champs comme le social, se retrouvent tant au niveau des structures que des représentations de pensées. Ils révèlent des réalités pratiques qui laissent le 'SDF' dans son défaut ou insuffisance de soin. Le 'sdf' laissé-ou le plus vulnérable laissé- interroge alors les fonctionnements et invite à réfléchir ensemble à nos choix de société.

Conclusion

En 2017 aussi, les personnes 'SDF' meurent très jeunes: un décès prématuré a été enregistré pour 80% des personnes. Celles en hébergement meurent un peu plus tard que celles en situation de rue. Cette année nous avons enregistré une proportion plus importante de décès à cause de la maladie. Ces personnes gravement malades se heurtent à des barrières importantes dans le cadre d'un suivi médical.

Recommandations

Améliorer la connaissance sur la population 'SDF' vivante

La dernière étude de l'Insee date de 2012. Depuis, l'accélération du phénomène migratoire a changé en bonne partie le profil des personnes à la rue. Il serait donc judicieux d'évaluer le plus rapidement possible cette situation nouvelle qui conditionne la pertinence des politiques à suivre.

Faciliter la transition entre LHSS, EHPAD, centre d'hébergement et retour dans un logement. Nous rejoignons les 15 points d'action essentiels formulés par le Samu Social de Paris en 2016[1].

Assurer l'accompagnement social des personnes 'SDF'. L'accompagnement social est élémentaire pour la réussite des démarches sociales et médicales. Il faut étudier quels sont les freins à ce suivi social et mettre en place des stratégies pour élargir la couverture de l'assistance sociale.

Sortir de l'urgence : La première ligne est le niveau plus efficace et efficient pour prévenir et traiter les maladies :

- Travailler pour faire revenir les personnes dans le droit commun (voir ci-dessus sur l'accompagnement social) et simplifier le système d'accès au droit commun pour les plus vulnérables
- Créer des partenariats entre associations pour 'SDF' et structures de soins de première ligne
- Assurer la présence de personnel médical dans les centres d'hébergement pour la coordination de soins. Les soins (lourds), dont les soins palliatifs, sont de la responsabilité des structures médicales.

Lutter contre les préjugés en milieu médical : Des formations sur les dimensions psychosociales de la maladie et sur la précarité pourraient être effectuées auprès des étudiants du milieu médical (par exemple les infirmiers, aides-soignants…). Cela contribuerait à améliorer l'attitude de certains soignants à l'égard de la population 'SDF'.

Pour tous, un logement d'abord : Les difficultés sociales, psychiques et somatiques sont interconnectées et les réponses à ses difficultés ne peuvent donc pas être fragmentées. Un endroit où habiter est primordial si on veut répondre à ces besoins. Par ailleurs il semble que plus on passe du temps à la rue, plus la santé physique et mentale se dégrade et plus la réinsertion est difficile, voire impossible. Le Plan Quinquennal pour le Logement d'abord[2] est très positif sur le plan de la lutte contre la morbidité et la mortalité des personnes 'SDF'. Le nombre de personnes SDF augmente ; nous constatons des changements énormes des caractéristiques de cette population. Il est essentiel d'agir le plus rapidement possible pour faciliter l'accès aux soins et au logement de ces personnes, ceci afin **d'éviter** la détérioration de leur santé physique et mentale.

Faciliter la communication : Il faut développer ou augmenter les services d'interprétariat professionnel au sein des structures médicales et rendre visible ces services auprès des patients et des professionnels.

Reconsidérer les indicateurs de qualité dans la gestion des structures : Les indicateurs de performance et de qualité pourraient être complétés par des indicateurs d'égalité dans l'accès aux soins. Ces indicateurs donneraient finalement une meilleure vision des interventions et des approches efficaces dans la prise en charge des populations précaires et ils guideraient le système de financement des structures et des professionnels.

Récit de vie

Pour ne pas oublier que derrière ces chiffres et ces graphiques se trouvent des personnes, des histoires, de l'humain, le rapport a été illustré de récits de vie et de bribes de vie inspirées des parcours qui nous ont été racontés. Ces récits sont des parcours réels dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité des personnes et leurs proches, ainsi que la confidentialité à laquelle le CMDR s'est engagée vis-à-vis de la CNIL et de ses partenaires.

Jean-Baptiste, 53 ans est né en banlieue d'une grande ville.
Son père est décédé alors qu'il n'avait que 2 ans, sa mère s'est alors remariée et partie à l'étranger laissant à la charge son père une partie de ses enfants.
Jean-Baptiste a vécu un temps en couple, puis s'est séparé de sa compagne quand leur enfant avait 1 an, il y a 30 ans. Après la séparation, il a vécu un temps chez un de ses frères, et est resté en lien avec ses sœurs.
Puis il a vécu à la rue, de manière très discrète, sans suivi social ni liens avec les associations.
Jean-Baptiste a été retrouvé mort dans un local poubelle, dans un beau quartier parisien. Il portait un bracelet d'hôpital à son poignet mentionnant une identité qui n'est pas la sienne. C'est la police qui a retrouvé son identité, et la publication de son nom qui a permis de retrouver sa famille.

Abréviations

AME	Aide Médicale d'Etat
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
BRDP	Brigade de Répression de la Délinquance à la Personne
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CépiDc	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès
CHAPSA	Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIM-10	Classification Internationale de la Maladie, 10ème révision
CMDR	Collectif Les Morts de la Rue
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
DIHAL	Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement
DOM	Département d'Outre-mer
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-abri
FAS	Fédération Acteurs de la Solidarité (Anciennement FNARS)
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
LHSS	Lits Halte Soin Santé
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PSA	Permanences Sociales d'Accueil
PUMA	Protection Universelle Maladie
'SDF'	« Sans Domicile Fixe » selon la définition du CMDR
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPF	Santé Publique France
TOM	Territoire d'Outre-mer
UE	Union Européen

PARTIE I : L'ETUDE DENOMBRER ET DECRIRE

Contexte

Le nombre de personnes 'SDF' est croissant dans presque toute l'Europe [3]. En France aussi leur nombre a fortement augmenté : selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'augmentation entre 2002 et 2012 était de 44%, avec un nombre de personnes 'SDF' en France en 2012 de 141 500 personnes[4]. A celles-ci s'ajoutent d'autres personnes non incluses dans ce recensement, notamment les 15 à 20.000 en bidonvilles répertoriées en 2016 par la Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement (DIHAL) [5] ; cela fait un total d'au moins 161 000 personnes 'SDF' en France. Différentes études ont démontré qu'il y avait une mortalité élevée parmi cette population en Europe, aux Etats-Unis et au Canada [6–12].

Dès sa création en 2002, le Collectif des Morts de la Rue (CMDR) a recueilli les noms des personnes 'SDF' dans le but de faire savoir qu'elles étaient décédées et aussi dans le but d'interpeller les pouvoirs publics. Ces listes de noms ont permis à des familles, des amis, de retrouver leur proche décédé. Rapidement un intérêt statistique s'est manifesté : qui sont ces personnes décédées ? Quel âge avaient-elles ? De quoi sont-elles décédées ? Peut-on faire quelque chose pour changer cette réalité ?

Depuis 2012, ce recueil empirique est devenu une véritable étude systématique sur le nombre et les caractéristiques de la population sans domicile fixe, décédée en France, l'enquête 'Dénombrer et Décrire' – financée en partie par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

Pour ce travail, le CMDR s'appuie sur un réseau sans cesse grandissant d'associations, d'institutions, de particuliers, ainsi que sur les signalements des médias pour recenser les décès en France. L'étude est devenue un véritable Observatoire de la mortalité des personnes 'SDF' en France, et représente la source la plus exhaustive d'information sur les décès des personnes 'SDF'[13].

Ce rapport présente les résultats de la 6ième année de cette étude.

Objectifs

Les objectifs principaux de ce travail sont de dénombrer les décès de personnes 'SDF' en France en 2017 et de décrire leurs caractéristiques et parcours de vie.

Le rapport de cette année contient deux composantes supplémentaires:

-une description spécifique pour les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-De-France

-une analyse des barrières à l'accès aux soins des personnes 'SDF' à Paris

Méthodologie

Des décès de personnes 'SDF' et anciennement 'SDF' survenus en 2017 en France sont enregistrés par le CMDR tout au long de l'année. Différentes actions ont été entreprises pour maximaliser le nombre de décès enregistrés : animation et sensibilisation d'un vaste réseau d'associations et d'acteurs institutionnels qui signalent les décès ; veille active dans les médias et les réseaux sociaux... Pour chacun de ces décès, des informations sur les caractéristiques démographiques, sur le parcours de vie, et les circonstances du décès sont recueillies par téléphone, auprès de tiers ayant connu les défunts ; cela se fait à l'aide d'un questionnaire standardisé.

L'analyse consiste en une description des caractéristiques démographiques, des circonstances du décès, de la distribution géographique et des facteurs associés au décès. Pour plusieurs variables une comparaison est faite entre les personnes en situation de rue et les personnes hébergées.

La population de cette étude est définie comme personne ‘SDF’ ou ‘anciennement ‘SDF’ selon les définitions suivantes :

<table>
<tr><td rowspan="3">Personne ‘SDF’ :

ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</td><td>• Dans un lieu non prévu pour l'habitation
• Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue le matin
• Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence
‘En situation de rue’</td></tr>
<tr><td>• Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation
• Dans un logement squatté
• Dans le logement d'un tiers
• Dans un hôtel (hors situation pérenne)
‘Hébergé’</td></tr>
<tr><td>• Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias
‘Probablement sans chez soi’</td></tr>
<tr><td>Personne ‘anciennement SDF’</td><td>• n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne «SDF».</td></tr>
</table>

Une description plus détaillée de la méthodologie se trouve dans l’annexe 2.

Limites

Ce travail comporte un certain nombre de limites méthodologiques. Les principales sont :

- Le recensement est basé sur les signalements de décès par des partenaires ou les médias. Il n’est donc pas exhaustif. Il est difficile d’estimer le nombre réel de personnes à la rue décédées, car il s’agit d’une population à la fois *cachée et ouverte*. Ouverte car une personne peut passer un temps à la rue et retrouver un logement, être sans domicile pendant certaines périodes ; cachée aussi parce qu’une partie des personnes ‘SDF’ n’utilisent pas les services qui leur sont destinés et pas elles ne sont pas toujours connues des travailleurs sociaux, ce qui rend la probabilité de signaler les décès au CMDR plus basse. Une estimation statistique du nombre de décès effectuée il y a quelques années, basée sur les données de 2008-2010, avait estimé le nombre réel six fois plus élevé que celui rapporté par le CMDR.

- Les personnes décédées qui ne nous ont pas été signalées ont eu peut-être des parcours de vie très différents des personnes signalées. Nos résultats ne peuvent être généralisés à l’ensemble des personnes ‘SDF’ décédées. En plus, nous n’avons pas pu recueillir l’intégralité des informations pour les personnes recensées, beaucoup de données sont donc manquantes. Il est probable que les données manquantes ne soient pas aléatoires : les informations manquantes ne sont pas forcément similaires aux informations obtenues – par exemple, pour environ 35% des décès nous ne savons pas si la cause est externe (accidents, agressions,…) ou due une maladie. Nous ne pouvons pas extrapoler sur le tiers restant car les décès moins

spectaculaires (de maladie) sont moins souvent signalés. Il faut donc prendre en compte la proportion de manquants. Les pourcentages sont calculés sur l'intégralité des personnes recensées, quel que soit le nombre de données manquantes. Il s'agit donc de minimum pour chacune des modalités.

- Le signalement des personnes 'anciennement SDF' au CMDR est beaucoup moins systématique que pour les personnes 'SDF'. Avec seulement 82 personnes décédées enregistrées pour 2017, on est loin de l'exhaustivité et l'échantillon n'est pas représentatif. Ceci rend la significativité des résultats entre les personnes 'anciennement SDF' et personnes 'SDF' très limitée.

Récit de vie

Grégor, 61 ans né dans le nord de l'Europe, vivait en France depuis de nombreuses années.
Il avait un niveau d'étude supérieur. Et avait été officier militaire.
Grégor avait été marié, union dont ils ont eu 3 enfants, qu'il continuait à voir régulièrement. Il était très fier d'eux. Son plus jeune fils, le voyait chaque semaine.
C'est un endettement massif qui l'a conduit à la rue. Grégor a vécu plusieurs années sous curatelle pour rembourser ses dettes. Il alternait des moments dépressifs et d'autres très actifs et allait régulièrement aux alcooliques anonymes, arrêtait de boire, replongeait, arrêtait de nouveau ...
Il était familier de plusieurs associations, participait aux activités proposées. Très créatif dans sa peinture, il avait déjà exposé. Grégor était apprécié de ses compagnons de rue, pour qui il a toujours été un compagnon fidèle et attentif.
Grégor est mort d'un AVC.
Ses enfants se sont occupés des funérailles. Ils ont pu témoigner de la grande fierté qu'ils avaient de leur père, quelle que soit sa vie.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

Résultats de l'étude quantitative

1. Nombre de décès en France

1.1. Nombre de signalements

En 2017, 511 décès de personnes 'SDF' et 82 décès de personnes anciennement 'SDF' ont été signalés au CMDR.

Le nombre de signalements de personnes 'SDF' est assez stable, oscillant autour des 500 depuis 2014.

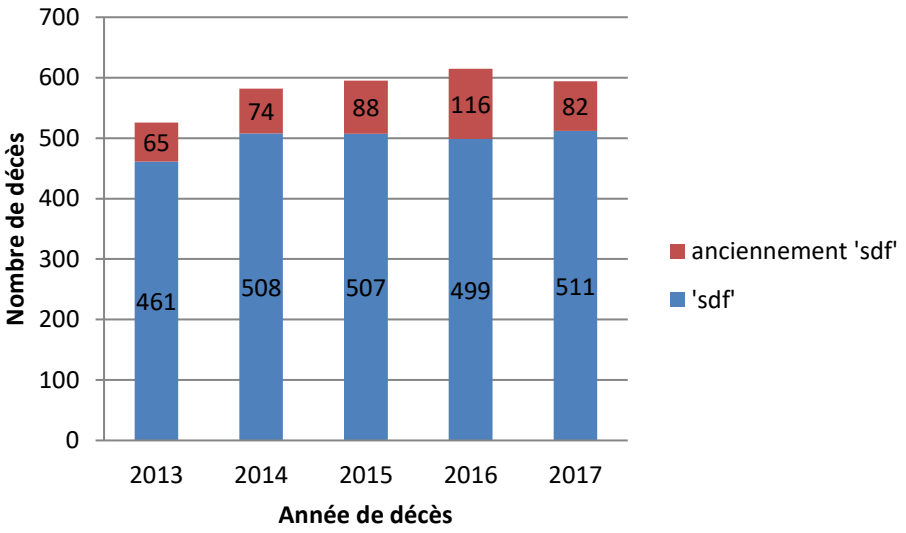

Fig 1 : Nombre de décès signalés au CMDR, par année de décès

Il est probable que ce nombre de 500 par an soit fortement sous-estimés (voir la section 1.2. à la page suivante). Le nombre de 'SDF' en France continue à augmenter, même si depuis 2012 la France n'a plus organisé d'étude pour connaître le nombre de personnes 'SDF'. Le réseau des partenaires faisant les signalements, même vaste et fiable, n'est pas développé de la même manière dans toutes les régions. Même là où le CMDR est bien connu, nous rencontrons des fluctuations dans les signalements ; ceci est dû à des remplacements fréquents des employés au sein des organisations.

Parmi ces 511 personnes 'SDF' signalées en 2017, 246 étaient en situation de rue, 138 étaient hébergées et pour 127 nous n'avons pas pu confirmer le lieu de vie principal dans les 3 mois précédent le décès. Pour une description plus détaillée de ces catégories, veuillez consulter la section 'méthodologie' à la page 9.

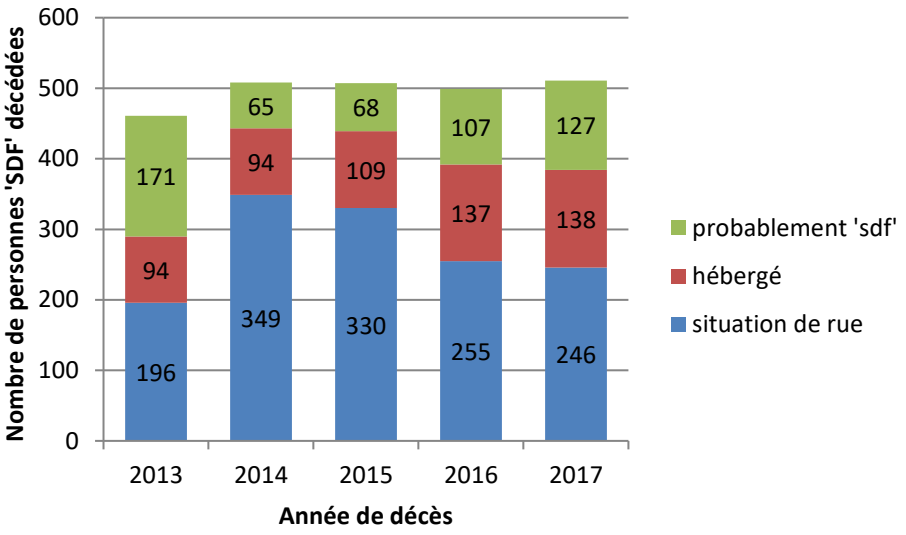

Fig. 2 Répartition des personnes 'SDF' selon leur lieu de vie principal dans les 3 mois précédent le décès, par année

Les proportions varient légèrement selon les années. Plusieurs explications sont possibles :

- des variations dans les sources de signalements selon l'année, sachant que pour les décès reportés dans les médias, le recueil d'information est plus difficile et les personnes sont classées plus souvent dans la catégorie 'probablement 'SDF' ;
- des changements dans les équipes d'investigation induisent des fluctuations dans la manière d'interpréter les informations ;
- et enfin des différences dans la mortalité des sous-groupes. Il arrive qu'on repère une année plus de personnes en situation de rue décédées que de personnes hébergées décédées, cela à cause de la capacité d'hébergement qui varie d'une année sur l'autre mais aussi de la croissance importante du nombre de personnes dans la rue.

1.2. Nombre de décès estimés

En 2013, la base de données CMDR des décès 2008-2010 a pu être appariée avec la base de données du CépiDc qui portait sur cette même période. Suite à cet appariement et à un calcul *capture-recapture*, nous avons pu estimer l'exhaustivité de la base de données CMDR et donc du nombre réel de décès de personnes 'SDF'. Celui-ci pouvait être six fois plus important que le nombre enregistré dans la base de données CMDR [14].

Il faut néanmoins être prudent dans l'extrapolation de cette estimation sur les chiffres d'aujourd'hui : la qualité de la base de données CMDR s'est beaucoup améliorée depuis la période de l'appariement. Aujourd'hui, un appariement devrait générer plus de décès en commun dans les 2 bases de données, ce qui nous amènerait à réviser vers la baisse la multiplication par six estimée.

Un nouvel appariement est prévu début 2019.

1.3. Les sources de signalement

Les décès sont signalés par de nombreuses sources différentes. Un décès est ensuite confirmé si une deuxième source le signale ou si la première source est un partenaire institutionnel ou une association. Pour ceux signalés dans les médias, le CMDR demande systématiquement un acte de décès auprès des mairies.

Le tableau 1 donne les sources primaires de signalement pour les décès en 2017 :

Tableau 1 : Sources principales de signalement des personnes 'SDF' décédées en 2017 en France

Source	**Nombre total de signalements**	**% des signalements**
Médias	148	29%
Associations	132	25,8%
Partenaires institutionnels	101	19,8%
Associations accompagnant morts de la rue ou morts isolés	63	12,3%
Particuliers	36	7%
Hôpitaux	31	6,1%
TOTAL	*511*	*100%*

Les associations sont des associations d'hébergement, de maraudes ou encore des services pour personnes sans domicile (bagagerie, accueil de jour…). Parmi les partenaires institutionnels nous comptons certains services de police, le 115, les mairies ou les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Les particuliers sont la famille, les amis de la personne décédée, les riverains ou des personnes qui apprennent un décès et sont en lien avec la mission du CMDR.

***Tableau 2 : Sources principales de signalement des personnes 'SDF' et anciennement 'SDF' décédées en 2017 en France, le nombre et le* pourcentage.** Les personnes 'SDF' sont 'en situation de rue' ou 'hébergées' selon le lieu de vie principal, les 3 derniers mois précédents le décès.

	Signalements de 'SDF' en situation de rue	Signalements de 'SDF' hébergés	Signalements de Anciennement 'SDF'
Source	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
Médias	85 (34,6%)	13 (9,4%)	6 (7,3%)
Associations	60 (24,4%)	56 (50,6%)	27 (32,9%)
Partenaires institutionnels	38 (15,4%)	39 (28,3%)	18 (22%)
Associations accompagnant morts de la rue ou morts isolés	18 (7,3%)	20 (14,5%)	24 (29,3%)
Hôpitaux	23 (9,3%)	5 (3,6%)	4 (4,9%)
Particuliers	22 (8,9%)	5 (3,6%)	3 (3,6%)
TOTAL	***246 (100%)***	***138 (100%)***	***82 (100%)***

On note une différence dans les sources par rapport au 'statut' de la personne, selon son lieu de vie principal au cours des 3 derniers mois. Les associations, les associations agissant pour les morts isolées ou morts de la rue et les partenaires institutionnels signalent des personnes hébergées et en situation de rue, alors que les hôpitaux, les particuliers et les médias font surtout des signalements de personnes en situation de rue.

Les personnes anciennement 'SDF' sont surtout signalées par les associations et les partenaires institutionnels. Les associations signalant les décès de personnes anciennement 'SDF' sont diverses : cela peut être des hébergements (des pensions de famille) ou des restaurants solidaires. Un tiers de tous les signalements de personnes anciennement 'SDF' est effectué par des associations agissant pour l'accompagnement des morts de la rue ou morts isolés. Les seuls partenaires institutionnels qui signalent les décès de personnes anciennement 'SDF' sont certains Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) et la Mairie de Paris ; avec cette dernière, le CMDR a signé une convention pour l'accompagnement des morts isolés. Un nombre très faible de personnes anciennement 'SDF' est signalé par d'autres sources : des particuliers, des hôpitaux ou des médias. Les personnes anciennement 'SDF' semblent avoir plus de probabilités d'être signalées au CMDR si elles restent 'isolées' ou si elles continuent à utiliser des services d'assistance.

Récit de vie

Originaire du Mali, Youssouf, 38 ans est arrivé en France en 2012 après plusieurs années dans d'autres pays européens. Il a été hébergé dans plusieurs centres d'hébergements.
Youssouf ne trouvait pas de logement, son demi-frère ne s'occupait pas de lui n'étant pas de la même branche de famille. Il faisait appel au 115 ou dormait dehors. Il a vécu quelques mois en centre d'hébergement mais est parti en claquant la porte pour un désaccord. Parfois, il partait en Espagne ou dans le sud de la France.
Youssouf était engagé dans une association où il venait trier les vêtements tous les jours et s'occupait de la braderie.
L'équipe de bénévoles est un peu retournée, ils pensent à un suicide car il a été retrouvé dans le fleuve et semblait déprimé de sa situation.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

2. Démographie

2.1. Genre

En 2017, les hommes représentent 91,2% des décès de personnes 'SDF', soit 464 sur un total de 511.

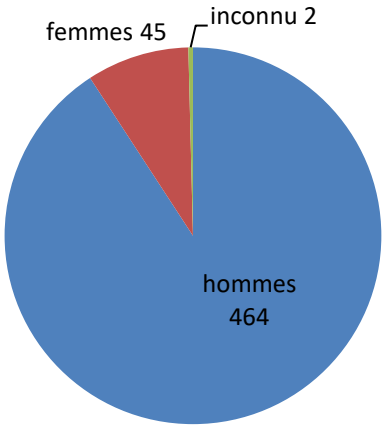

Fig 3 : Répartition des décès personnes 'SDF' en 2017 par sexe

Les femmes ne constituent que 8,8% des décès enregistrés par le CMDR. En fait celles-ci ont toujours représenté une minorité parmi les décès des personnes 'SDF' enregistrées ; cela varie quelque peu depuis 2012, avec un maximum de 11% de femmes décédées en 2013, et un minimum de 7% de femmes décédées en 2014.

Regardons alors quelle est la proportion de femmes parmi la population 'SDF' vivante :

L'INSEE a fait une enquête sur les personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas en 2002 et 2012. Selon les résultats de cette enquête en 2012, les femmes représentent 40% des personnes 'SDF', mais la proportion diminue avec l'âge : 49% entre 18-29 ans mais seulement 31% parmi les plus de 50 ans sont des femmes. La majorité d'entre elles serait hébergée [15]. Effectivement, pendant la Nuit de la Solidarité à Paris le 15 février 2018, une nuit pendant laquelle 350 équipes déployées dans la ville ont dénombré les personnes sans abri sur le territoire parisien, seulement 12% des personnes sans abri recensées étaient des femmes [16].

Parmi les 45 femmes signalées en 2017, 17 étaient en situation de rue, 18 étaient hébergées et pour les 10 restantes nous n'avons pu identifier leur dernier lieu de vie. Cela fait 6,9% de femmes parmi les personnes en situation de rue, et 13% de femmes parmi les personnes hébergées. Si nous comptons les 10 femmes dont on n'a pas pu identifier le dernier lieu de vie ('*probablement*' SDF) parmi les femmes en situation de rue, cette proportion monte à 11%. Le pourcentage de femmes en situation de rue décédées est assez proche du pourcentage des celles en situation de rue vivantes. Mais le pourcentage de femmes hébergées décédées ne reflète pas du tout le pourcentage de celles hébergées vivantes. Plusieurs explications sont possibles:

1) Les femmes sortent de leur situation de logement temporaire à temps, avant de mourir.
2) Les femmes qui sont majoritairement hébergées sont plus 'hors circuit' du signalement : vivant plus dans des hôtels, elles échappent au réseau du CMDR, qui ne s'y est pas développé. Par ailleurs elles sont plus facilement hébergées par un tiers, n'ayant le choix que de se remettre en couple pour être à l'abri ; malheureusement cette solution présente d'autres conséquences néfastes[17].

2.2. Age

En 2017, l'âge moyen de décès des personnes 'SDF' signalées au CMDR est de 50,6 ans [intervalle de 0-94 ans]. L'âge médian est légèrement plus élevé à 52,3 ans. La figure en bas représente la répartition de la population 'SDF' décédée, par classe d'âge.

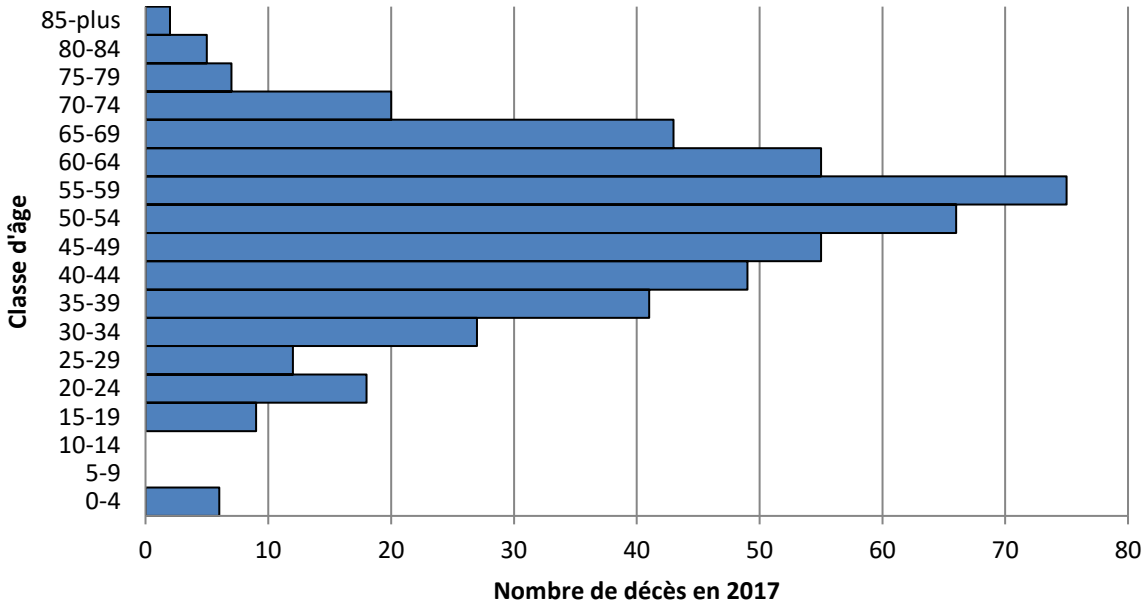

Fig. 4 Répartition en classes d'âge des personnes 'SDF' décédées en 2017. *L'âge en classe n'est pas renseigné pour 7,6% des personnes décédées.*

L'âge moyen est plus bas que la médiane à cause de la présence d'un assez grand nombre de personnes dans les classes de 20 – 24 ans et aussi de 13 mineurs de moins de 18 ans, dont 6 enfants de moins de 2 ans. La classe d'âge entre 55 et 59 ans est la plus fréquente et contient 75 des 490 décès pour lesquels nous avons une information sur l'âge. La moitié des personnes 'SDF' décédées avaient entre 45 et 65 ans. 14% sont décédées avant 35 ans.

Quand une personne meurt à moins de 65 ans, il s'agit d'un *décès prématuré*. En France métropolitaine dans la population générale, ces décès prématurés représentent 21% de tous les décès [18]. Par contre, parmi les décès enregistrés par le CMDR, 80,8% sont des décès prématurés.

Quand nous excluons les mineurs, l'âge moyen de décès des personnes 'SDF' adultes est de 51,7 ans. L'âge des femmes 'SDF' est légèrement plus élevée que l'âge des hommes: 52,7 ans pour les femmes versus 51,6 ans pour les hommes. Dans ce qui suit, nous décrivons l'âge de la population 'SDF' décédée *adulte*.

Il est intéressant de regarder l'âge moyen de décès des personnes en situation de rue et des personnes hébergées, séparément. En 2017, les personnes en situation de rue meurent plus jeunes que les personnes hébergées : 50,5 ans des personnes en situation de rue contre 55,5 ans de celles hébergées. Pour cette comparaison, la 3^{ième} catégorie, 'probablement 'SDF' n'est pas incluse car nous ne sommes pas certains de leur lieu de vie.

Cette comparaison donne la même tendance sur les 4 dernières années ; toutefois elle n'est pas tous les ans aussi prononcée qu'en 2017 (Fig. 5):

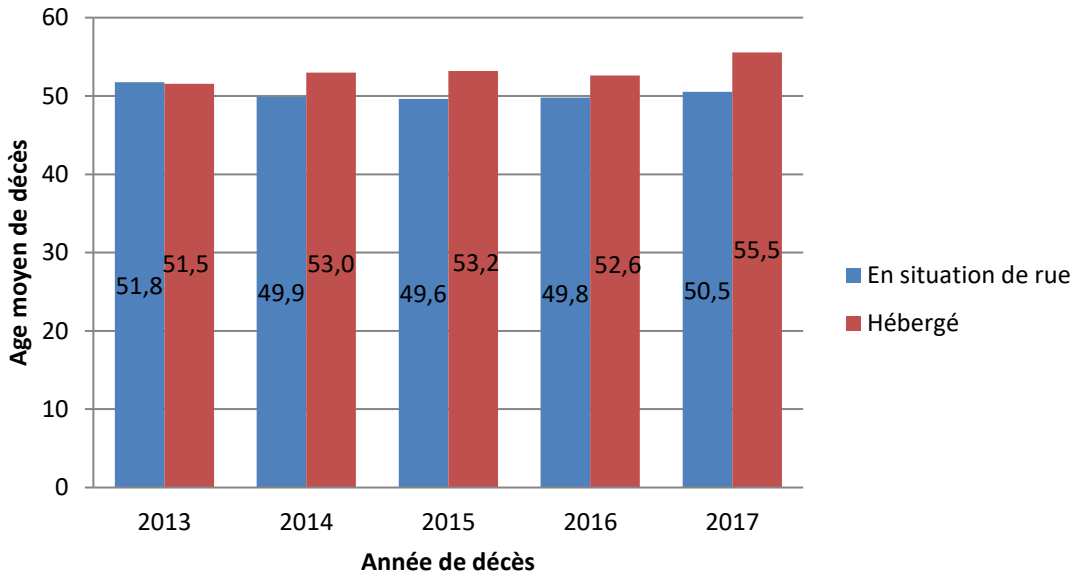

Fig. 5 L'âge moyen de décès des personnes 'SDF' adultes 2013-2017, selon leur lieu de vie principale dans les 3 mois précédant le décès

Nous rappelons qu'en 2013, l'étude avait démarrée depuis un an seulement et les effectifs en terme de dénombrement de décès et de recueil d'information étaient plus limités, ce qui pourrait expliquer cette exception.

Tableau 3 : l'âge moyen de décès des adultes 'SDF' en 2017 et les personnes anciennement 'SDF' 2013-2017

Anciennement 'SDF', tous – moyenne 2013-2017 (n=411)	61,1 ans
Anciennement 'SDF', hommes – moyenne 2013-2017 (n=351)	60,7 ans
Anciennement 'SDF', femmes – moyenne 2013-2017 (n=60)	61,7 ans
Personnes 'SDF' adultes en 2017 (n=459)	50,7 ans

Afin d'avoir une meilleure idée sur l'âge moyen de décès des personnes anciennement 'SDF', nous regardons les 5 dernières années, avec un effectif de 411 personnes. La différence d'âge de décès moyen avec les personnes 'SDF' est frappante: Les personnes anciennement 'SDF' meurent presque 10 ans plus tard, à 61,1 ans. Les femmes gagnent encore une année de plus que les hommes : 60,7 ans pour les hommes contre 61, 7 ans pour les femmes.

Il faut néanmoins rappeler que les signalements des personnes 'anciennement SDF' au CMDR ne sont pas systématiques, et donc les décès signalés ne peuvent pas être considérés comme représentatifs.

L'âge de décès des adultes 'SDF' varie selon la région de décès, entre l'Île-de-France (n=206) et les autres régions (n=305): 54,7 ans en Île-de-France versus 49,7 ans dans les Régions – ou, 5 ans en moins dans les Régions. Ceci est probablement dû à la différence de source de signalement ; en effet

en dehors de l'Île-de-France, la sources principales d'information est les médias, qui ont tendance à publier des articles sur les décès à sensation sur ces décès, particulièrement quand il s'agit de personnes plus jeunes : alors que les partenaires comme les associations, institutions de soins etc. avec qui le CMDR a un lien plus fort en Ile de France, signalent plus de décès moins spectaculaires, par exemple de personnes plus âgées.

Si nous regardons la tendance sur 5 ans à partir du graphique ci-dessous, on observe la continuité d'une légère montée de l'âge de décès en Région depuis 2014 ; la tendance vers la baisse pour l'Île de France est inversée en 2017.

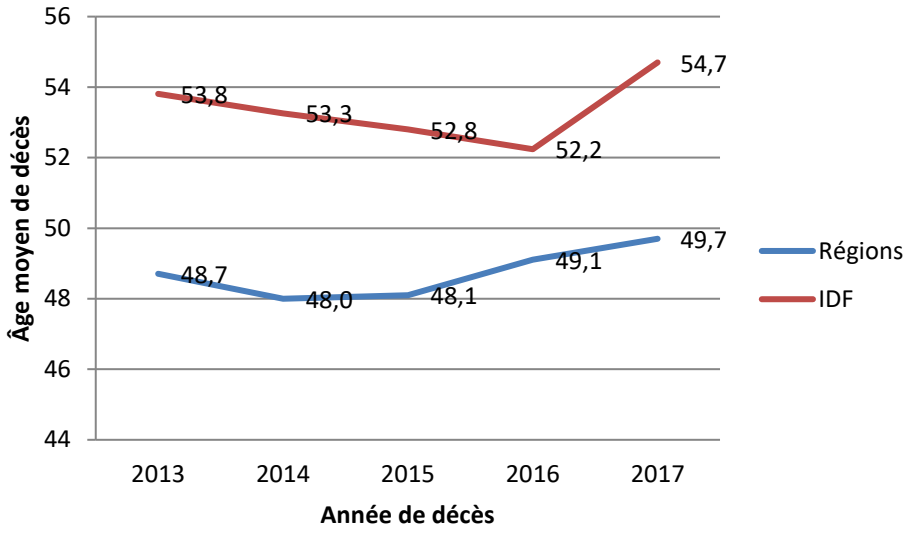

Fig. 6 Âge moyen du décès par année de décès, IDF et régions, pour les personnes 'SDF' de plus de 18 ans

Pour Ile-de-France, on observe l'augmentation du pourcentage de personnes 'SDF' décédées de maladies et non de cause externe ce qui pourrait expliquer cette montée d'âge moyen du décès (voir section 5 à la page 35).

2.3. Pays de naissance

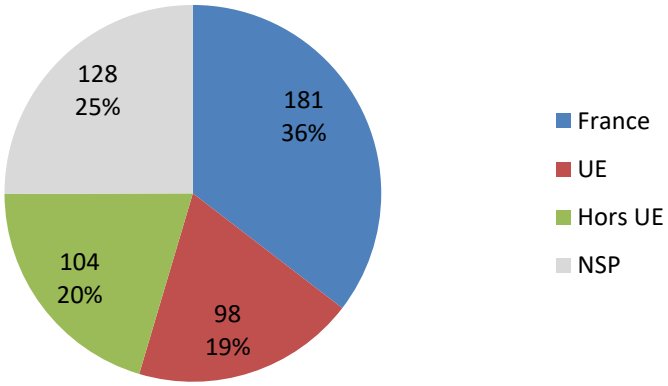

Fig. 7 Répartition des personnes 'SDF' décédées en 2017 selon pays de naissance.

Au moins 36% des personnes 'SDF' signalées sont nées en France ; au moins 19% sont nées dans un pays de l'Union européenne hors France, et au moins 20% sont nées hors Union européenne. Avec un quart des décès pour lesquels nous ne connaissons pas les pays de naissance, il est difficile de faire une comparaison avec les chiffres de l'INSEE ; selon eux 53 % des adultes 'SDF' sont nés hors de France [19]. Avec nos chiffres, nous constatons que ce pourcentage atteint 39% mais peut être plus élevé.

Le graphique ci-dessous montre les pourcentages de personnes en hébergement, celles en situation de rue et celles dont on ne connaît pas le dernier lieu de vie, par pays de naissance :

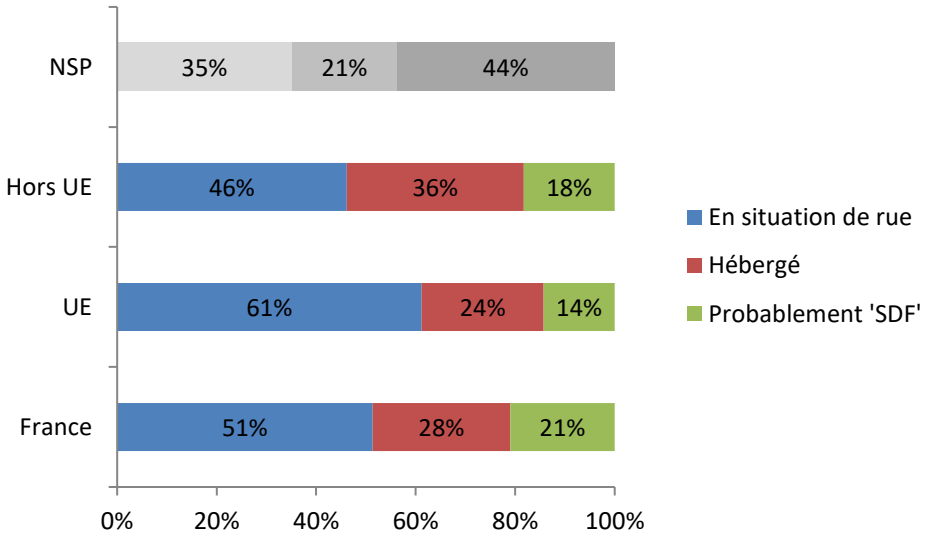

Fig. 8 Pourcentage de personnes 'SDF' décédées en 2017 hébergées et en situation de rue, par pays de naissance

Parmi les personnes nées en France, un peu plus de la moitié est en situation de rue, alors que les personnes nées dans l'Union européenne en dehors de la France sont plus de 60% à être dans la rue

au moment du décès. La proportion de personnes nées en dehors de l'UE en situation de rue au moment du décès est un peu plus faible, mais toujours approche de la moitié : 46%.

Ces chiffres restent à interpréter avec précaution car comme le montre la figure 7, pour un quart des personnes décédées, le pays de naissance reste inconnu.

Une analyse plus détaillée des pays de naissance nous montre que les personnes 'SDF' décédées sont nées dans 64 pays différents. Le graphique ci-dessous montre les 12 pays de naissance les plus fréquents, après la France :

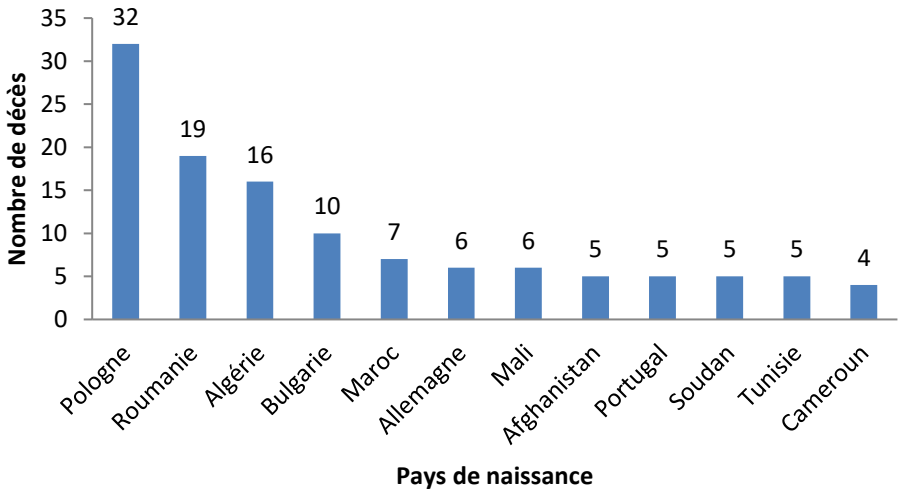

Fig. 9 Nombre de personnes 'SDF' décédées en 2017 par pays de naissance pour les 12 pays les plus fréquents

Le pays de naissance le plus fréquent, après la France, est la Pologne : 32 personnes 'SDF' décédées en France en 2017 étaient nées en Pologne. La Roumanie suit de près avec 19 décès.

Hors graphique: 83 personnes 'SDF' sont nées dans un des autres 52 pays de naissance comptés, entre 3 et 1 personnes pour chacun de ces pays. Ceci montre à nouveau la grande hétérogénéité de la population 'SDF'.

Nous connaissons le pays de naissance de 11 des 13 mineurs décédés sans chez soi en 2017 : 5 étaient nés en France (dont 3 de parents nés hors France), 2 en Guinée et les autres en Afghanistan, Côte d'Ivoire, Mali et Libye.

Récit de vie

Angeline, 35, est originaire d'Afrique subsaharienne. Ses parents l'avaient fait venir en France quand elle était enfant.
Elle avait été mariée, ses enfants étaient élevés par les grands-parents.
Cette dame nous a été décrite comme étant désorientée. Elle n'arrivait pas à garder ses papiers d'identité ce qui rendait impossible ou difficile toutes démarches.
Elle a vécu au moins 10 ans en squat et un mois en hôtel après une évacuation.
Elle était suivie pour ses addictions par un CAARUD.
Souvent hospitalisée, elle sortait très vite. Fuyait. Il n'était pas facile d'obtenir sa confiance.
Angeline a été retrouvée morte d'une overdose dans un bâtiment squatté.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

3. Temps d'errance et derniers lieux de vie

3.1. Temps passé en situation de rue

Le temps d'errance des personnes est analysé sur 2 plans : le temps passé en hébergement et le temps passé à la rue. Les personnes 'SDF' peuvent en fait alterner des périodes de vie à la rue avec des périodes d'hébergement, chez des amis, dans un centre, ou dans un lieu de soins. Certaines personnes n'ont jamais passé de temps dans un hébergement, d'autres n'en ont jamais passé à la rue et ont toujours été hébergés depuis la perte de leur logement personnel.

Les deux variables, temps en hébergement et temps passé à la rue, ne sont pas très bien renseignées, car les tiers ne connaissent souvent pas les détails du parcours. En fait celui-ci est souvent complexe et fragmentaire : passages à la rue, hébergements d'urgence, institutions de soins, périodes d'hébergement chez des amis… cela rend l'estimation précise souvent impossible.

Le temps passé à la rue exprimé *en années* est connu pour seulement 69 des 511 personnes. Ces 69 personnes ont passé en moyenne 10,6 ans à la rue.

Mieux renseigné est le temps passé à la rue en classes de temps. Cette information est disponible pour 229 des 511 ou 45% des personnes :

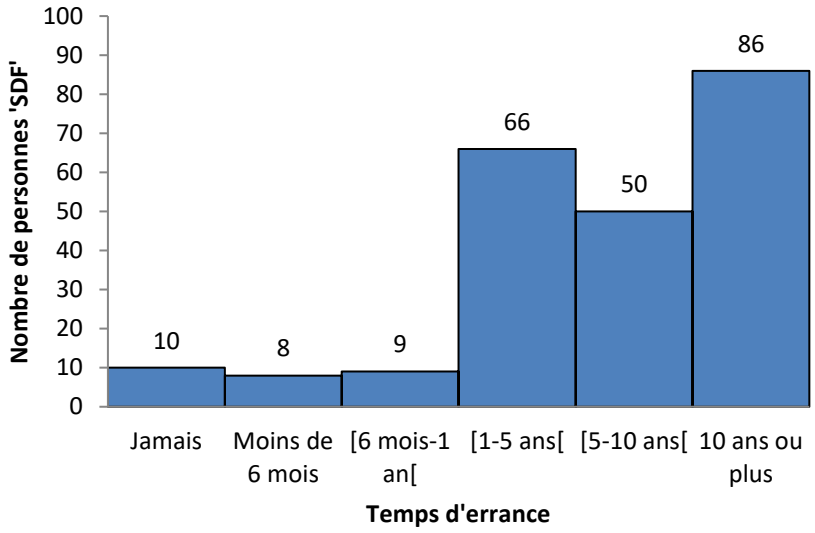

Fig. 10 Temps d'errance en classe pour les personnes 'SDF' décédées en 2017. Le taux de réponse est 45%.

Au moins 86 des 511 personnes ont vécu 10 ans ou plus à la rue ; il s'agit de la plus forte proportion parmi les personnes dont nous connaissons la durée d'errance. En cumulant les personnes 'SDF' qui ont plus de 5 ans à la rue – les 2 dernières classes – il s'agit de 136 des 511 personnes ou 26,5% de la population qui ont vécu au moins 5 ans à la rue.

Seulement 5% environ a passé moins d'un an à la rue.

Les 10 personnes qui n'ont jamais passé de temps à la rue proprement dit, sont allées d'un logement personnel à des hébergements temporaires comme un hôtel social ou un centre d'hébergement. Elles n'ont plus pu ensuite se réinsérer dans une situation de logement stable.

Il faut rappeler ici que les décès dénombrés sont signalés par des partenaires ou des particuliers, ou par les médias. Des personnes étant en situation de rue depuis peu de temps, peuvent ne pas être connues par les services d'aide ou par les riverains, et donc dans ce cas seraient sous-signalés au CMDR. De plus, nous n'avons pas d'information permettant de relever le temps passé à la rue pour plus de la moitié des décès. Les interprétations de ces résultats sont donc difficiles.

3.2. Temps passé en hébergement

Le temps passé en hébergement est le cumul de toutes les périodes où une personne 'SDF' a été accueillie en centre d'hébergement stable, au domicile d'un tiers, mais c'est aussi le temps passé dans un lieu de soins ou dans une prison. Il s'agit du temps où la personne n'avait pas de logement personnel mais n'était pas non plus en situation de rue.

Cette information est disponible pour 188 personnes (37%) et est représentée dans la graphique ci-dessous :

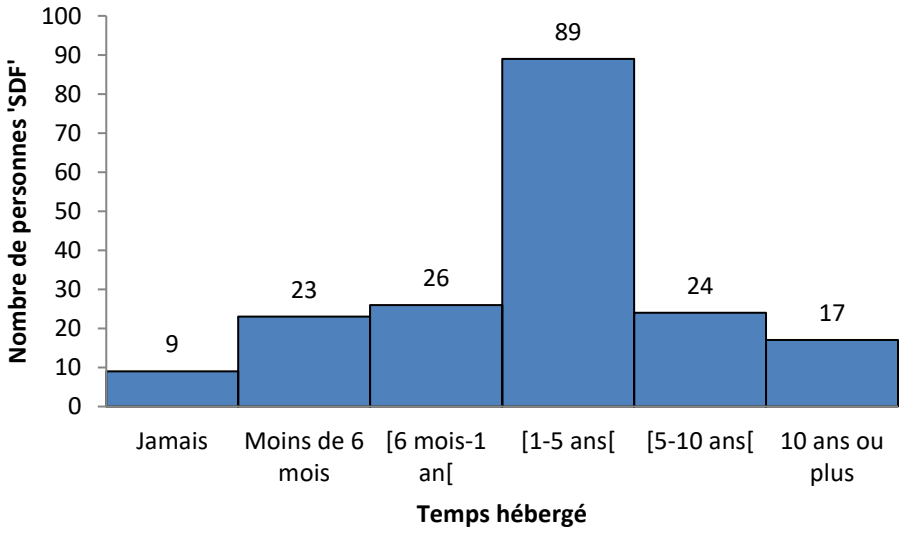

Fig. 11 Temps cumulé passé en hébergement, en classe, pour les personnes 'SDF' décédées en 2017. *Le taux de réponse est 37%*

La plupart des personnes 'SDF' sur lesquelles l'information est renseignée, ont passé entre 1 et 5 ans en hébergement. Il s'agit de 89 personnes soit 17% des personnes 'SDF' décédées en 2017.

La dernière classe est également remarquable : 17 personnes ont passé plus de 10 ans en hébergement sans avoir pu obtenir à nouveau un logement personnel. Nous rappelons ici les chiffres de l'INSEE de 2012, où 39% des personnes 'SDF' enquêtées déclaraient ne jamais avoir eu un logement personnel [20].

3.3. Dernier lieu de vie connu

Le dernier lieu de vie connu est renseigné pour 71% des personnes 'SDF' (363/511) décédées en 2017. Les personnes peuvent avoir passé plusieurs mois dans cet endroit (par exemple un centre d'hébergement), comme elles peuvent y avoir vécu juste quelques jours (par exemple l'hôpital).

Le dernier lieu de vie connu n'est pas forcément le lieu de vie juste avant le décès : pour un certain nombre de personnes, nous savons qu'elles ont vécu dans un certain endroit à un moment donné, sans savoir exactement durant quelle période.

Les données montrent une très grande variété de lieux de vie. Nous reportons ci-dessous les dix lieux plus fréquents, d'abord pour les personnes en situation de rue :

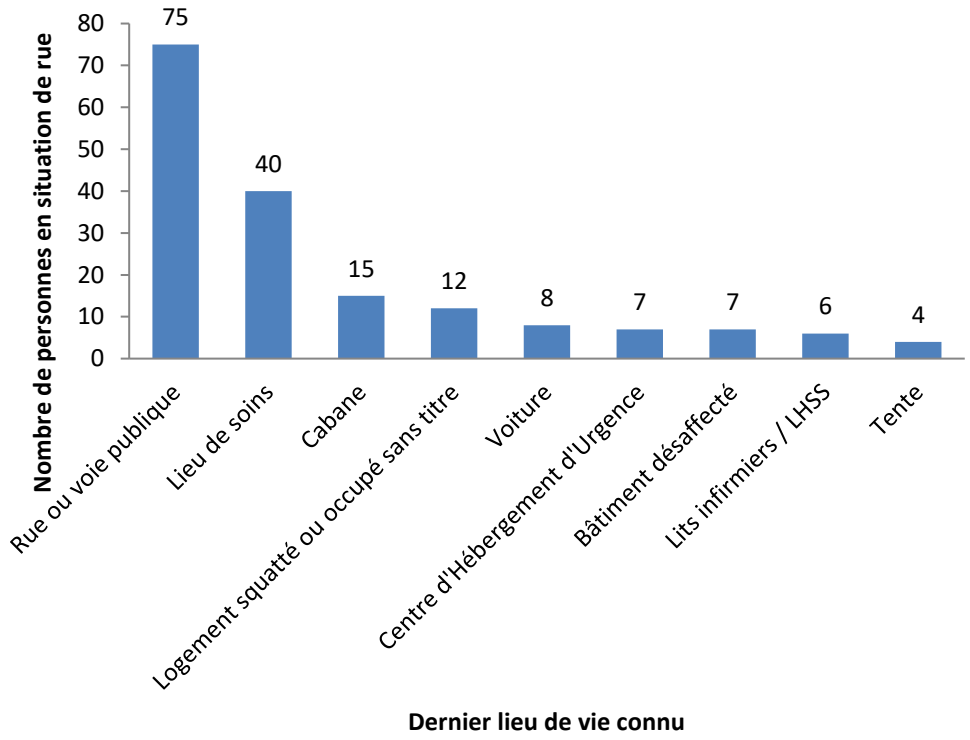

Fig. 12 Les 10 derniers lieux de vie connus plus fréquents des personnes en situation de rue décédées en 2017 (n=177)

Sans surprise, le dernier lieu de vie connu pour la plupart des personnes en situation de rue est la voie publique, sans aucun abri ; à ce nombre on pourrait ajouter les 4 dormant dans une tente. Pour un bon nombre de personnes, le dernier lieu de vie est un lieu de soins : 40 étaient à l'hôpital; 6 étaient admises dans un Lits Halte Soins Santé (LHSS). Les LHSS ne sont pas inclus dans la catégorie 'lieu de soins' car ils se trouvent quelque part au milieu d'un lieu de soins et un hébergement [21]. Un grand nombre de personnes en situation de rue vivait dans des cabanes, des squats, une voiture ou bâtiment désaffecté. 7 personnes sont passées par un centre d'hébergement d'urgence.

Quand nous regardons les derniers lieux de vie connus plus fréquents pour les personnes hébergées (n=132), nous constatons de grandes différences :

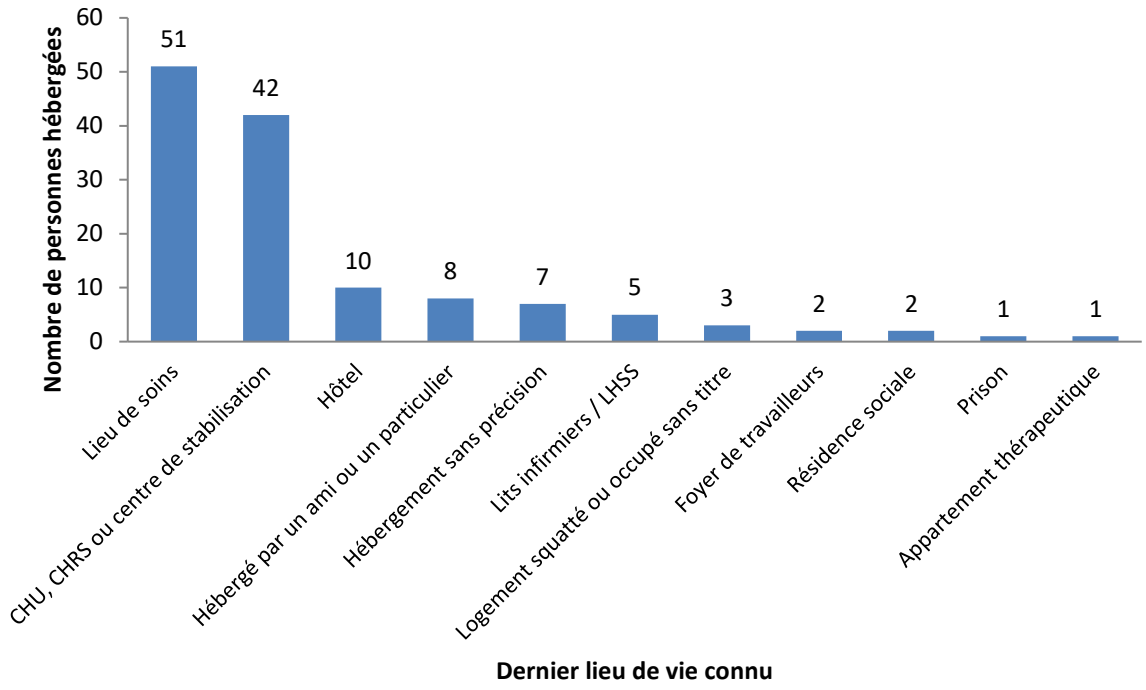

Fig. 13 Les 10 derniers lieux de vie connus plus fréquents des personnes hébergées décédées en 2017 (n=132)

Les centres d'hébergement d'urgence, les centres d'hébergement et réinsertion sociale et les centres de stabilisation ont été mis dans la même catégorie. Ces concepts ont évolué ces dernières années, avec des degrés différents d'espace privé et d'autonomie pour les habitants et en général beaucoup moins de remise à la rue le matin dans les centres d'urgence. Dans le contexte de notre étude, une distinction nette de ces types de centres est malheureusement difficile à effectuer.

Nous voyons que pour une grande partie des personnes 'SDF', le dernier lieu de vie connu est un lieu de soins, lieu suivi de près par les centres d'hébergements.

Récit de vie

Abhay, 36 ans, vivait près d'une station de bus. Dormait près de là, sur une bouche de chaleur, faisait la manche devant le petit supermarché. Il était malade depuis un certain temps, appelait régulièrement sa famille. Il était aussi en lien avec le réseau du quartier : plusieurs maraudes, les riverains, un groupe d'amis à la rue. Il était drôle.
Abhay a été retrouvé mort dans une gare routière. Une rumeur a annoncé qu'il avait été assassiné. Après vérification, sa mort est naturelle.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

4. Lieu et mois de décès

4.1. Régions

Des 511 décès enregistrés en 2017 par le CMDR, 206 soit 40% ont eu lieu en Île de France. Tous les signalements de décès sont répartis comme cela est représenté sur le graphique ci-dessous :

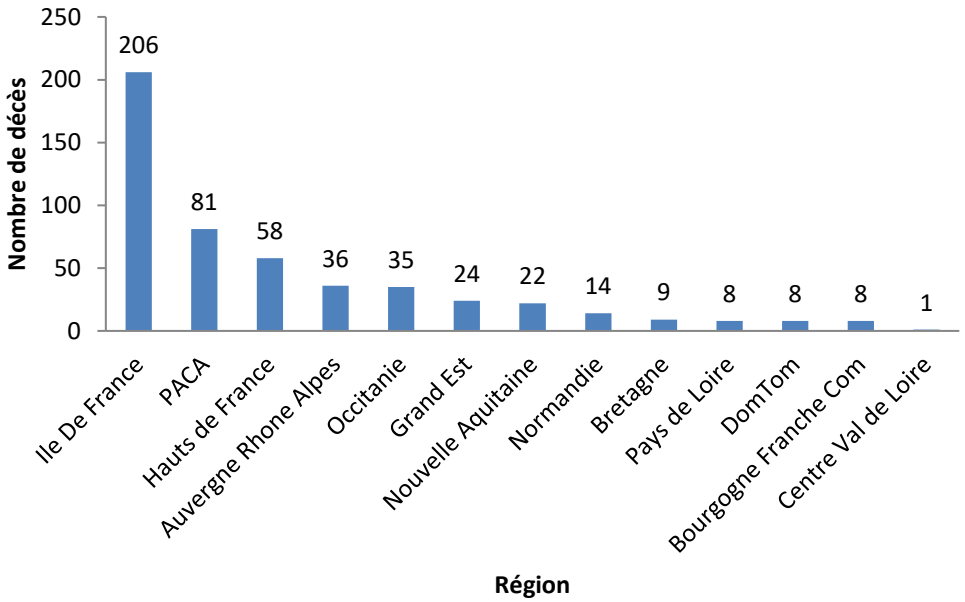

Fig. 14 Répartition des personnes 'SDF' décédées en 2017 par région de décès

D'après l'INSEE, 45% des personnes 'SDF' sont implantées en Île-de-France [22]. Le nombre de décès est donc proportionnel au nombre de la population 'SDF'. Mais il faut aussi rappeler que le réseau du CMDR, duquel il dépend en grande partie pour les signalements des décès, est le plus vaste dans cette région. Même si dans plusieurs régions nous avons un lien fort avec des Collectifs locaux d'accompagnement de morts de la rue ou morts isolés, en lien avec les associations locales, un travail de sensibilisation de partenaires dans les Régions permettrait de nous faire connaître un plus grand nombre de décès et ainsi rétablirait les proportions, peut-être avec une diminution dela proportion Île-De-France.

La section 7 à la page 47 donne des informations plus spécifiques sur les décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Hauts-De-France.

Des 8 décès dans les Dom Toms, 3 ont eu lieu en Guadeloupe, 2 en Guyane, 2 en Réunion et 1 en Martinique. Ce nombre est très faible. En fait, le réseau de partenaires associatifs et institutionnels du CMDR n'est pas aussi développé dans les Dom Toms qu'en Métropole : tous les décès enregistrés sont connus via les média. Le dénombrement des décès dans les Dom Toms est particulièrement difficile à effectuer car si l'on suit la définition d'une personne 'SDF' établie par le CMDR - il s'agit d'une personne ayant dormi les derniers trois mois dans un lieu non prévu pour l'habitation (squat ou bidonville)- on constate alors qu'une plus grande proportion de la population de Guyane et Mayotte serait identifiée comme 'personne 'SDF' qu'en Métropole. Cela rend le recensement de tous les décès difficile. Nous estimons néanmoins que les mêmes définitions doivent être valables pour tout le territoire français, et que la population en Guyane a les mêmes droits à un logement

personnel digne, a les mêmes droits juridiques et sociaux, que la population en Métropole. Pour atteindre une meilleure exhaustivité pour les Dom Toms, le CMDR sera donc amené à étendre ses relations sur ces territoires.

4.2. Départements et communes

En 2017, des décès de personnes 'SDF' ont été signalés dans 57 départements différents. La carte ci-dessous montre leur répartition :

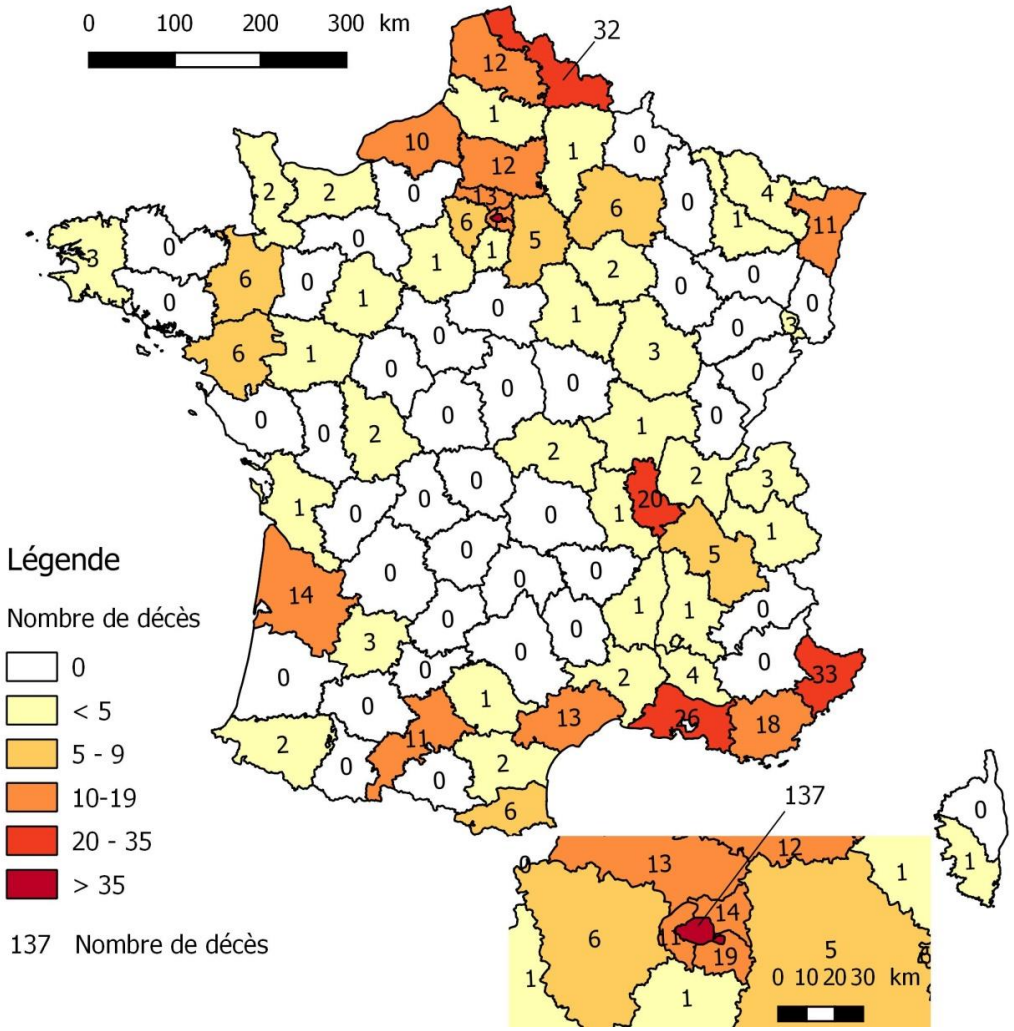

Fig. 15 Nombre de signalements de personnes 'SDF' décédées en 2017, par département

La plupart des décès ont été recensés à Paris (137), en deuxième position viennent les Alpes-Maritimes (33) et puis le Nord (32). Les Bouches-du-Rhône sont en 4ième position avec 26 décès signalés.

Ces décès concernent 161 communes différentes, sachant que Paris, Marseille et Lyon sont comptés comme des communes.

4.3. Lieu où le décès a été constaté

En 2017, on connaît le lieu du décès est connu de 456 personnes 'SDF' (soit 89%). Le graphique ci-dessous montre la répartition des lieux où le décès a été constaté, pour les personnes en situation de rue et celles hébergées.

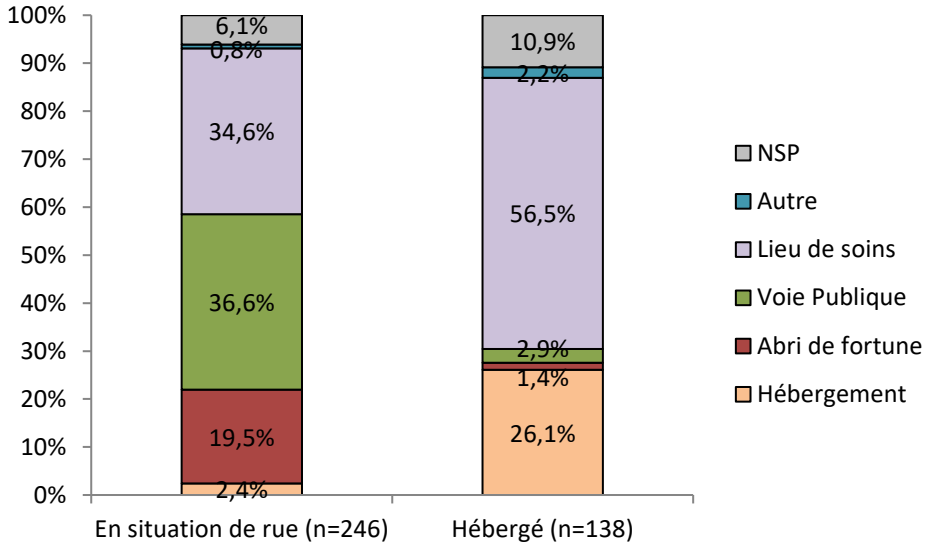

Fig. 16 Répartition des lieux de décès des personnes 'SDF', selon le lieu de vie principal dans les 3 mois précédant le décès

Les personnes en situation de rue meurent majoritairement sur la voie publique, ou encore dans des abris de fortune. Ces deux cas de figure forment 57% de tous les décès de cette population. Un peu moins de 35 % meurt dans un lieu de soins. Il existe bien sûr un lien entre le lieu et les causes de décès de la population 'SDF' ; les maladies (chroniques et autres) jouent un rôle important et nécessitent une prise en charge médicale. Lien également avec le lieu de vie : celui qui vit à la rue court bien sûr plus de risques d'y mourir.

Pour les hébergés, le pourcentage de décès en lieu de soins est plus élevé : presque 57% d'entre eux meurent dans un lieu de soins. Ils ne sont que 2,9% à décéder sur la voie publique, c'est-à-dire 12,6 fois moins que les personnes en situation de rue. Le décès des personnes hébergées a lieu dans des endroits semblables à ceux de la population générale : selon les derniers chiffres de l'Insee, 55,3% de la population décède dans un hôpital ou une clinique privée et 1,2% dans un lieu public ; les autres décèdent dans une maison de retraite ou à domicile[23].

Néanmoins nous remarquons que les personnes hébergées, si elles décèdent dans des lieux semblables à ceux de la population générale, y meurent 25 ans plus tôt (voir section 2.2. à la page 18).

4.4. Mois du décès

Les décès ont eu lieu tout au long de l'année, avec quelques pics :

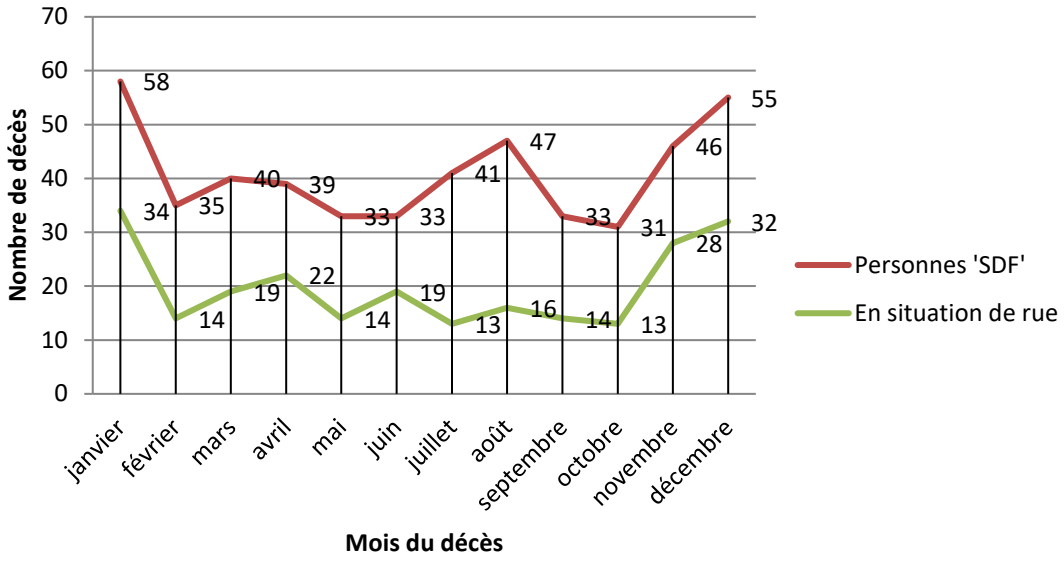

Fig. 17 Répartition par mois de décès des personnes 'SDF' (n=491) et des personnes en situation de rue (n=238) décédées en 2017. *Le taux de réponse est 96%.*

La ligne rouge montre les décès de personnes 'SDF' : les mois de janvier et de décembre ont connu plus de décès de personnes 'SDF' avec respectivement 58 pour le premier et 55 pour le second. Nous observons un troisième pic au mois d'août, avec 47 décès. La ligne verte montre les décès de personnes en situation de rue, particulièrement vulnérables aux conditions climatiques. Les tendances sont similaires, sans le pic observé au mois d'août. Pour ce groupe, les décès les plus importants en nombre sont au mois de janvier (34), décembre (32) et novembre (28).

Le nombre de décès par mois est assez faible, et les petites variations entre les mois font apparaître des 'pics' ou des creux non significatifs : par exemple, les dernières années, le CMDR a vu un pic de décès au mois d'octobre, ce qui n'est plus le cas en 2017.

C'est au mois de janvier qu'on enregistre le plus de décès dans la population générale (non standardisé sur sexe et âge), suive le mois de décembre, puis le mois de mars [24]. Notons que si la population 'SDF' meurt surtout en hiver, comme la population générale, c'est avec 30 ans de moins.

Récit de vie

Coco,44 ans, a perdu ses deux parents quand il avait 20 ans. Ils souffraient tous deux de maladies liées à l'alcool. Ils avaient divorcé quand Coco était petit. Coco avait un demi-frère par son père dont il ignorait l'existence jusqu'à la mort de son père. Son enfance a été difficile. Il a été déplacé à plusieurs reprises en familles d'accueil.
Coco lui-même souffrait d'un alcoolisme chronique ayant entrainé une maladie grave du foie. Il était suivi pour cette maladie par un service hospitalier et avait noué une relation de grande confiance avec un soignant.
Coco a noué des amitiés, entre rue et associations d'entraides. Deux amis se sont relayés les derniers mois de sa vie pour héberger ce grand malade. Il est mort chez l'un d'entre eux.
Amis et associations ont organisé ses funérailles.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

5. Causes et circonstances des décès

5.1. Type de décès

Les causes de décès sont classées dans 2 grandes groupes :

- Causes externes : accidents, suicides, homicides
- Maladie et mort naturelle

Nous connaissons le type de décès pour 329 d'entre eux sur 511 (64%) ; la répartition est illustrée dans le camembert ci-dessous :

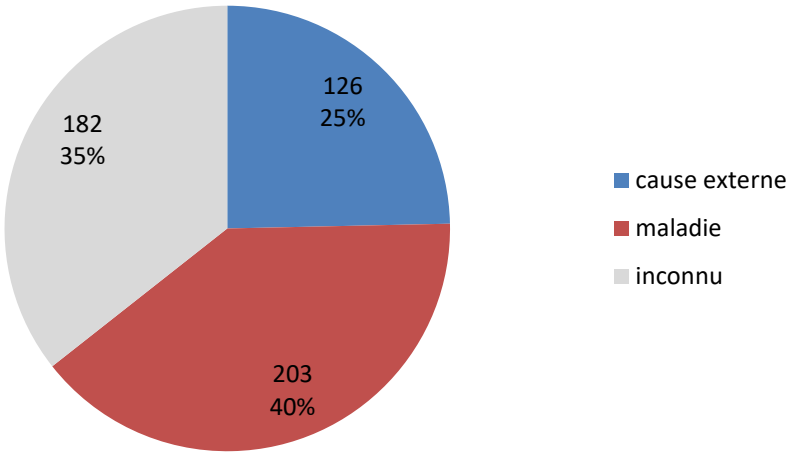

Fig. 18 Type de décès des personnes 'SDF' décédées en 2017.

25% des décès ont une cause externe, et 40% des décès proviennent de maladie ou mort naturelle. Il existe néanmoins des différences entre les personnes en situation de rue et les hébergés, comme le montre ce graphique :

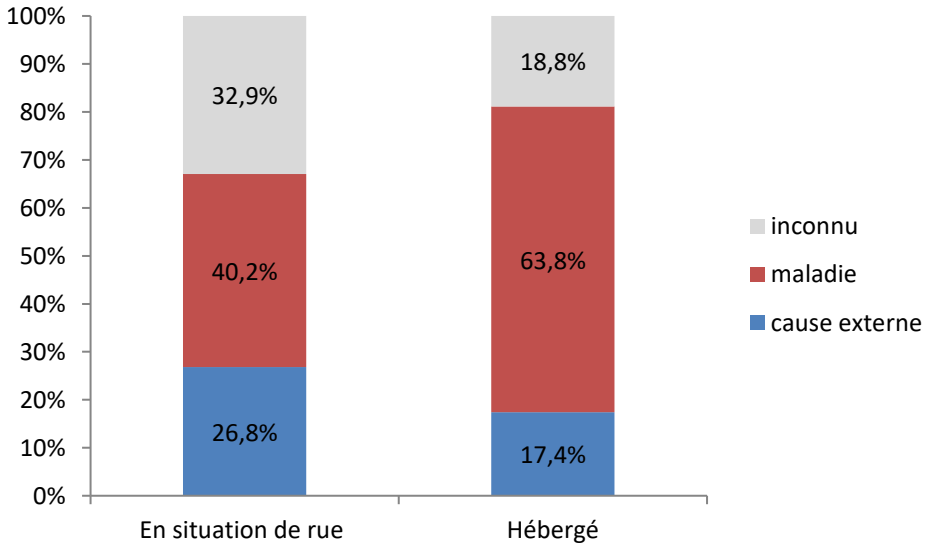

Fig. 19 Répartition de type de décès pour les personnes en situation de rue et celles hébergés, en 2017

Les personnes hébergées décèdent à première vue moins de causes externes que les personnes en situation de rue ; le pourcentage de personnes décédant de maladie ou de mort naturelle est plus élevée pour les personnes hébergées. Mais avec presque 33% et 19% de causes inconnues pour les personnes en situation de rue et les hébergés, nous devons rester prudents car la différence entre les deux groupes peut être plus faible.

Les chiffres les plus récents sur les causes de décès pour la population générale en France sont ceux de L'Insee pour 2015. Ils montrent que 38 100 personnes sur un total de 579 800 personnes décédées le sont par une cause externe ; il s'agit de 6,6% de tous les décès enregistrés [25] , c'est-à-dire 2,6 fois moins que les personnes en hébergement et 4 fois moins que les personnes en situation de rue.

Il est possible que le CMDR apprenne proportionnellement plus de décès ayant des causes externes que de décès provenant de maladie ; en effet les signalements par les médias informent surtout des décès assez spectaculaires (homicides, accidents, suicides) ; par ailleurs la nouvelle sur ce type de décès circule sans doute plus facilement entre les riverains, les maraudeurs et les associations. Il est aussi possible que la population 'SDF' (les personnes en situation de rue et hébergées), décède plus de causes externes : les multiples risques de la vie à la rue, l'état souvent dangereux des abris, les parcours clandestins et très périlleux des migrants tentant d'atteindre leur destination mettent cette population en prise avec une mort à cause externe.

Quand nous comparons les décès en Île-De-France avec ceux des autres régions, nous remarquons que la tendance des années précédentes se renforce en 2017: le pourcentage de décès par cause externe est moins élevé en Île-De-France que dans les autres régions : 15% contre 31%.

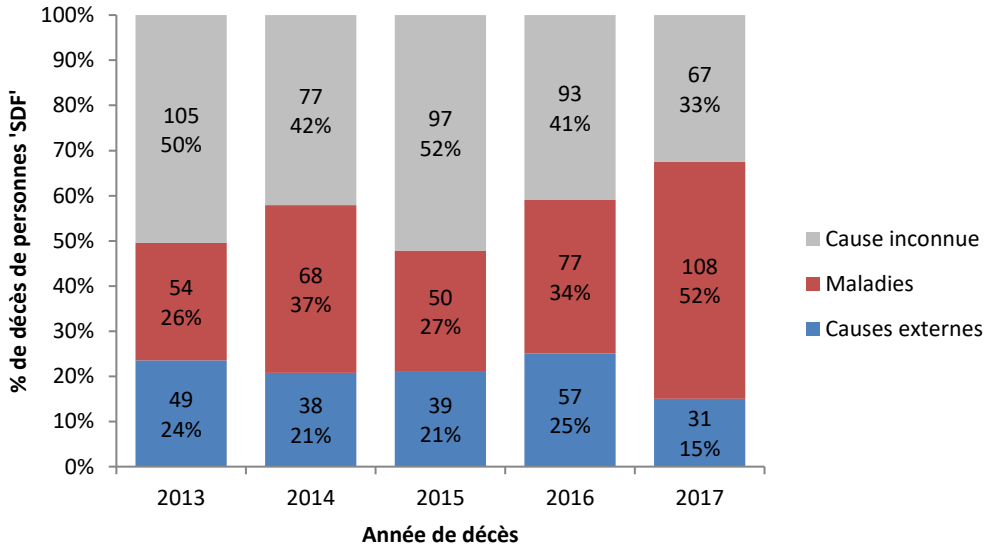

Fig. 20 Répartition des causes de décès pour les personnes 'SDF' décédées entre 2013 et 2017 (n=1010) en Ile-de-France. Les chiffres dans les colonnes indiquent le nombre absolu et le pourcentage de ce type de décès pour une année donnée.

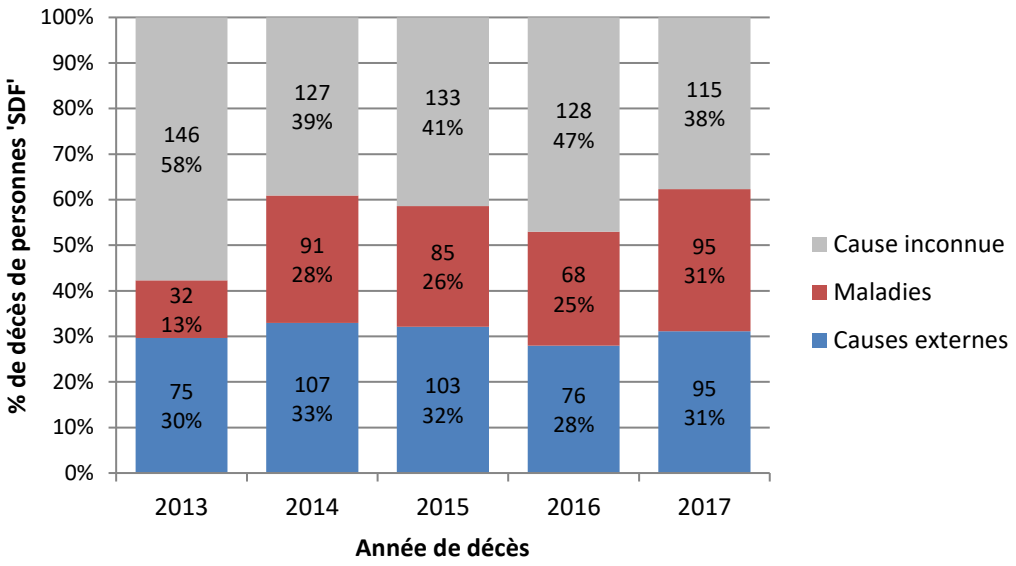

Fig. 21 Répartition des causes de décès pour les personnes 'SDF' décédées entre 2013 et 2017 (n= 1476) dans les régions hors Île-De-France. Les chiffres dans les colonnes indiquent le nombre absolu et le pourcentage de ce type de décès pour une année donnée.

Le réseau du CMDR étant plus développé en Île-De-France, les sources de signalement des décès sont plus diversifiées que dans les régions. La source la plus importante de signalement dans la plupart des régions reste les médias : 40% contre seulement 12% en Île-De-France. Ces médias ont tendance à signaler des décès de causes externes, plutôt que des décès ayant pour cause des maladies ou une mort naturelle.

En 2017 nous remarquons aussi une forte croissance du pourcentage de personnes mourant de maladie, et ceci surtout en Île-De-France. Nous constatons une diminution des proportions de décès de cause inconnue.

5.2. Causes de décès

Le CMDR classe les causes de décès initiales, les pathologies associées et les antécédents selon le CIM-10, la classification statistique publiée par l'OMS, codant les maladies, signes, symptômes et causes externes de maladies, blessures et décès. Cette classification est faite selon différentes catégories : les maladies infectieuses, les maladies affectant le corps dans son entier, les maladies localisées (par système), les maladies développementales, les blessures et les causes externes.

Le tableau ci-dessous montre les causes de décès initiales comme classifiées dans le CIM-10. Le CMDR manque d'informations détaillées pour une grande partie des décès : le chapitre 18 du CIM-10 comprend des catégories comme 'R98' décès sans témoin', 'R99 Cause de décès mal définie et non précisée, 'R96 Mort subite sans précision'. 258 des 511 décès ont été classés au chapitre 18 pour des causes mal définies. Ces décès n'ont pas été inclus dans le graphique.

Pour l'autre moitié des décès, nous avons obtenu plus d'informations sur les causes, mais souvent celles-ci restent génériques : les causes de décès peuvent être décrites par l'interlocuteur comme

'un problème aux poumons' ou *'une pathologie cardiaque'*. Néanmoins, le codage CIM-10 permet de regrouper ces causes plutôt génériques dans les catégories.

Voici la distribution des causes principales de décès des personnes 'SDF' décédées en 2017 pour lesquels nous avons de l'information ayant permis une classification. Seules les catégories avec au moins 2 décès sont reprises ci-dessous, les autres sont regroupées sous 'autres' :

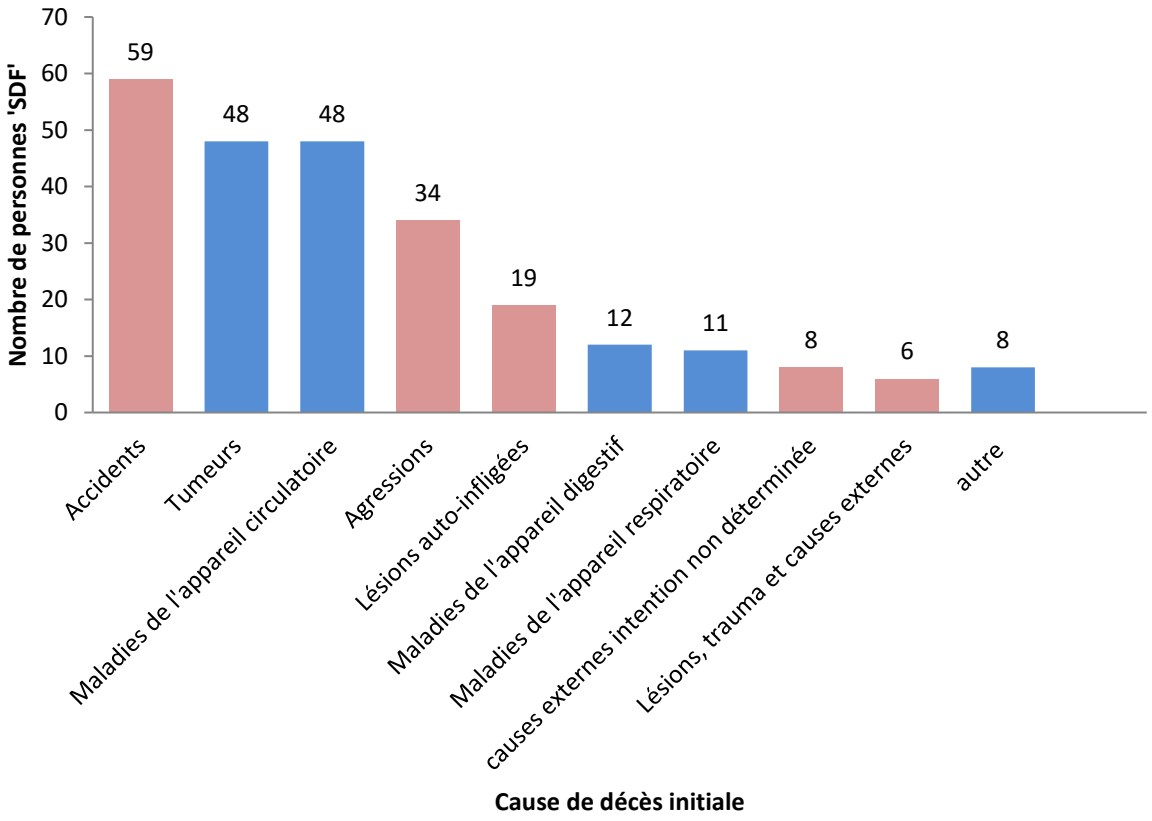

Fig. 22 Causes de décès initiale des personnes 'SDF' décédées en 2017, selon les catégories du CIM-10. Taux de réponse 49,4% (n=253). Les colonnes en rouge représentent des causes externes, les colonnes bleues représentent des maladies.

En 2017, au moins 59 personnes sont décédées d'accidents, 34 d'agressions, 19 de suicide ; pour 8 décès, l'intention n'était pas déterminée : par exemple certaines noyades ou overdoses peuvent faire penser à un suicide mais nous n'avons pas d'information conclusive. Les accidents incluent des noyades, des chutes, des accidents de transport, des électrocutions et des overdoses.

En nous penchant sur les maladies, nous observons que les tumeurs sont une des causes plus fréquentes, entraînant au moins 48 décès ; suivent ensuite les maladies du système circulatoire (maladies de cœur et artères).

Le tableau ci-dessous offre une comparaison entre les personnes 'SDF' en 2017, entre 2012-2016 et la population générale concernant les causes de décès les plus fréquentes. La comparaison avec la population générale est possible grâce aux calculs de standardisation par sexe et âge fait par l'ONPES en 2013 [26] . Elle est encore valable car la population recensée par le CMDR n'a pas vraiment changée de composition en termes d'âge et sexe.

Tableau 4. Comparaison des causes de décès initiales entre les personnes 'SDF' décédées entre 2012-2016, celles décédées en 2017, et la population générale standardisée sur l'âge et sexe.

Cause de décès initiale	Pop gén standardisée sur âge et sexe	'SDF' entre 2012-2016	'SDF' en 2017	Rapport 'SDF' 2017 / Population générale
Causes externes (V01 – Y98)	18%	27,0%	23,4%	1,3
Homicides / agressions (X85 – Y09)	0,3%	5,6%	6,7%	19,7
Suicides / Lésions auto-infligées (X60 – X84)	9%	2,9%	3,7%	0,4
Noyades (W65 – W74)	1%	2,6%	1,7%	1,7
Accidents de transport (V01 – V99)	3%	4,2%	2,5%	0,8
Chutes (W00 – W19)	1%	1,7%	1,4%	1,4
Intoxications (X40 – X49)	1%	1,6%	2%	2
Tumeurs (C00 – D48)	37%	7,4%	9,4%	0,3
Maladies de l'appareil circulatoire (I00 – I99)	13%	9,8%	9,4%	0,7
Maladies de l'appareil digestif (K00 – K93)	5%	2,2%	2,3%	0,5
Maladies de l'appareil respiratoire (J00 – J99)	3%	2,2%	2,2%	0,7

Les pourcentages sont calculés sur le total des décès de personnes 'SDF' et représentent donc des minimums.

Nous remarquons d'abord un plus grand pourcentage de causes externes chez les personnes 'SDF' ; ce pourcentage a diminué un peu en 2017 par rapport à la période 2012-2016. Parmi les causes externes, les homicides sont plus fréquents que dans la population générale. Les noyades sont aussi plus fréquentes, notons toutefois que le pourcentage n'inclut pas les 4 noyades 'à intention indéterminée' pouvant être classées comme accident ou suicide. Les intoxications listées sont toutes des overdoses de drogues, et sont 2 fois plus fréquentes parmi les personnes 'SDF' décédées en 2017 que dans la population générale. La surreprésentation des accidents de transport parmi les personnes 'SDF 2012-2016 ne s'observe plus en 2017.

Les autres causes, liées à des maladies, sont moins fréquentes chez les personnes 'SDF' que dans la population générale. Le pourcentage de tumeurs est légèrement plus élevé chez les personnes 'SDF' décédées en 2017 que parmi celles décédées entre 2012 et 2016 ; il est beaucoup plus faible que dans la population générale du même âge.

Trois facteurs importants nous obligent à rester prudents dans l'interprétation de cette comparaison :

- Absence de causes de décès pour 50% des décès de personnes 'SDF' en 2017 et pour 46,6% des décès entre 2012 et 2016. Les pourcentages dans le tableau sont des minima ;
- Le biais de signalement, faisant que le CMDR apprend plus de décès spectaculaires;
- Le codage des causes de décès pour la population générale est fait par le CepiDc et est basé sur les causes mentionnées sur les certificats de décès ; alors que le CMDR effectue un codage basé sur les informations reçues de tiers qui ne sont pas eux-mêmes une source médicale.

Mais si nous comparons les principales causes de décès entre notre population décédées e 2017 et celles de la population 'SDF' dans d'autres études, nous observons des parallèles : l'importance de causes externes des décès comparable à nos résultats dans des études au Danemark [27], en Finlande [28] et à Rotterdam [29]. En fait l'étude de Rotterdam montre trois causes principales de décès identiques à celles des résultats du CMDR (même si les pourcentages sont différents) : causes externes (26%), les maladies de l'appareil circulatoire (22%) et tumeurs (17%).

Il existe néanmoins des différences selon le contexte ; nous observons plus de décès ayant des causes liées à la consommation de drogues et d'alcool à Stockholm [30] ou encore, notons qu'en Pologne les maladies de l'appareil circulatoire forment la cause de décès principale [31]. A New York, ce sont les overdoses [32].

Une amélioration dans l'exhaustivité de l'information sur les causes de décès, et une diversification dans les signalements hors Île-de-France permettraient d'avoir plus de certitude sur la représentativité des causes de décès comme décrit ci-dessus.

5.3. Identification

Nous n'avons pas pu retrouver l'identité de 33 personnes sur les 511 personnes 'SDF' décédées en 2017. Sur ces 33 personnes, nous savons qu'au moins sept d'entre elles ont été inhumées sans que leur identité n'ait été connue. Pour les autres, dans certains cas l'investigation policière était encore en cours au moment de l'analyse de la base de données 2017. Par ailleurs dans d'autres cas, l'équipe ne possédait pas assez d'information (date et commune de décès correctes) pour demander l'acte de décès du défunt.

La demande des actes de décès est en fait le principal moyen d'obtenir l'identité, âge, lieu de naissance, date et lieu de décès. En 2017 nous avons eu l'acte de décès de 177 personnes sur 511 personnes décédées (soit 35%).

Récit de vie

Une femme asiatique, non identifiée, d'environ 70 ans vivait depuis 3 mois à proximité d'un chantier.
Elle avait été aperçue dans d'autres quartiers, sans jamais nouer de relations, certaines personnes disent qu'elle paraissait désorientée.
Elle dormait dans ce chantier, cachée derrière des barrières. Une plaque d'isolant, mise à sa disposition par les ouvriers l'isolait du sol.
C'est un ouvrier qui l'a retrouvée un matin. Cette femme était morte, victime de violences.
A ce jour, cette femme n'est toujours pas identifiée.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

6. Pathologies et suivi médical

6.1. Addictions

Le tableau ci-dessous rapporte les addictions des personnes 'SDF' majeures (n=498) ; ceci permet de faire une comparaison avec l'étude SAMENTA sur la santé mentale et les addictions auprès des utilisateurs de services à destination des 'SDF' en Ile-de-France (n'incluant pas les mineurs de 18ans)[33] . Sur les 498 personnes ayant plus de 18 ans, nous avons des informations sur les addictions pour 219 personnes (44%). La prévalence est répartie comme suit :

Tableau 5. Présence d'addictions parmi les adultes 'SDF' décédées en 2017. Le taux de réponse est 44%.

	Nombre de personnes 'SDF'	%
Ne sait pas	279	56%
Alcool	139	28%
Drogue	47	9%
Médicaments	15	3%
Alcool et drogue	30	6%
Médicaments et drogue	11	2,2%
Alcool et médicaments	12	2,4%

28% des personnes 'SDF' décédées en 2017 auraient une addiction à l'alcool au moment du décès ; aux drogues (toutes confondues, incluant le cannabis) au moment du décès : 9% ; l'utilisation illicites de médicaments : 3%. Le pourcentage de personnes atteintes de plusieurs addictions est assez faible (l'association d'addictions à l'alcool et à la drogue est la plus fréquente : 6% des adultes 'SDF' en 2017).

Rappelons encore que ces chiffres sont des minima qui pourraient être plus élevés, car nous n'avons pas d'informations sur les addictions pour plus de la moitié des personnes.

Le graphique ci-dessous montre la prévalence des addictions parmi les personnes 'SDF' ; les hébergés et les personnes en situation de rue étant séparés.

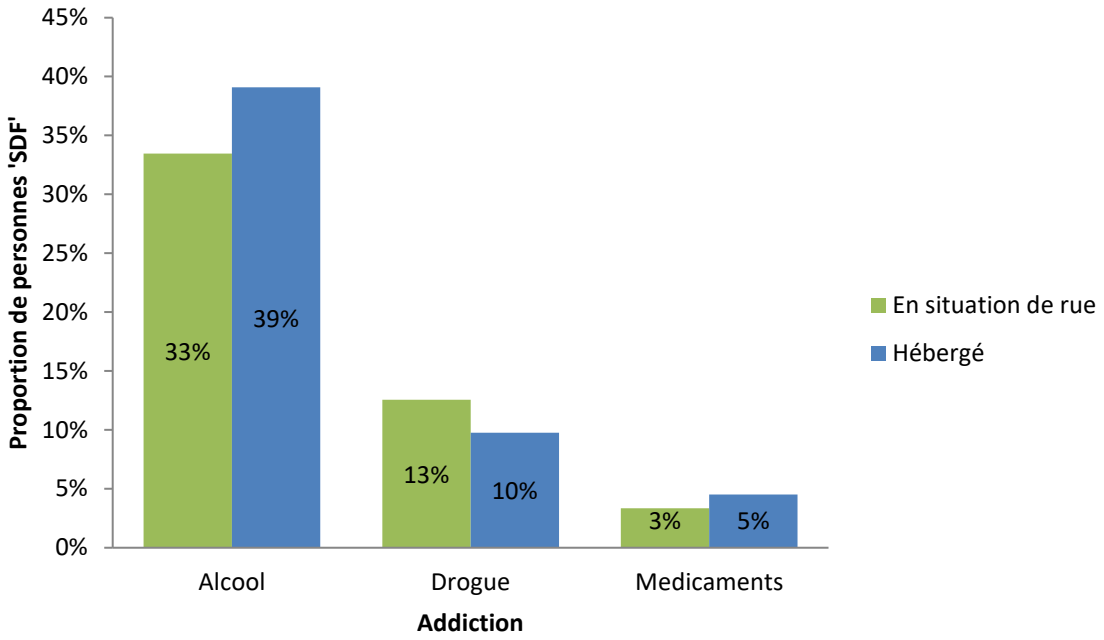

Fig. 23 Présence d'addictions parmi les adultes 'SDF' décédées en 2017, selon le lieu de vie principale dans les 3 mois précédents le décès. Le taux de réponse est 49% pour les personnes en situation de rue (n=239) et 55% pour les personnes hébergées (n=133).

Avec un taux de réponse plus élevé, la présence d'addiction parmi les personnes 'SDF' est plus grande. Parmi les personnes hébergées, le pourcentage de personnes avec addiction à l'alcool atteint même 39%. L'addiction aux drogues en revanche, est proportionnellement plus importante parmi les personnes en situation de rue.

L'étude SAMENTA décrit une prévalence de 21% d'addiction à l'alcool [34]. Pour les drogues, la comparaison est plus difficile parce que le CMDR ne fait pas de différence entre le cannabis et les autres drogues : dans l'étude SAMENTA, la consommation quotidienne de cannabis serait de 16% ; pour les autres drogues illicites ce serait beaucoup plus faible- si faible que le taux de consommation régulière et d'addiction ne pouvait pas être établie ; moins de 5% des personnes en auraient utilisé *au moins une fois au cours des 12 derniers mois* [34].

Qu'est-ce qui pourrait expliquer la grande différence, surtout pour l'addiction à l'alcool, entre les prévalences trouvées dans les deux études? Premièrement, il faut rappeler que dans le questionnaire de l'étude du CMDR, la question sur les addictions (comme toutes les questions), est posée aux tiers, et peut être interprétée de façon différente selon l'interlocuteur et en fonction de sa proximité au défunt – s'agit-il d'une 'addiction', ou de 'consommation'? L'étude SAMENTA en revanche utilise l' Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) avec un module spécifique pour l'utilisation de drogues, inspiré du Dépistage Evaluation Besoin Drogues (DEBA-D) [34]. Cette différence d'approche peut causer une surestimation dans les résultats CMDR. Mais il est probable que l'addiction joue un grand rôle dans le décès des personnes 'SDF' et que parmi les personnes décédées, il est probable aussi que l'addiction soit plus forte que parmi la population 'SDF' en général, comme le démontrent des études à Boston [35]. Il faudrait avoir plus d'informations détaillées fiables sur les causes de décès, afin de pouvoir tirer des conclusions dans ce sens.

6.2. Troubles mentaux

Le questionnaire du CMDR contient une question générale sur la présence de troubles mentaux. L'information recueillie ainsi ne donne pas de spécifications sur le type de trouble mental et souvent nous ne savons pas si un diagnostic a été fait.

Cette question a un taux de réponse de 34%, c'est-à-dire qu'une réponse a été obtenue pour 167 des 498 adultes 'SDF'. Pour les mineurs décédés en 2017, nous n'avons pas d'informations sur la présence ou non de troubles mentaux. Nous reportons ici les résultats des adultes 'SDF', pour permettre une comparaison avec d'autres études.

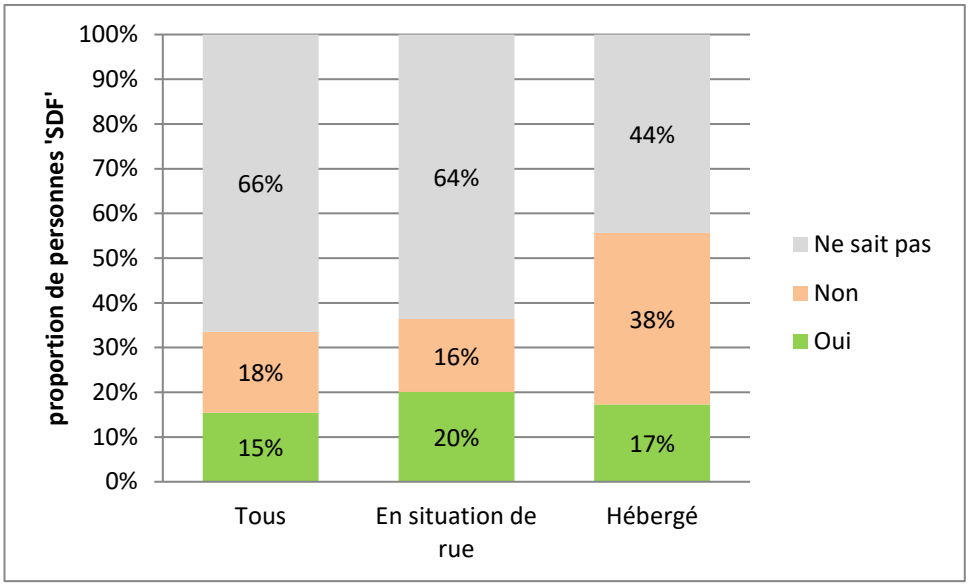

Fig. 24 Présence de troubles mentaux chez les personnes 'SDF' adultes (n=498) décédées en 2017 selon le lieu de vie principale les derniers 3 mois. Le taux de réponse est 34%.

Parmi tous les adultes 'SDF' décédées en 2017, au moins 15% souffrait de troubles mentaux. Ce pourcentage monte légèrement quand nous regardons les personnes en situation de rue et les personnes hébergées séparément. Comme pour les addictions, la prévalence augmente et le pourcentage sans réponse diminue.

La présence de troubles mentaux parmi les personnes en situation de rue est légèrement plus élevée. La différence remarquable entre les personnes hébergées et celles en situation de rue est plutôt le pourcentage de personnes qui ne souffraient *pas* de troubles mentaux apparents : 2,3 fois plus chez les hébergés.

Le pourcentage de personnes avec troubles mentaux est beaucoup plus faible que celui reporté dans deux autres enquêtes :

1) Dans l'enquête SAMENTA en Île-De-France, 31,5% des personnes souffraient d'un trouble psychiatrique sévère [33].
2) Dans l'étude exploratoire du Samu Social dans les LHSS de 2015, 60% des 163 patients présentaient un problème psychiatrique ou neuropsychiatrique confirmé ou suspecté.

Plusieurs explications sont possibles :

1) D'abord, la différence méthodologique peut en être la cause : une question générale est posée à un tiers par le CMDR, alors que pour SAMENTA le MINI est combiné avec un entretien ouvert avec un psychologue [34]. Dans l'étude du Samu Social on identifie de troubles mentaux à partir des dossiers médicaux, des entretiens avec les médecins traitants des LHSS et des entretiens d'évaluations avec certains patients par un psychologue.
2) Par ailleurs, le taux de non réponse élevé de l'enquête du CMDR peut influencer la prévalence enregistrée. Pour une partie des personnes décédées, nous n'avons pas pu identifier un interlocuteur connaissant suffisamment la personne pour répondre aux questions. Ou encore l'interlocuteur n'a pas voulu collaborer sur ce sujet : d'après les retours des partenaires que le CMDR a eus sur le questionnaire, souvent les travailleurs sociaux ou autres interlocuteurs ne se sentent pas légitimes pour répondre à cette question, surtout quand il n'y a pas eu un diagnostic médical ou un traitement en cours.

Le graphique ci-dessous montre la corrélation entre le taux de réponse et la prévalence de troubles mentaux sur les cinq années précédentes :

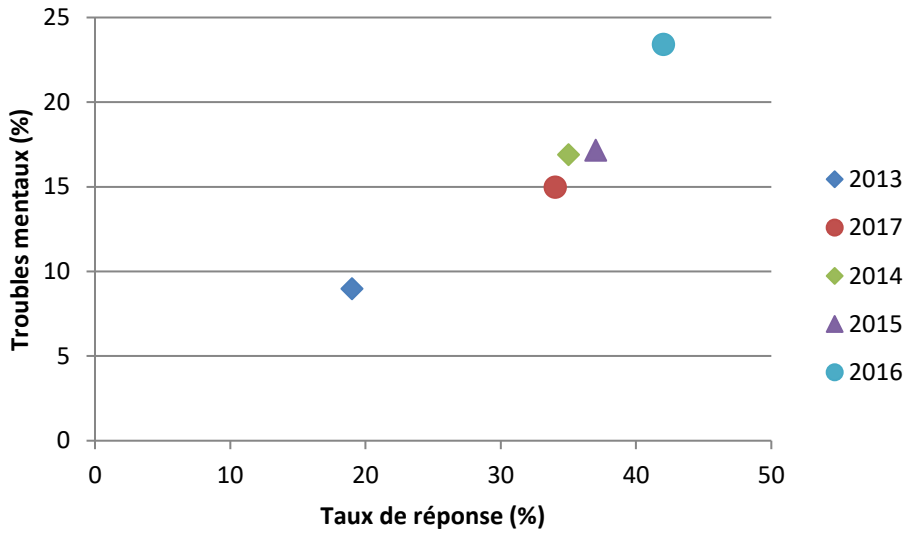

Fig. 25 Pourcentage de personnes 'SDF' avec présence de troubles mentaux et le taux de réponse, pour 5 années

Le graphique montre que quand le taux de réponse est plus élevé, le pourcentage de personnes 'SDF' avec des troubles mentaux sera également plus élevé.

6.3. Comorbidité : troubles mentaux et addictions

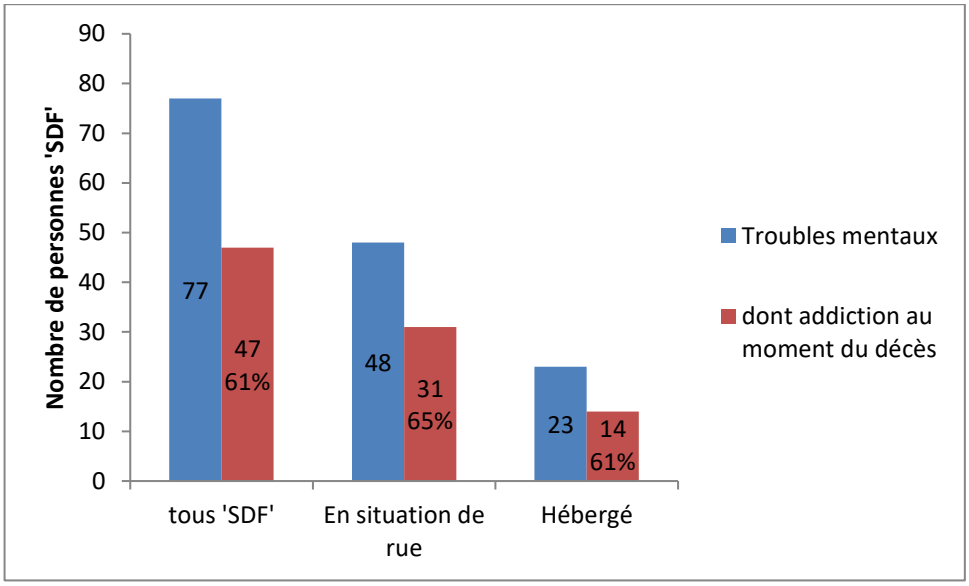

Fig. 26 Présence de comorbidités troubles mentaux et addictions au moment du décès pour toutes personnes 'SDF' adultes (n=498), personnes en situation de rue (n=239) et personnes hébergées (n=133). La colonne bleue donne le nombre total de personnes avec des troubles mentaux ; la colonne rouge est un sous-groupe et donne le nombre de personnes avec des troubles mentaux et des addictions.

47 personnes (soit 61%) souffrent et d'addiction et des troubles mentaux au moment du décès ; la plupart avait une addiction à l'alcool. L'association des deux est un peu plus forte s'agissant des personnes en situation de rue : 64,5% d'entre elles ayant avec troubles mentaux ont une addiction contre le 60,5% des personnes hébergées.

Par ailleurs : 28,6% des personnes souffrant d'addiction (47/164) étaient également atteintes de troubles mentaux. Un membre de l'équipe médicale dans un LHSS a également remarqué que cette association était importante (Voir Partie II de cette étude à la page 54).

Il n'a pas été possible d'établir un lien entre le temps passé à la rue et la présence de troubles mentaux car le taux de réponse pour ces deux variables est trop bas.

6.4. Hospitalisation

En 2017 environ 50% de personnes 'SDF' en Île-De-France sont mortes de maladie ; en régions on en compte 30% (voir section 5.1. à la page 30). Le suivi médical les 12 derniers mois précédant le décès donne des informations sur l'accès aux soins pour les personnes 'SDF'.

Le lieu de décès est un premier indicateur de l'accès aux soins : Nous avons vu plus haut le pourcentage de personnes 'SDF' décédant dans un lieu de soins (section 4.3. à la page 30), et avons noté une différence sensible entre la population hébergée et celle en situation de rue.

L'enquête D&D cherche aussi à savoir qui a été hospitalisé ou admis aux urgences dans les 12 mois précédant le décès. Le taux de réponse à ces questions est malheureusement très bas. Grâce à l'AP-HP nous avons pu néanmoins collecter des informations pour un sous-groupe à Paris de 54 personnes décédées d'une maladie.

Voici la fréquence, d'hospitalisations et d'admissions aux urgences de ces 54 personnes:

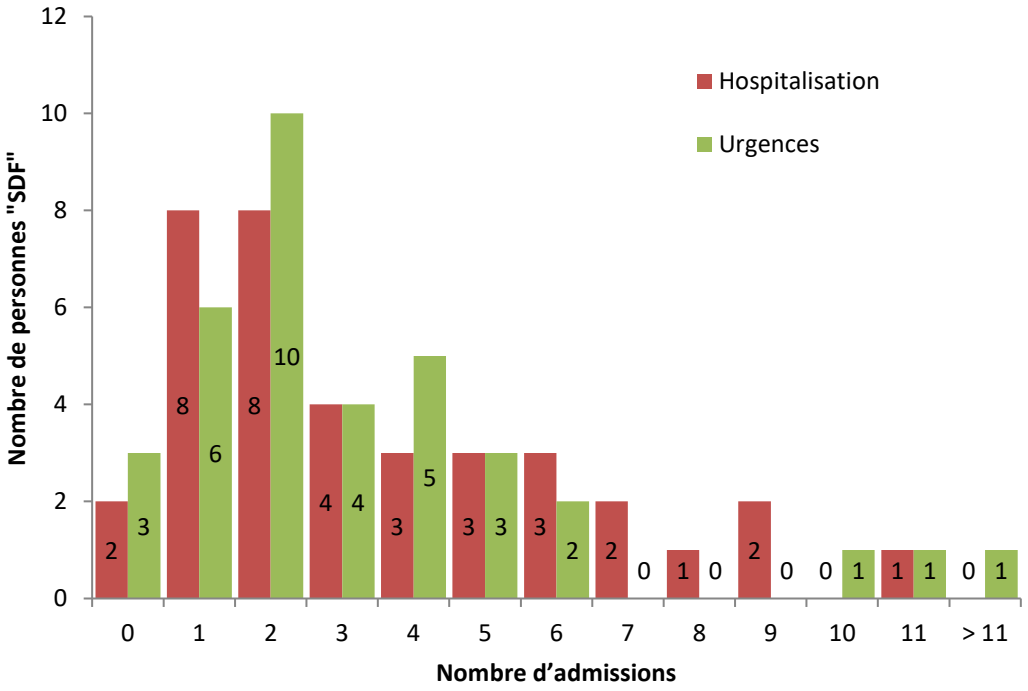

Fig. 27 Nombre d'hospitalisations et admissions aux urgences des personnes 'SDF' décédées de maladie (n=54) à Paris en 2017, dans les 12 mois avant leur décès. Les respectifs taux de réponse sont 69% et 67%.

Regardons d'abord les hospitalisations : 16 personnes ont été hospitalisées une ou 2 fois ; 4, 4 fois et 3 autres respectivement 4, 5 et 6 fois. 4 personnes ont été hospitalisées 7 fois ou plus, dans les 12 mois précédant leur décès. Une personne détient un record avec 11 hospitalisations.

Pour les admissions aux urgences : 3 personnes seulement n'ont jamais été admises aux urgences. La plus grande partie l'ayant été 2 fois. Neuf personnes ont été admises aux urgences à 4 ou 5 reprises ; 3 autres 10 fois ou plus, et une personne détient le record de 20 admissions aux urgences dans les 12 mois précédent son décès.

Ci-dessous nous voyons la durée d'hospitalisation par personne admise, pendant les 12 mois précédant le décès :

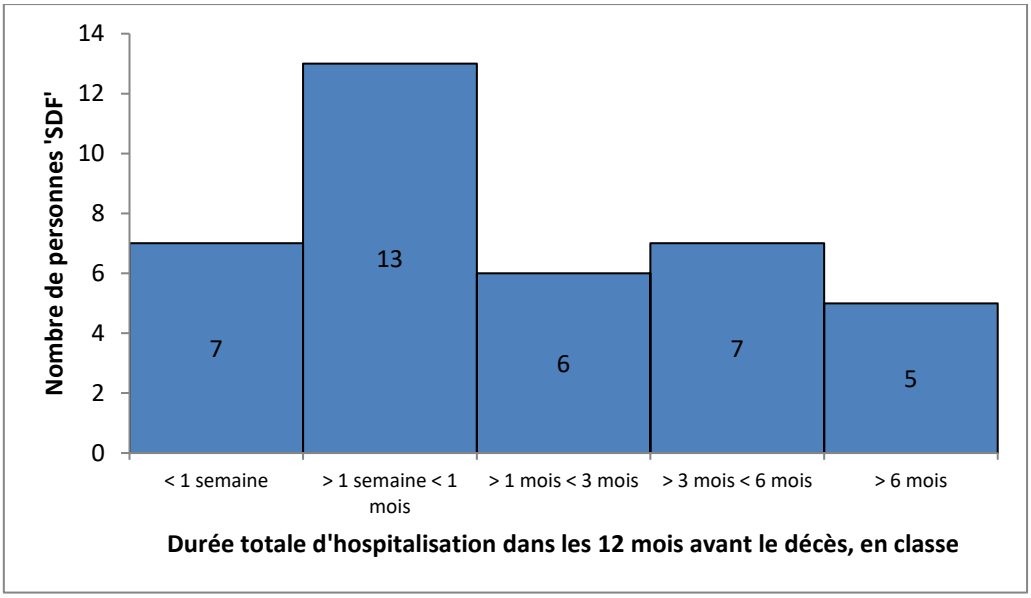

Fig. 28 Durée totale d'hospitalisation des personnes 'SDF' décédées de maladie à Paris en 2017 hospitalisées dans les 12 mois précédant le décès (n=38), en classe. Le taux de réponse est 70%

70% de ces personnes 'SDF' ont passé entre une semaine et un mois à l'hôpital. Néanmoins 20% ont passé plus de 3mois et 10% (5/54) même plus de 6 mois.

Attardons-nous sur le lieu de décès de ces personnes, décédées à Paris de maladie (n=54) : La plupart (46/54) sont mortes dans des lieux de soins, mais quatre personnes (en situation de rue), sont décédées sur la voie publique. Trois d'entre elles avaient été admises à l'hôpital dans les 12 mois précédant le décès ; pour la quatrième personne l'information manque. Deux sont passées deux fois aux urgences ; l'une de ces deux a été hospitalisée trois fois ; une troisième personne a été admise onze fois aux urgences et a été hospitalisée deux fois.

Le décès de ces quatre personnes a eu lieu à des moments différents après la sortie de l'hôpital : pour une d'entre elles nous ignorons le temps écoulé entre sa sortie et son décès ; pour une autre, le décès a eu lieu entre une et quatre semaines après la sortie. Une personne est décédée entre 1 et 3 mois après sa sortie et la quatrième personne après plus de 6 mois.

Pour ce groupe de personnes il y a de très nombreuses hospitalisations ou passages aux urgences, avec pour 20% d'entre elles une durée cumulée d'hospitalisation supérieure à 3 mois. Malgré les difficultés de prise en charge (analysées dans la 2ième partie de ce rapport à la page 54), ces contacts médicaux souvent en pointillé ont permis à la majorité des personnes de mourir dans un lieu de soins. Celles décédées de maladie sur la voie publique avaient eu néanmoins des contacts avec le système de soins pour 3 d'entre elles (passages aux urgences, hospitalisations répétées). Mais nous ne savons pas si elles sont décédées de la pathologie pour laquelle elles avaient été soignées auparavant. Elles ont pu consulter dans d'autres hôpitaux ne dépendant pas de l'AP-HP. On peut se demander aussi s'il ne choisit pas d'un choix de leur part "ne pas mourir à l'hôpital". Et enfin il peut s'agir d'un échec de contact avec le système de soins.

Récit de vie

Mihai , 38 ans est arrivé de Bosnie il y a 5 ans.
Mihai était marginal dans son pays où il avait eu des problèmes avec la justice dès son adolescence. Il a vécu détentions et placements dès sa jeunesse, ça a compliqué son chemin et l'a entrainé dans l'alcool très jeune. Aîné de 7 enfants, dont plusieurs vivent en France, il restait en lien régulier avec l'une de ses sœurs et son beau- frère. Celui-ci venait parfois le chercher à scooter pour l'héberger quelques jours chez lui. Il venait le voir régulièrement dans la rue avec son épouse. D'autres personnes de la fratrie sont aussi en situation de rue ou d'hébergement.
Mihai buvait beaucoup et ne mangeait plus, il avait maigri. Sa jambe le faisait souffrir et il ne pouvait plus marcher. Il disait qu'il voulait mourir. Sa famille et des maraudeurs se faisaient proches et tentaient de l'aider. Il avait parfois été en « lits halte soins santé » mais ne supportant pas les lieux clos il provoquait des conflits entrainant son expulsion.
Mihai a été retrouvé mort sur la voie publique, sur le lieu qu'il fréquentait. Une petite affichette mentionnant son décès a permis de retrouver sa famille qui a pu organiser ses funérailles.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

7. Les décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-De-France

Pour ce rapport sur les décès de personnes 'SDF', nous avons effectué un zoom spécifique portant sur les décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Hauts-De-France. Ces deux régions aux deux extrémités de la France ont des contextes bien différents et le CMDR y enregistre un nombre important de décès de personnes 'SDF'. Elles font partie des régions les plus peuplées de France[36] et ont la particularité d'être frontalières ce qui induit un pourcentage important de migrants décédant pendant leur parcours.

7.1. Signalements et identification

En 2017, le CMDR a enregistré 81 décès de personnes 'SDF' en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 58 en Hauts-De-France ; et respectivement 9 et 6 décès de personnes 'anciennement SDF'. Les pourcentages de personnes en situation de rue, hébergées et 'probablement sans chez soi' sont comme suit :

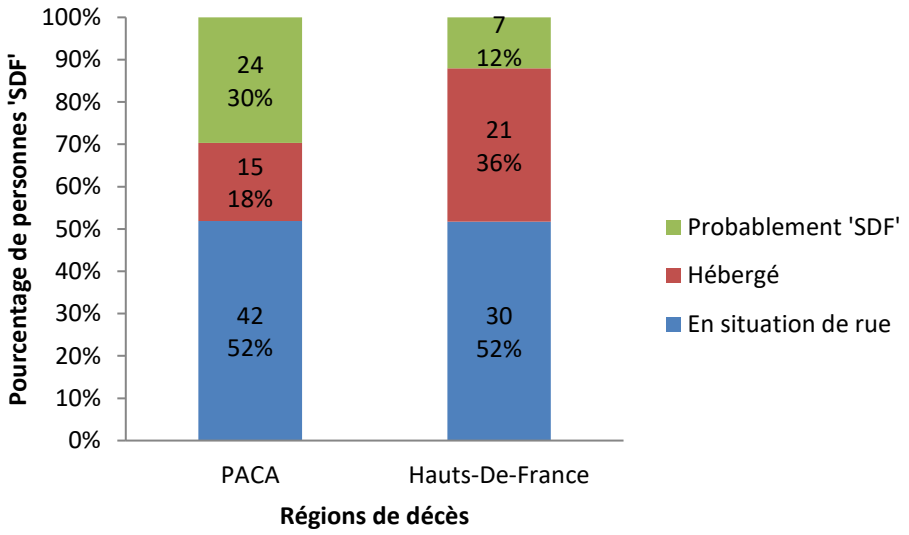

Fig. 29 Décès de personnes en situation de rue, hébergées et probablement 'SDF' pour PACA et Hauts-De-France en 2017 en nombre absolu et pourcentage

Pour ces deux régions, le CMDR a reçu 50% des signalements pour des personnes en situation de rue. Mais pour 30% d'entre elles en Provence- Alpes-Côte d'Azur nous ignorons leur lieu de vie dans les trois derniers mois avant le décès.

Le recueil d'informations a été plus difficile en Provence-Alpes-Côte d'Azur à cause de l'absence de nom pour 27 des 81 décès. Cela empêche la demande d'acte de décès, et ainsi nous n'avons pas accès à l'âge, aux lieux de naissance et aux lieux de décès. Les dossiers des Hauts-De-France sont mieux renseignés : seulement 3 personnes ne sont pas identifiées. Comme pour les autres régions, tous ces décès ont été signalés par des partenaires fiables ou confirmés par différentes sources.

7.2. Démographie

Le tableau ci-dessous donne l'âge, le sexe et le pays de naissance des personnes 'SDF' décédées dans ces deux régions. La 3ième colonne livre des chiffres nationaux pour ces variables, afin de faciliter les comparaisons.

Tableau 6. Caractéristiques des personnes 'SDF' décédées en 2017, en PACA, Hauts-De-France et France

	Provence-Alpes-Côte d'Azur (n=81)	Hauts-De-France (n=58)	National (n=511)
Age moyen	51,7	45,8	50,6
Nombre de mineurs	1	3	13
Age moyen sans mineurs	52,2	47,9	51,7
Décès de migrants en transit	7 (8,6%)	8 (13,8%)	18 (3,5%)
Sexe			
Hommes	72	53	464
Femmes	9 (12,5%)	4 (7,5%)	45 (8,8%)
Ne sait pas	0	1	2
Pays de naissance			
France	23 (28,4%)	31 (53,4%)	181 (35,4%)
UE hors France	17 (21%)	5 (8,6%)	98 (19,2%)
Hors UE	10 (12,3%)	11 (19%)	104 (20,3%)
ne sait pas	31 (38,3%)	11 (19%)	128 (25%)

L'âge moyen en Provence-Alpes-Côte d'Azur est légèrement plus élevé que le national. On note que le pourcentage de femmes y est également plus élevé. Le nombre de personnes nées en France y est moins important ; notons toutefois que le taux de réponse au PACA est inférieur aux autres régions.

Dans les Hauts-De-France, le CMDR a enregistré beaucoup plus de décès de personnes nées en France (plus de la moitié), et l'âge moyen est inférieur à celui enregistré dans les autres régions. L'âge peut être expliqué par le nombre relativement élevé de mineurs (n=3) et de jeunes migrants (n=8) majoritairement morts dans des accidents lors de la traversée de la frontière avec le Royaume Uni. Enfin il faut considérer que l'espérance de vie dans les Hauts de France est plus faible que le niveau national.

7.3. Temps d'errance

Ci-dessous la fréquence de temps d'errance en classes, pour les personnes 'SDF' décédées dans les Hauts-De-France en 2017 :

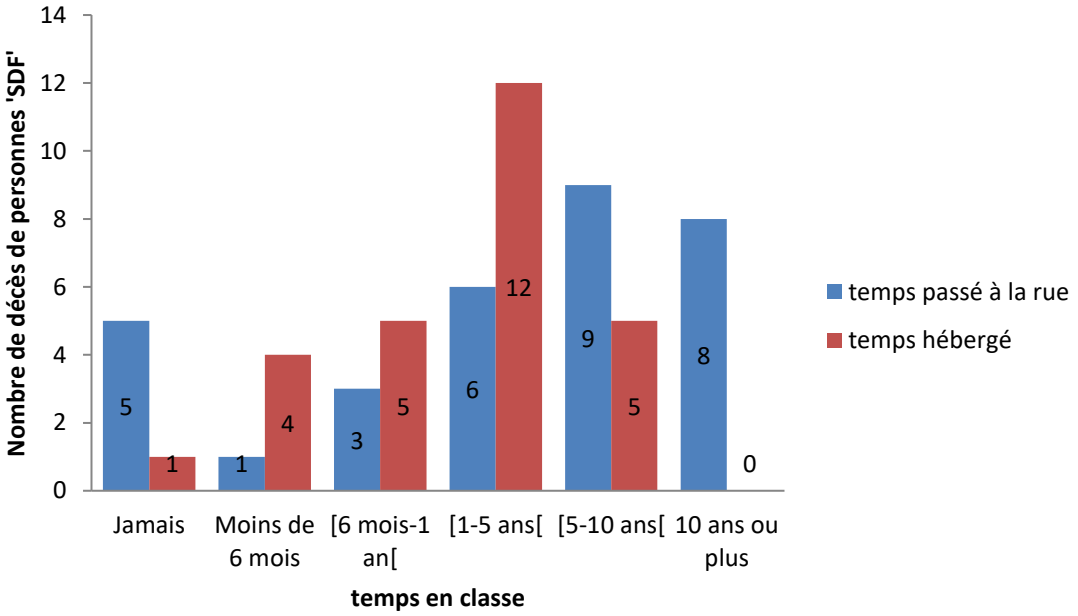

Fig. 30 Temps passé à la rue et en hébergement en classes, pour les personnes 'SDF' décédées en 2017 dans les Hauts-De-France. Les taux de réponse sont 55% et 47%.

Les personnes 'SDF' décédées ont pour la plupart des personnes vécu plusieurs années à la rue : 9 des 58 ont passé entre 5 et 10 ans dans la rue, 8 de ces 58 plus de 10 ans.

La plupart vécu entre 1 et 5 ans en hébergement.

Malheureusement le temps passé à la rue et en hébergement n'est pas très bien renseigné. En PACA nous avons une réponse pour seulement 27% et 16% des décès. En Hauts-De-France, le taux de réponse est 55% et 47% respectivement.

7.4. Lieu de décès

Le graphique ci-dessous donne un aperçu des lieux où le décès a été constaté pour les Hauts-De-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec un rappel des chiffres nationaux afin d'établir une comparaison.

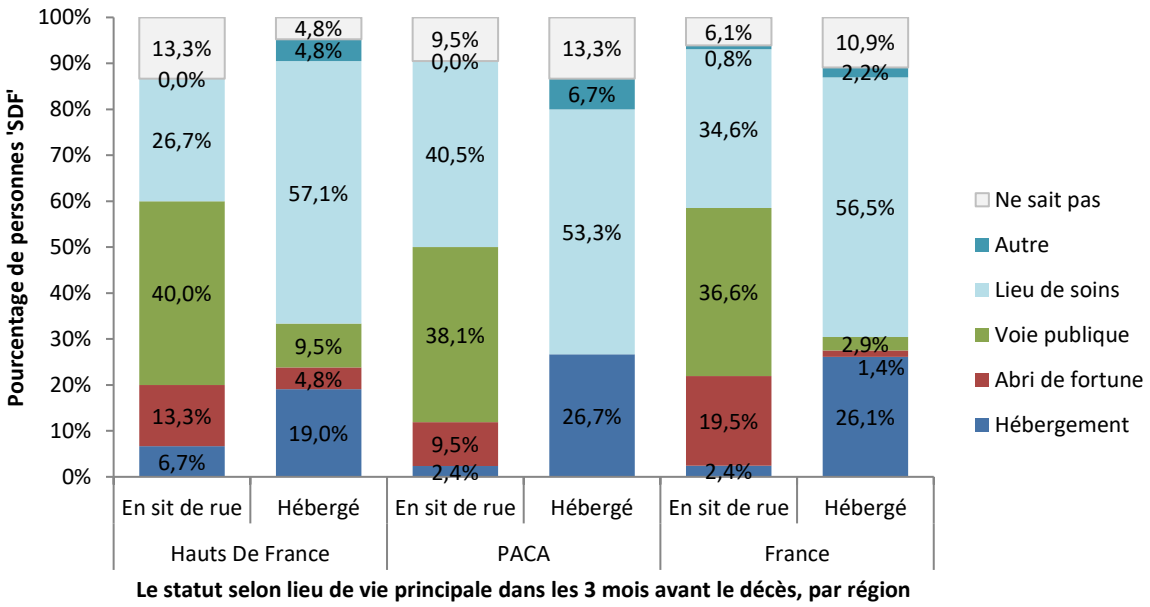

Fig. 31 Répartition des lieux de décès des personnes 'SDF', selon le lieu de vie principale dans les 3 mois précédant le décès en Hauts-De-France, PACA et France entière

Dans les 3 zones géographiques on constate que les personnes en situation de rue décèdent beaucoup plus sur la voie publique et dans des abris de fortune et moins ; le pourcentage est bien moindre dans les lieux de soins que pour les personnes hébergées. La différence est plus accentuée dans les Hauts-De-France : un peu plus de 25% des personnes en situation de rue décède à l'hôpital, contre presque 60% des personnes hébergées.

Pour toute la France, le pourcentage oscille entre 30 et 40% des personnes en situation de rue décèdent sur la voie publique. La même tendance peut être remarquée pour les deux régions.

7.5. Causes et circonstances de décès

Les 2 régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-De-France montrent une répartition semblable aux autres régions : un tiers de décès sont dû à cause externe et un tiers de décès dû à une maladie ou à une mort naturelle.

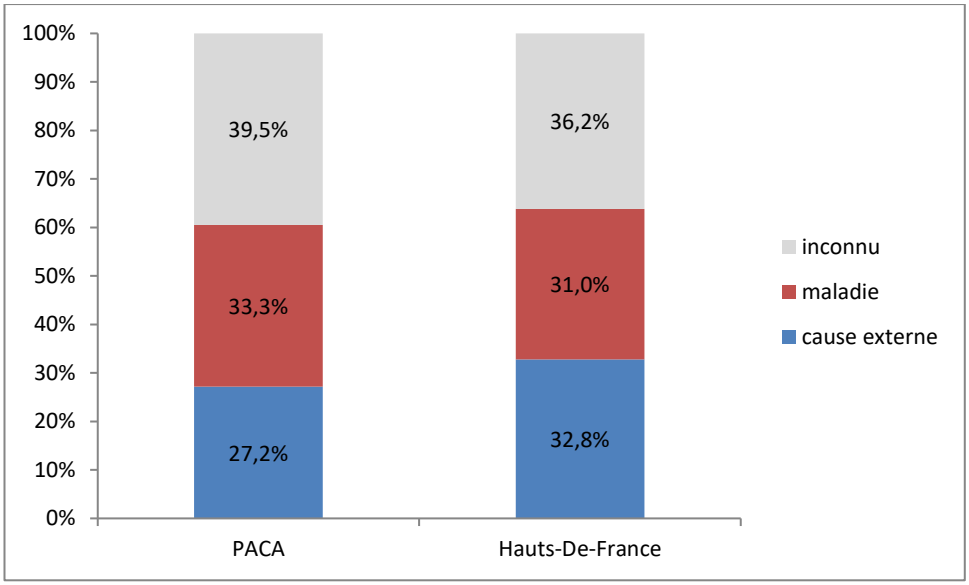

Fig. 32 Répartition des causes de décès pour les personnes 'SDF' décédées en 2017, PACA (n=81) et Hauts-De-France (n=58)

Le signalement des décès vient pour 31% et 36% des média – un peu moins que la moyenne de toutes les régions. Ceci pourrait expliquer la proportion élevée des causes externes. Par ailleurs dans ces 2 régions beaucoup de jeunes migrants meurent en passant les frontières ; ils meurent donc de mort violente. (7 décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 8 décès dans les Hauts-De-France.) La proportion de causes externes élevée peut donc être réelle, due aux décès violents de jeunes migrants recensés presque exclusivement (15 sur 18) dans ces deux régions ; cela n'est pas dû à un biais de signalement.

En regardant en détail les types de décès selon le statut de la personne 'SDF', on peut noter des différences entre les Hauts-De-France et la région PACA :

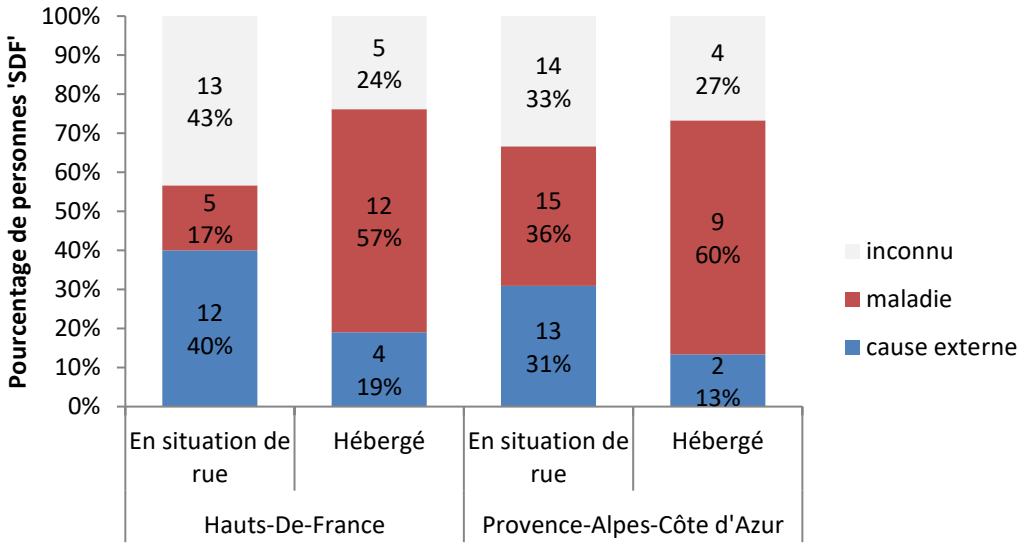

Fig. 33 Répartition des causes de décès pour les personnes 'SDF' décédées en 2017 selon le lieu principale de vie dans les 3 mois précédant le décès, Hauts-De-France et PACA en nombre absolu et pourcentage.

Dans les deux régions, les personnes en situation de rue décèdent plus de causes externes que les personnes en hébergement. Dans ce graphique, les proportions de types de décès 'inconnu' sont plus faibles que pour toutes les personnes 'SDF' confondues ; parce que les personnes 'probablement 'SDF', avec un taux de réponse très faible pour ce variable, sont exclues si on se limite à celles en situation de rue et hébergées. Néanmoins, pour les personnes en situation de rue, 43% des types de décès en Hauts-De-France et 33% des types de décès au PACA est resté inconnu ; si ceux-ci était mieux renseignés, la différence entre les personnes en situation de rue et celle hébergées pourrait être moins aiguë.

7.6. Addictions, santé mentale et suivi médical

Le tableau ci-dessous montre la prévalence des addictions parmi les adultes 'SDF' décédées en 2017 dans les deux régions PACA et Hauts-De-France. Dans la troisième colonne, les pourcentages pour la France entière sont repris, afin de faciliter la comparaison:

Tableau 7 Prévalence des addictions parmi les personnes 'SDF' décédées en 2017 en PACA, Hauts-De-France et en France

	Provence-Alpes-Côte d'Azur n=80	Hauts-De-France n=55	France n=498
Ne sait pas	54 (73,8%)	25 (45,5%)	289 (56,6%)
Alcool	17 (21,3%)	22 (40%)	139 (27,9%)
Drogue	5 (6,3%)	13 (23,6%)	47 (9%)
Médicaments	2 (2,5%)	2 (3,6%)	15 (3%)
Alcool et drogue	4 (5%)	9 (16,4%)	30 (6%)
Médicaments et drogue	2 (2,5%)	2 (3,6%)	11 (2,2%)
Alcool et médicaments	2 (2,5%)	2 (3,6%)	12 (2,4%)

La prévalence d'addiction à l'alcool et aux drogues parmi les personnes 'SDF' décédées dans les Hauts-De-France est plus élevée que parmi celles décédées qu'en PACA et en France en général. La co-dépendance à l'alcool et à la drogue est également plus forte parmi les personnes 'SDF' décédées dans les Hauts-De-France. Néanmoins dans chaque région, 2 des personnes 'SDF' souffraient d'une co-dépendance aux drogues, alcool et médicaments.

Nous ne sommes pas en mesure de dire avec certitude si les addictions sont réellement plus fortes parmi les personnes 'SDF' décédées dans les Hauts-De-France ou si cette différence est le fait d'un meilleur taux de réponse ; en fait nous avons des minima pour chaque addiction ; et pas de réponse pour plus de la moitié des personnes 'SDF' en France et presque le trois quarts pour PACA.

Pour les troubles mentaux, les analyses montrent des résultats identiques :

Tableau 8 Présence de troubles mentaux parmi les personnes 'SDF' décédées en 2017 en PACA, Hauts-De-France et France

	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Hauts-De-France	France
Non	6 (7,5%)	13 (23,6%)	90 (18%)
Oui	7 (8,8%)	12 (20,7%)	77 (15,5%)
Ne sait pas	67 (83,8%)	30 (54,5%)	331 (66,5%)

Le tableau montre une prévalence minimum de troubles mentaux plus élevée dans les Hauts-De-France qu'en PACA et en France en général. Nous avons une concordance de résultat pointe avec ce qui a été vu dans le paragraphe 6.3. sur la santé mentale : avec l'augmentation du taux de réponse, la prévalence de troubles mentaux monte.

Récit de vie

Jacques, a vécu plus de 10 ans à la rue.
Il a fallu un long travail des « maraudeurs » afin qu'il accepte de rejoindre un hébergement. Puis il lui a fallu de nombreux aller-retour avec la rue et des lieux de soins avant d'accéder à une pension de famille. Il y était bien. Heureux d'être chez lui, avec sa radio. Il lisait aussi et restait en lien avec ses amis de la rue, et les associations qui l'avaient accompagné. Il était vraiment content d'être chez lui, tranquille. Il y est resté presque jusqu'à la fin, avant de rejoindre des soins palliatifs les deux dernières semaines. Lors de son inhumation, ils étaient là : les amis de rue, les riverains, les voisins de la pension de famille, les salariés et bénévoles d'associations... sa famille n'a pas été retrouvée.

Ce récit est un parcours réel dont les éléments identifiants ont été modifiés pour respecter l'anonymat et la dignité de la personne et ses proches.

PARTIE II : L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES 'SDF' A PARIS

1. Contexte

Le nombre de décès des personnes 'SDF' , leur parcours et les facteurs associés au décès sont difficiles à étudier à travers une étude purement quantitative : il s'agit d'une population pour laquelle la définition et les critères d'inclusion sont compliqués ; les parcours sont complexes, souvent fragmentaires , les personnes interrogées dans l'étude D&D n'ont souvent pas les réponses aux questions ; à cela s'ajoute le secret médical ou professionnel véritable frein au partage d'informations qui aurait permis de majorer l'analyse sur les déterminants du décès. Les données recueillies sur la présence de comorbidités et sur le parcours d'hospitalisation de certaines personnes (voir section 6) n'offrent pas une image complète de la réalité vécue par la personne pendant sa maladie, et pendant son parcours de soin.

Nos chiffres montrent un âge moyen de décès des personnes 'SDF' en France de 50,6 ans, une grande partie d'entre elles mourant de maladie. Alors qu'en est-il de leur accès aux soins et quelles sont les difficultés rencontrées pour une prise en charge de qualité? Une partie des personnes 'SDF' décédées était probablement atteinte de troubles psychiatriques et avait des addictions : dans quelle mesure ceci a t'il joué sur le décès prématuré, et quels soins leur sont accessibles ?

2. Méthodologie

De nombreux articles ont été consacrés aux barrières de l'accès aux soins pour des populations en précarité et 'SDF'[37–39]. Nous reprenons la définition de Levesque sur celui-ci ; c'est *'la possibilité d'obtenir des services de soins appropriés selon le besoin'*[40]. Cet accès est donc composé de plusieurs éléments, dont certains liés aux caractéristiques du patient, et d'autres aux caractéristiques du système de santé.

Pour répondre aux questions ci-dessus, nous avons réalisé une recherche qualitative exploratoire. Le but de ce complément est de mieux comprendre les dynamiques derrière la morbidité et la mortalité plus élevées de cette population et d'alimenter les réflexions pour améliorer l'accès aux soins aux personnes 'SDF'.

Sept entretiens semi-structurés ont été menés par l'épidémiologiste du CMDR. Le guide d'entretien se trouve dans l'annexe 4. Quatre participants aux entretiens sont des professionnels d'associations parisiennes qui ont signalé plusieurs décès au CMDR au cours de l'année 2017. Ces associations ont été choisies en s'assurant que des services de différents types étaient inclus : des maraudeurs, des personnes travaillant dans des centres d'hébergement et dans des accueils de jour. De plus nous avons inclus trois participants travaillant dans des structures médicales : des Lits Halte Soins Santé (LHSS) et une structure de soins psychiatriques.

Trois de ces sept entretiens ont été transcrits ad verbatim à partir des enregistrements audio; pour les autres, des notes détaillées ont été prises à partir des enregistrements. Une analyse des entretiens a été réalisée selon les principes de *l'analyse du contenu thématique*[41], avec des catégories développées basées sur la littérature, complétées et adaptées en fonction des thèmes émergeant des entretiens.

3. RESULTATS

Les résultats de cette étude exploratoire donnent une première idée des barrières à l'accès aux soins comme vécu par les professionnels médicaux spécialisés dans les services ou soins pour personnes 'SDF'. Ces barrières à l'accès aux soins peuvent être regroupées dans les catégories suivantes selon le modèle de Peters *et al.*[42] ; chaque catégorie est composée de plusieurs barrières :

Tableau 8. Barrières à l'accès aux soins (pour des personnes 'SDF' à Paris) identifiées dans les entretiens et classées en 4 catégories selon le modèle de Peters et al.[42]

Catégorie	**Barrière**
Accessibilité géographique	Proximité des services Mobilité des personnes 'SDF'
Disponibilité et capacité	Temps d'attente Attitude et communication Nombre de places et lits
Coût	Coût direct et difficultés administratives Coût d'opportunité et priorités de vie
Acceptabilité	Attitude des soignants Collaboration entre les équipes médicales et sociales Gestion des comorbidités ou co-difficultés

3.1. Accessibilité géographique

Proximité des services

Plusieurs interlocuteurs mentionnent l'importance pour les patients de bénéficier de la proximité géographique de soins médicaux. Devoir traverser la ville est une barrière importante : il y a le coût direct des transports, temps employé pour se rendre à un service éloigné, ou à plusieurs services différents engendrant des coûts d'opportunité importants (voir 3.3.). Là où les personnes 'SDF' peuvent rencontrer des priorités concurrentes, les soins de santé seront considérés, alors, encore moins faisables ou moins urgents. Cette réalité joue, entre autres, dans le choix de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS):

> *« Si tu passes à le PASS de Cochin, à la PASS de la Salpetrière ou à la PASS de je ne sais pas où dans le nord, Robert-Debré, et on sort avec les ordonnances, il faudra de toute façon passer à la pharmacie centrale qui est à L'Hôtel-Dieu. ; on adapte l'accompagnement parce qu'on sait*

que la personne n'ira jamais à l'Hôtel Dieu enfin ça va être très compliqué de l'amener à un tas d'hôpitaux différents» (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

Dans ce cas, la pharmacie centrale est à côté de l'endroit où se fait la consultation médicale ; elle permet de « passer la barrière ».

Peu de participants ont mentionné l'utilisation des services des médecins de ville, généralistes libéraux. En revanche, les centres de santé de la ville de Paris implantés dans cinq arrondissements, semblent privilégiés pour les soins de première ligne, surtout pour les personnes hébergées.

La présence de personnel médical dans des lieux où d'autres services sont disponibles, est encore une façon de gommer la barrière géographique :

« Et c'est surtout que, une fois sur place, il [la personne SDF] s'est coupé les cheveux, il s'est douché, il s'est habillé de propre..: "Mais tiens il y a un médecin là! [$) Dis-donc on a vu que tes pieds étaient abîmés dans la douche - on va le voir?" On va le voir. Puisque c'est sur place, c'est maintenant, c'est toute suite, c'est facile. " (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

Pour les soins psychiatriques ambulatoires, le dispositif le plus récurrent est le Centre Médico-Psychologique (CMP), structure du droit commun rattachée à un hôpital public, avec des équipes pluridisciplinaires et des consultations gratuites. La sectorisation de la psychiatrie impose néanmoins qu'un patient soit lié à un CMP de proximité de son domicile ; ceci, malgré une plus grande flexibilité du système, pose parfois des problèmes pour les personnes 'SDF' :

« La sectorisation [pour les soins psychiatriques] des gens ne peut pas toujours se faire à partir d'un centre d'hébergement […] Ils [Les personnes SDF] étaient dispatchés partout dans la ville. On a eu plusieurs échecs à cause de ce système. » (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

Mobilité des personnes 'SDF'

Même si à un moment donné, des services de soins peuvent être près du lieu de vie de la personne, tant que celle-ci ne s'est pas fixée quelque part, le suivi reste très compliqué et le risque de rupture de soins, élevé :

« Bien souvent c'est aussi des personnes [SDF] qui sont très volatiles au niveau géographique. Ils changent d'arrondissement où tout est sectorisé donc on perd leur trace pendant des mois voire des années. » (Homme, travailleur social maraude entretien 1)

Par rapport aux soins psychiatriques, la même difficulté se pose :

L'idée est que le suivi doit être un suivi de proximité par rapport au lieu de vie. […] une fois qu'ils sont posés, après là, on peut leur faire rentrer dans le droit commun. Tant que les gens changent de lieu de vie ou de centre d'hébergement chaque nuit, cela ne sert à rien de leur donner une adresse d'un CMP. (Homme, médical dans une structure de soins psychiatriques, entretien 6)

3.2. Disponibilité et capacité

Le nombre de places

Le nombre de places est insuffisant dans les différents types de structures essentiels : les lits dans les hôpitaux, aux LHSS, aux Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et dans les centres d'hébergement. Tous les participants aux entretiens mentionnent cette insuffisance comme étant une des barrières majeures pour un bon accès aux soins. Ces structures sont liées entre elles, et quand un type de structure n'a pas de places, l'autre en subira les conséquences, avec comme résultat final une gestion sous-optimale des places, une mauvaise prise en charge médicale des personnes 'SDF' et dans le pire des cas, une remise ou un retour à la rue de la personne, avec toutes les conséquences imaginables sur le plan sanitaire.

D'abord il y a la capacité des hôpitaux qui semblent être sous pression ces dernières années. Les soignants ont moins de temps, doivent être plus rationnels avec les moyens : la durée d'hospitalisation est plus courte ou alors les soins se font en ambulatoire:

> *« Les travailleurs sociaux sont toujours outrés par les retours à domicile précoces. Mais on n'a plus de lits, il y a 20 ans les gens seraient restés un peu plus, cette époque est terminée. On rentre à domicile et on n'est pas toujours droit sur ses deux jambes. Parfois on doit se battre pour avoir une journée, 2 journées de plus »* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

> *« Les hôpitaux de plus en plus se déchargent un peu sur les LHSS – les hôpitaux ne se gênent pas d'ailleurs pour nous dire, si vous ne la reprenez pas cette personne, on la remet dehors »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Pour les hospitalisations en psychiatrie, le manque de places est aussi ou même plus aigu :

> *« Il y a aussi un manque de lieux de soins psychiatriques pour des gens qui ont des pathologies graves. La France manque cruellement d'hébergement pour des gens très vulnérables psychiatriquement. »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Un participant raconte son expérience inverse à savoir que des hôpitaux ont fait l'impossible pour garder un patient sevré de l'alcool, afin de ne pas le remettre à la rue, lorsque le système d'hébergement est défaillant :

> *« ça fait 5 mois et demi qu'il [la personne SDF] est entre les 2 hôpitaux, parce que les hôpitaux considèrent qu'il est trop dangereux de le remettre dehors et ce serait tout un travail foutu en l'air »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

Les LHSS, conçus pour être des structures de soins légers où les gens restent 2 mois renouvelables, sont pleins ; ils accueillent à présent un public avec des pathologies compliquées et chroniques, ce qui n'était pas leur mission de départ. Une fois rétablies ou stabilisées, les personnes 'SDF' ne sont, heureusement pas remises à la rue ; néanmoins comme il n'y a pas de réelles solutions à la sortie , des personnes restent parfois des années dans les LHSS occupant ainsi les places de celles qui en auraient besoin et qui de ce fait restent à l'hôpital ou repartent à la rue.

« Ils [les LHSS] sont victimes aussi un petit peu de leur succès, de la demande qu'il y a. Et effectivement comme les gens ne sortent pas quand il n'y a pas de place d'hébergement à la sortie, beh ils sont très embolisés en fait. » (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

« La moitié des personnes ont fini les soins et pourraient sortir » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Les sorties vers d'autres structures à partir de ces LHSS rencontrent plusieurs obstacles. Vu les caractéristiques du public, la plupart des sorties devrait se faire vers les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Malheureusement, les admissions aux EHPAD des personnes 'SDF' semblent être freinées par l'image que les gérants d'EHPAD ont de ce public :

« Ce qui leur fait peur c'est les gens de la rue.[…] Mais il y a vraiment une étiquette, et c'est terrible. On a plein de refus à cause de ça. » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Une partie du public accueilli dans les LHSS relèverait d'un LAM : il s'agit de personnes atteintes de pathologies lourdes avec un pronostic assez sombre et ayant besoin de soins spécialisés. Malheureusement, les LAM eux aussi sont pleins :

« Il y a les LAM, les Lits d'Accueil Médicalisés, qui existent, mais il n'y a pas de place en fait ; donc on fait des dossiers. Il y a 25 places, sur Paris, en région parisienne, on fait le dossier, parce que on se dit, au moins dans le dossier de la personne, on sait que cette personne relève de ce type de structure peut-être un jour, à force de le dire, ça permettra qu'il y ait des lits ouverts » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Pour les personnes 'SDF' plus jeunes et moins dépendantes, une sortie adaptée serait l'accueil au sein des structures d'hébergement et d'insertion. Là encore le manque de places est important.

« Déjà l'obstacle c'est qu'on a peu de places, ça c'est le gros obstacle. Il y a plein de gens qu'on aimerait pouvoir orienter sur des structures comme ça et qui vont rester pendant des semaines voire des mois ici et parfois ils ont tellement marre d'attendre qu'ils partent, qu'ils vont retenter leur chances dehors. » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

De plus, la sortie avec accueil en centres d'hébergement se complique davantage après un long séjour en LHSS ; en effet les personnes ont créé des liens et un ancrage s'est opéré ; un déménagement représentant un nouveau déchirement, il doit se préparer. Les sorties précipitées comportent un risque d'échec important :

« Partir d'ici ça se prépare. On n'aime pas quand on nous propose une place.. en disant, voilà après-demain vous avez une place sur un tel endroit.. ça c'est pas gagné du coup, on a besoin de plus de temps pour préparer. […] Ça capote dans un tiers des cas, avec des retours à la rue derrière. Sauf qu'il y a tellement peu de places qu'on ne peut pas refuser non plus. » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

La communication

La pression temporelle sur les soignants, les restrictions budgétaires et le « devoir faire toujours plus avec moins » a également ses répercussions sur leur qualité de communication. Les personnes les plus vulnérables en ressentent alors les conséquences : le médecin ne prend pas un temps suffisant pour expliquer le diagnostic, le processus de soins, le pronostic ; le patient ne comprenant pas le parcours, n'adhère pas à la thérapie et refuse les soins.

> *« Le secteur médical se veut facilement illisible. Ça évite de devoir expliquer et devoir prendre du temps. » (*Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

Les difficultés linguistiques peuvent être réelles mais sont également un prétexte pour renvoyer la personne ailleurs ; ou la faire revenir avec un traducteur sans qu'elle consulte un médecin :

> *« Un truc qui est très souvent problématique c'est la langue. Les deux tiers des personnes à la rue ne sont pas français, dès qu'il y a une toute petite difficulté de communication, le service d'hospitalisation ne va pas s'embarrasser de ça et ils vont lui dire de revenir, l'envoyer ailleurs »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

Un service de traduction pendant la consultation ou un accompagnement par un membre d'une équipe sociale (travailleur social, médical ou bénévole,) suivi d'une traduction, selon le cas, se révèle indispensable si l'on veut collecter les informations essentielles.

Le temps d'attente

Comme pour la distance, le temps d'attente est une barrière importante à cause des priorités concurrentes, des coûts d'opportunité, et aussi dans certains cas, des difficultés pour se conformer aux normes sociales du comportement. Le sentiment de renfermement qui peut être un frein à l'acceptation d'une place en hébergement ou dans un centre d'hébergement (voir section 3.4.) peut rendre l'attente dans un cabinet ou aux urgences compliquée.

> *« Mais il y a des services d'urgences où il y a quand même 7 heures d'attente, donc c'est vrai que ça puisse être long.* » (Homme, médical dans un centre d'hébergement, entretien 4)

> *« C'est vrai, […] des fois des gens ne sont pas bien .. formés ou ne sont pas.. Suffisamment attentifs à ça en fait, quelqu'un qui a vécu 25 ans dans la rue bien sûr il ne va pas se comporter en tant que gentleman comme tout le monde »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

L'accompagnement d'un patient permet de faciliter la gestion de ce temps d'attente ou de l'accélérer en se référant à des personnes qui permettent de le faire passer plus vite.

> *« Je sais que s'il [la personne SDF]se présente, il va aux urgences, il a mal à l'oeil par exemple. Il va attendre 3h50 aux urgences et qu'il ne pourra pas tenir 3h50 dans la salle d'attente et du coup ça rendra impossible son accès aux soins […] J'appelle l'assistante sociale en lui disant voilà on va accompagner un monsieur [..] est-ce que tu peux le faire passer un peu devant […] c'est un monsieur qui ne va pas tenir dans la salle d'attente»* (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

> *« En fait moi quand j'ai commencé à travailler, un des objectifs c'était surtout d'accompagner des gens à l'hôpital pour, un, leur donner le courage d'y aller, deux, leur tenir compagnie*

pendant la période d'attente. Parce que en fait ce qui est dingue c'est que on voit des gens [les personnes SDF] qui restent toute la journée à attendre, à attendre qu'une pièce tombe, que les gens passent que ci que ça, ils attendent ils attendent, misérablement comme ça, il ne se passe rien, mais ils attendent. Pourtant quand on les met dans une salle d'attente ils ne passent pas 5 minutes, ils n'en peuvent plus. C'est impossible de les garder plus d'une demi-heure dans une salle d'attente, c'est quelque chose de terrifiante. Donc il faut les garder, il faut les entretenir » (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

3.3. Coût

Coût direct et difficulté administrative

Dans ces entretiens, le coût des services de soins n'est pas mentionné explicitement comme barrière. En fait, la mise en place de dispositifs comme la Protection Universelle Maladie (PUMA), la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), L'Aide Médicale d'Etat (AME) et l'existence des Points d'Accès aux Soins de Santé (PASS) laisse penser que le coût des services n'est pas une barrière comme c'est le cas dans d'autres pays. Mais la complexité du système freine l'accès aux droits et aux soins de nombreuses personnes.

« Il y a les centres de soins de la mairie de paris, où maintenant on demande de payer, maintenant ce n'est plus gratuit, en tout cas pas tous.» (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

« A un moment donné on fait des pieds et des mains pour obtenir une domiciliation, c'est énorme, c'est hyper compliqué d'avoir une domiciliation, pour pouvoir ouvrir les droits AME. Pour juste avoir un petit traitement un jour. Et en fait, au bout de un an, la personne n'aura plus l' AME, n'aura plus la domiciliation et il faudra tout recommencer. L'AME c'est à renouveler. » (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

L'accompagnement par un travailleur social ou par quelqu'un sachant naviguer au sein du système est essentiel pour affronter les difficultés administratives et les pratiques des équipes soignantes : même si les personnes sans sécurité sociale ont droit en théorie à des consultations ou des examens, elles ne sont pas pour autant prioritaires et n'obtiennent pas toujours gain de cause :

«Et puis même les urgences, dans certains hôpitaux, quand c'est quelqu'un de la rue qui n'a pas la sécurité sociale – ils sont obligés de le voir donc il sera vu hein... Mais juste vu, il n'y a rien de plus qui va se passer, même pas un bilan de sang, pas un radio, rien. » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

« [On accompagne la personne 'SDF'] pour qu'il soit bien traité par le docteur et l'équipe médicale, parce que sinon on leur parle comme à des chiens et à la limite on fait ça vite fait comme ça puis il sort. » (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

Coût d'opportunité et les priorités de vie

Le temps dépensé au parcours de soins est à soustraire des choses essentielles : ce coût d'opportunité peut être substantiel : ne pas pouvoir « faire la manche » pour avoir de quoi manger, ne pas être sur le lieu de vie pour garder sa place ou ses affaires, manquer de moments de

convivialité avec les copains, seuls plaisirs dans une vie bouleversée et pleine de ruptures sociales. Ces facteurs accumulés amènent une personne à renoncer à une consultation ou à la recherche des médicaments.

> *« Sans compter que quand on est à l'hôpital on ne fait pas la manche, donc on n'a pas de cigarettes etcetera.»* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

Ce paramètre est également à mettre en lien avec la présence d'autres difficultés plus immédiates et plus importantes à gérer que la santé.

> *« Quand la santé n'a pas été la priorité pendant 20, 15 ans, il est difficile de remettre ça au premier plan. »* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

> *« Ce que m'a expliqué une fois un patient, quand on est tout le temps dans la survie, on n'est pas dans la vie, 'Où c'est que je vais aller manger, où c'est que je vais aller me laver,..' on est dans la survie. »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Pour certains, le coût d'opportunité est lié à la consommation d'alcool, et celle-ci est prioritaire sur les soins ou autres démarches :

> *« La priorité pour lui c'est la bouteille. […] Pour lui ça prend la place, c'est la première place. Avant les soins.* (Homme, médical dans un centre d'hébergement, entretien 3)

3.4. Acceptabilité

L'attitude et perception de certains soignants

Tous les participants ont mentionné l'importance de l'attitude des soignants ; négative celle-ci peut engendrer l'échec de prise en charge de personnes 'SDF' (personnes en situation de rue comme hébergées). Ces dernières ressentent l'absence de respect à leur égard, se sentent rejetés et stigmatisés une fois de plus. Ces expériences négatives sont mentionnées aux services d'urgences :

> *« Globalement quand on est un peu crado, ça ne se passe pas bien. »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

> *« Donc il a fallu ça, il a fallu qu'on tombe sur une équipe soignante qui soit plus ouverte peut-être, sensible, plus à l'écoute du patient, qui comprenne la problématique »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

Les collaborations pour la première ligne se font aussi surtout en fonction de la sensibilité des soignants. Ici encore, les centres de santé de la ville de Paris sont appréciés car le personnel est habitué à travailler avec des personnes en situation de précarité :

> *« Sur les partenariats qu'on a créés, c'est qu'avec des gens [soignants] qui ont cette sensibilité-là. Avec les médecins de ville, les médecins libéraux, on a très peu de partenariats. »* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

La perception négative de la population 'SDF' peut aussi s'élargir globalement aux professionnels travaillant avec elle et cela complique alors la collaboration et les échanges :

> *« On est soignant au même titre que les gens qui bossent à l'hôpital, qui bossent en EHPAD, mais aussi bien pour le public que pour les soignants, il y a une étiquette, on nous a déjà dit que on fait de la médecine vétérinaire, c'est des choses qu'on peut entendre »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Les préjugés de certains soignants peuvent influencer la prise en charge et la proposition ou non proposition de soins ; en effet les soignants anticipant un échec ou l'incapacité de la personne 'SDF' à compléter un parcours de soins en viennent à ne pas proposer une cure ou ne pas évoquer l'arrêt du tabac:

> *« On manque d'ambition pour nos patients, on veut que tous les gens, que les étudiants s'arrêtent, que les collègues s'arrêtent etcetera, mais à la limite pourquoi on n'a pas cette ambition pour nos patients précaires? »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

> *« L'hépatologue traite la cirrhose etcetera, mais ne propose pas de consultation [en addictologie]– il y a cette représentation qui se fait, que le sevrage sera forcément un échec. » (*Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

On note aussi des comportements inverses ; des soignants et travailleurs sociaux voulant à tout prix aider une personne agissent à sa place . L'enjeu pourtant est de respecter le rythme du patient et de prendre le temps qu'il faut :

> *« Je trouve que ça ne sert à rien de envoyer les gens [personnes SDF] à un CSAPA [centre de soins et de prévention en addictologie] si ils ne sont pas capables de descendre un étage, alors qu'ils ne sont pas là à mon rendez-vous alors qu'ils n'ont qu'à un étage à descendre »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Les expériences du patient

L'image que les personnes 'SDF' ont de l'hôpital, des médecins ou soignants en général est souvent basée sur une expérience vécue. Si celle-ci a été mauvaise dans le passé elles peuvent ne plus vouloir de contact avec le personnel et refuser d'aller à l'hôpital.

> *« Je constate beaucoup d'expériences négatives du système de santé, c'est-à-dire des expériences par le passé qui ont été traumatisantes, qui ont été stigmatisantes [et qui provoquent des réactions comme] je ne remettrai plus jamais un pied à l'hôpital*. » (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

> *« Ils ont vraiment pour 90% pourcent des cas des très mauvais souvenirs de leur passage en milieu hospitalier ou sur des structures de soins.»* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

La collaboration entre le social et le médical

Pour un accompagnement optimal d'une personne, les équipes sociales et médicales doivent se rencontrer. Les travailleurs sociaux chargés d'un accompagnement dans le temps connaissent des fois la personne de près, et sont à même de constater une évolution ou une dégradation ; les avis peuvent différer de ceux des soignants :

> *« D'une manière globale les travailleurs sociaux ont du mal à travailler avec les soignants et les soignants ont du mal à travailler avec les travailleurs sociaux. On n'est pas sur les mêmes champs d'application de nos métiers et on a des fois des diagnostics bien différents de*

situation - ou des priorités qu'on fixera différemment (Homme, travailleur social maraude, entretien 1)

Parfois les protocoles médicaux des structures hospitalières sont remis en question parce que des éléments sociaux les rendent difficiles à appliquer. Les équipes travaillant avec les personnes 'SDF' se battent pour que les parcours de soins soient moins rigides. Il faut trouver un équilibre entre les soins optimaux et les soins acceptables selon le patient afin qu'il puisse les intégrer dans son quotidien.

> *« Faire comprendre aux professionnels en face de nous quelles sont les choses auxquelles on ne parviendra pas – les prises en charge ne sont pas idéales; , dans un parcours global pour une personne lambda, on aurait fait toutes ces petites étapes dans l'ordre etcetera, et que, avec ce monsieur, avec cette dame on n'arrivera pas. Est-ce que c'est pour autant un motif pour abandonner? Moi je me bats pour que non, mais dans l'esprit de certains professionnels, ce n'est pas toujours le cas.* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

Présence des comorbidités / co-difficultés : psychiques, somatiques, sociales

La barrière mentionnée par tous et relative à toutes celles mentionnées ci-dessus, est la coexistence d'une multi-problématique : les difficultés physiques, psychiques et sociales ont un effet multiplicateur plus qu' additif.

Troubles psychiatriques

Les problèmes psychiatriques d' une personne peuvent l'empêcher de prendre soin d'elle, ou compliquer les soins somatiques :

> *« On a beaucoup, beaucoup de patients avec des troubles psychiatriques. Alors ce n'est pas le motif d'entrée, mais ça s'ajoute. »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

> *« Un tiers présente des troubles psychiques graves. […] de fait leur compétence à organiser leur vie est amoindrie par cette pathologie, ça peut entrainer des refus.* (Homme, médical dans une structure de soins psychiatriques, entretien 6)

> *« Il faut que l'alliance thérapeutique soit bonne […][les soins psychiatriques] sont le socle sur lequel on construit autre chose.»* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

Les troubles psychiatriques semblent aussi associés à des addictions. Le traitement des personnes doit à la fois tenir compte des problèmes physiques, des problèmes mentaux et des addictions.

> *« Nous, on a des patients de psychiatrie pure qui ne sont pas du tout addicts; mais quand il y a l'addiction, c'est rare qu'il n'y ait pas un trouble psychiatrique. »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Par ailleurs une pathologie psychiatrique n'est pas toujours handicapante et un traitement pas systématique :

> *« Il faut pas oublier que la rue ça rend fou, la rue ça déprime, la rue, ça...[…] Il y a des gens qui ont vraiment besoin d'un traitement, parce que au départ il y avait une maladie psychiatrique, et vous en avez d'autres, si ils retrouvent à faire des liens, à comprendre, à*

soigner un peu certaines ruptures ou certaines pertes, […] ils n'ont pas forcément besoin d'un traitement psychiatrique. » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Les ruptures sociales

Les difficultés sociales du patient, l'absence d'un vrai réseau de soutien dans un parcours de soin, peuvent être la cause de son refus à se faire soigner ou d'un échec des soins mis en place :

« Le parcours de vie fait que les gens qui ont vécu dans la rue longtemps, se présentent comme n'ayant plus d'accroche à quelque chose qui pourrait les retenir. Pourquoi vous voulez que je me soigne, quel sens ça apporte que je me soigne, moi ? » (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

L'absence d'un véritable réseau de soutien pendant un parcours de soins ou une cure, peut conduire à l'échec ; on observe cette difficulté particulièrement lors d'un sevrage d'alcool ; celui-ci déjà difficile pour tout individu l'est encore plus pour des personnes sans famille ou proches les entourant.

« Il n'y a pas de famille, il n'y a pas de travail, il n'y a pas beaucoup de choses avec lesquelles on peut travailler pour donner envie aux gens d'aller mieux. (…) Le défi c'est proposer des choses positives pour leur santé physique et psychique pour des gens qui ont beaucoup de ruptures, beaucoup de pertes » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

Même si lors d' une cure ou d'un parcours de soins, les personnes 'SDF' ne peuvent pas compter sur leur réseau, on observe néanmoins des liens sociaux forts dans leur quotidien. Plusieurs participants décrivent les liens qui se forment dans la rue, la camaraderie et l'importance de cette vie pour la personne.

« Il y a une société qui se crée. Les gens de la rue, les voisins,… Finalement les gens dans la rue aussi ils ont une place qui est très approuvée, qui est entretenue, qui est appréciée, ils ont un groupe social, ils ont des fréquentations sociales, tout ça c'est une construction à part entière en fait. » (Homme, travailleur sociale maraude, entretien 3)

Pour une partie des personnes SDF en situation de rue depuis des années, la réinsertion est perçue comme extrêmement difficile, même impossible ; être hospitalisé ou soigné dans un LHSS est aussi très compliqué :

« Les gens au bout d'un moment finissent par avoir une défiance vis-à-vis les institutions, que ce soit l'hébergement, que ce soit le Pôle d'Emploi, le RSA, la CAF ét les hôpitaux. […] La rue, c'est une forme d'addiction. Il y a des gens qui en ont un usage extrême excessif, et d'autres qui consomment avec modération et avec retenue et contrôle. […] Il y a des gens qui sont très excessifs et qui ne pourront jamais en revenir en arrière » (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

« Ça [des gens qui quittent contre l'avis du médecin] peut arriver mais... On le sait…c'est en général, on le sent assez vite, on sent que la personne n'est pas prête. En général c'est parce que il y a un problème de sentiment de renfermement, de règles un peu trop strictes. Alors que vraiment vraiment on les assouplit les règles… on s'adapte aux gens » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Cependant un accident ou une hospitalisation en urgence peut provoquer un choc salvateur offrant une opportunité de réflexion, de remise en question de la vie de la personne :

> *« Un accident médical, un problème de santé va être un accélérateur de prise en charge. Tant qu'il n'y aura pas eu un accident, il n'y aura pas de raison réelle de remettre en question le mode de vie. Voilà, donc il y a des gens, des accidents c'est des comas éthyliques, c'est des crises d'épilepsie, c'est un vrai accident, une voiture qui roule sur le pied, un tabassage, ou voilà, un vrai accident. A ce moment-là, la personne est hospitalisée, hop hop on [l'équipe sociale] se dépêche parce que c'est à ce moment-là qu'on peut discuter avec la personne, pour le coup elle est là, il n'y a pas tout l'environnement qui parasite, elle est la et elle est sevrée, on apporte des clopes, et on discute»* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

Les addictions

Seule une partie des personnes 'SDF' vit avec des addictions. Mais ce qui est sûr selon les participants, c'est que les addictions ont un rôle important dans la morbidité et la mortalité prématurée des personnes 'SDF'.

> *«Les addictions sont responsables de la moitié des décès, la conséquence de l'addiction sur le long terme. »* (Femme, médicale dans un centre d'hébergement, entretien 5)

> *« L'alcool c'est le médicament de choix des gens de la rue : un somnifère, désinhibiteur des relations sociales, un analgésique, qui peut calmer les douleurs psy et les douleurs physiques. Quand on est à la rue, c'est très difficile de ne pas boire. »* (Homme, médical dans une structure de soins psychiatriques, entretien 6)

> *« Ici j'ai découvert vraiment les dégâts que peut provoquer l'alcool. On l'apprend dans les cours, on sait un petit peu, mais là on a vraiment un panel de pathologies et les gens sont dans des stades avancés de leur maladie, et on se rend compte que, oui, on peut finir dans un fauteuil roulant parce que on est alcoolique »* (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 7)

Les structures pour les cures savent encadrer les personnes 'SDF' et en ont l'habitude ; mais la difficulté est accrue chez une personne 'SDF' à cause de l'absence d'un entourage proche formant support et aussi projet de vie ; l'environnement de la rue ou le centre d'hébergement est perçu comme toxique et nocif pour toute tentative de cure.

> *« J'ai vu des gens qui ont essayé d'arrêter l'alcool mais ça n'a pas duré longtemps, dans la rue ça ne peut pas durer longtemps. »* (Homme, travailleur social maraude, entretien 3)

> *« On se dit ça va être compliqué en ambulatoire parce que il y a aussi le contexte. Tout ce qui se passe dans la rue, il y a le tramway, la station de tramway avec des gens, des personnes qui boivent aussi, il y a l'autre station de tramway pareil »* (Homme, médical dans un centre d'hébergement, entretien 4)

> *« On essaie de travailler un peu avec ce qu'on appelle le dispositif Premières Heures,* [un dispositif qui permet de reprendre du travail selon un rythme progressif] *(…) il y a un patient qu'on a eu, grâce à ça il a fait un sevrage […] C'est ça, c'est -ce que - alors, quand les gens arrêtent, ils se sentent mieux - alors qu'est-ce qu'ils vont en faire, du fait d'aller mieux.* » (Femme, médicale dans un LHSS, entretien 2)

4. Discussion

Cette étude est exploratoire et se limite à sept entretiens ; elle ne couvre donc certainement pas toutes les barrières rencontrées par les personnes 'SDF' dans l'accès aux soins. Nous avons néanmoins identifié des déterminants importants de ce non-accès ; ils sont hétérogènes et complexes et pas uniquement financiers. Cette étude, complémentaire à des analyses déjà réalisées sur l'accès aux soins en France [43–45] , est particulière car plus en lien avec la mortalité : nous avons essayé d'explorer des situations de personnes sans chez soi avec des pathologies graves, des maladies, où les difficultés de prise en charge médicale, psychologique ou sociale ont mené à une mort prématurée.

Les participants, selon l'expérience professionnelle de chacun, mentionnent plusieurs barrières à l'accès aux soins ; cela met en lumière la diversité des difficultés rencontrées par la population 'SDF' à accéder en temps voulu à des soins adaptés.

Les déterminants de morbidité des personnes 'SDF' sont complexes et sont sociaux, médicaux et psychiatriques ; les réponses sont souvent encore fragmentées, laissant des patients sans les soins adaptés ou dans des lieux non adaptés pour leur besoins, mettant les équipes sous pression. D'autres études avaient déjà montré l'existence de cette multi-problématique auprès des personnes 'SDF' et les difficultés des structures à s'en occuper : une étude de l'Observatoire du Samu Social de Paris sur les besoins dans les LHSS a constaté une prévalence élevée de troubles psychiatriques non soignés[46] ; les études Samenta et ENFAMS ont rapporté des prévalences de troubles psychiatriques élevées chez des personnes qui utilisent les services pour 'SDF'[33,47].

La capacité amoindrie des structures est une difficulté supplémentaire de prise en charge efficace des personnes 'SDF': les structures de soins sont sous pression, les personnes les plus vulnérables requérant plus de temps ne reçoivent pas toujours les soins nécessaires. De plus, le suivi rigide des protocoles médicaux ne permet pas de prendre en compte les déterminants sociaux et psychologiques de la santé du patient ni une approche centrée sur lui[48]. Les structures d'hébergement manquent globalement de places ; en novembre 2017, les ¾ des demandes au 115 à Paris n'ont pas abouti[49]. Pire encore, il y a un phénomène croissant de non recours au 115- les personnes à la rue renonçant à appeler le numéro d'urgence[50]. Ces structures manquent également de capacité d'accueil pour les personnes en grande difficulté physique ou psychologique ou atteinte d'addiction. Pour elles il faudrait des logements stables et non des hébergements temporaires. Les dispositifs mis en place pour elles comme « Un Logement D'abord » montrent des résultats positifs ; cela est avéré dans plusieurs pays[51–54]. La présence d'une multi-problématique impose des parcours de soins individualisés et des approches innovatrices ; on relève plusieurs exemples en France et ailleurs -des initiatives autour de l'addiction comme l'*Espace Marcel Olivier*[55], des équipes de soins psychiatriques ambulatoires (les EMPP) et d'autres initiatives de soins ambulatoires[56]- mais les besoins en réponses multidisciplinaires restent importants.

Le recours aux urgences et l'utilisation moins fréquente de la première ligne par les personnes 'SDF' est un problème connu et décrit dans plusieurs études en Europe comme aux Etats Unis[57–59]. Plusieurs barrières à cet accès aux soins sont identifiées : l'attitude de certains médecins libéraux peut être un frein au recours aux actes préventifs et aux soins de la première ligne.

Les barrières administratives[37,44,45,49,56] sont aussi un frein à l'accès au droit commun. Les difficultés linguistiques et le manque d'utilisation du dispositif de l'interprétariat complique les démarches[60].

Les chiffres sur le taux de couverture sociale pour les personnes 'SDF' varient en fonction des définitions de 'personne 'SDF'. En 2016, 84% des étrangers, dont la plupart, mais pas tous, sont dans des logements très précaires ayant consulté les services de Médecins du Monde (MdM) pour la première fois, n'avaient pas de couverture sociale[44]. Dans une étude de 2012 l'INSEE constate l'absence de couverture sociale pour 10% d'entre eux et le manque de complémentaire santé pour 25% de la population[19]. Il est vrai que ces pourcentages concerne des populations 'SDF' assez différentes : la plupart des usagers de MdM sont en France depuis moins d'un an, ce qui n'est pas toujours le cas dans l'étude INSEE.

Les partenariats ciblés et la présence régulière d'un soignant dans des structures de service pour 'SDF' est en partie une réponse à certaines barrières. Une partie des difficultés administratives peut continuer à être surmontée grâce à un accompagnement par des travailleurs sociaux ou d'autres personnes qualifiées – mais la complexité des procédures, les prérequis difficiles à respecter en termes de documents à fournir et les longs temps d'attente sont autant d'arguments pour faire valoir une simplification du système[60]. Une partie des personnes 'SDF' hébergées bénéficient d'assistance sociale alors que la Nuit de la Solidarité a révélé que la plupart des personnes en situation de rue n'est pas suivie par un travailleur social[16].

5. Recommandations

Tous les entretiens ont été menés avec des professionnels du secteur social ou médical. Il est essentiel qu'à ce volet s'ajoutent des entretiens avec des personnes 'SDF' elles-mêmes, car elles sont actrices de leur vie, expertes de leur maladie et parcours d'accès aux soins. Leur vécu peut permettre de croiser les regards avec l'interprétation faite par les professionnels, de corriger ou complémenter la série de barrières identifiées et contribuer à la formulation de préconisations plus pertinentes.

Même si les barrières mentionnées ci-dessus sont multiples et parfois compliquées, des ressources importantes permettent de vaincre plusieurs difficultés : ces ressources, ce potentiel doivent être reconnus, valorisés et renforcés. En plus, des initiatives importantes sont en train d'être lancées dans le cadre du Plan Quinquennal Pour le Logement D'abord[2]. Celles-ci répondent à une partie des besoins identifiés dans cette étude :

Faciliter la transition entre LHSS, EHPAD, centre d'hébergement et retour dans un logement. Nous rejoignons les 15 points d'action essentiels formulés par le Samu Social de Paris en 2016[1].

Assurer l'accompagnement social des personnes 'SDF'. L'accompagnement social est élémentaire pour la réussite des démarches sociales et médicales. Il faut étudier quels sont les freins à ce suivi social et mettre en place des stratégies pour élargir la couverture de l'assistance sociale.

Sortir de l'urgence : La première ligne est le niveau le plus efficace et le plus efficient pour prévenir et traiter les maladies :

- Travailler pour faire revenir les personnes dans le droit commun (voir ci-dessus sur l'accompagnement social) et simplifier le système d'accès au droit commun pour les plus vulnérables
- Créer des partenariats entre associations pour 'SDF' et les structures de soins de première ligne
- Assurer la présence de personnel médical dans les centres d'hébergement pour la coordination de soins. Les soins (lourds), dont les soins palliatifs, sont de la responsabilité des structures médicales.

Lutter contre les préjugés en milieu médical: Des formations sur les dimensions psychosociales de la maladie et la précarité destinées aux étudiants dans le domaine médical (dont les infirmiers, aides-soignants…) peuvent contribuer à l'amélioration de l'attitude de certains soignants vis-à-vis la population 'SDF' pour que les personnes les plus précaires reçoivent les soins auxquels ils ont droit.

Un logement d'abord, pour tous: Les difficultés sociales, psychiques et somatiques sont interconnectées et les réponses à ses difficultés ne peuvent donc pas être fragmentées. Un endroit où habiter est primordial si on veut répondre à ces besoins. De plus, Il est probable que l'importance du temps passé à la rue a des conséquences sur la santé physique et mentale ; alors la réinsertion devient plus difficile – parfois impossible. Le Plan Quinquennal pour le Logement d'abord[2] est un plan très positif en vue de la lutte contre la morbidité et mortalité des personnes 'SDF'. Le nombre de personnes SDF augmente, avec des changements énormes dans les caractéristiques de cette population : elle devient de plus en plus internationale, avec de plus en plus de familles, arrivées depuis peu ; celle-ci a des besoins sanitaires et sociaux spécifiques[44,47,61,62]. Il est essentiel d'agir le

plus rapidement possible pour faciliter l'accès aux soins et au logement pour ces personnes, afin d'éviter une détérioration de leur santé physique et mentale.

Faciliter la communication: Le développement ou l'augmentation de services d'interprétariat professionnel au sein des structures médicales et rendre visible ce service auprès des patients et des professionnels.

Reconsidérer les indicateurs de qualité dans la gestion des structures: Les indicateurs de performance et de qualité pourraient être complétés par des indicateurs d'égalité dans l'accès aux soins. Ces indicateurs pourront finalement donner une meilleure vision des interventions et des approches efficaces dans la prise en charge des populations précaires ; ils pourront aussi guider le système de financement des structures et des professionnels. De tels indicateurs existent pour mesurer la performance dans l'accès aux soins au niveau des pays[63]. Il est donc envisageable de développer un index de ce genre à un niveau local, dans chaque structure de soins.

CONCLUSION GENERALE

En 2017 le CMDR a enregistré 511 décès de personnes 'SDF' en France ; ce nombre est vraisemblablement sous-estimé. Ces personnes meurent très jeunes, 50,6 ans en moyenne. Et ces décès prématurés ont été enregistrés pour 80% des personnes. En hébergement celles-ci meurent un peu plus tard et plus souvent dans un lieu de soins que les personnes en situation de rue. Cette année nous avons enregistré un pourcentage plus important de décès ayant pour cause la maladie. Les personnes gravement malades se heurtent néanmoins à des barrières importantes pour avoir un suivi médical efficace, comme le démontre notre étude qualitative exploratoire.

Une plus grande exhaustivité dans le recensement et la collecte d'informations pourra permettre de mieux comprendre les facteurs de risque. Des efforts devront être faits pour rendre plus systématique le recensement des décès sur l'ensemble du territoire français ; une implication encore plus forte des partenaires institutionnels et associatifs est également nécessaire.

Les déterminants de cette mortalité précoce sont liés entre eux et il n'existe pas de remède simple et unique pour une problématique aussi complexe incluant une population de plus en plus hétérogène. L'accompagnement social intensif et la transition entre les différents types de structures médicales ou d'hébergement selon les besoins, sont les éléments de base de cette réponse. L'implication et la collaboration entre les acteurs de terrain, les personnes 'SDF' elles-mêmes et les différents domaines politiques seront essentiels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Samu Social de Paris. 15 propositions pour que la rue cesse d'être une fatalité pour les sans-abri vieillissants. (2018). Available at: https://www.samusocial.paris/actualite/15-propositions-pour-que-la-rue-cesse-detre-une-fatalite-pour-les-sans-abri-vieillissants. (Accessed: 8th June 2018)

2. Ministère de la Cohésion des Territoires. *Plan Quinquennel pour le Logement D'abord*. (2018).

3. Serme-Morin, C. Increases in homelessness. *Magazine of FEANTSA* (2017). Available at: http://www.feantsa.org/en/. (Accessed: 31st January 2018)

4. Françoise Yaouanq, M. D. LES SANS DOMICILE EN 2012 : UNE GRANDE DIVERSITE DE SITUATIONS. (2014).

5. DIHAL. *Etat des lieux national des campements illicites , grands squats et bidonvilles*. **2016,** (2016).

6. Baggett, T. & Hwang, S. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern. …* (2013).

7. Hibbs, J. & Benner, L. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *… Engl. J. …* (1994).

8. Hwang, S. W., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P. J. & Dunn, J. R. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ* **339,** b4036 (2009).

9. Nordentoft, M. & Wandall-Holm, N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Bmj* (2003).

10. Montgomery, A. E., Szymkowiak, D., Marcus, J., Howard, P. & Culhane, D. P. Homelessness, Unsheltered Status, and Risk Factors for Mortality. *Public Health Rep.* **131,** 765–772 (2016).

11. Cheung, A. & Hwang, S. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Can. Med. Assoc. J.* (2004).

12. Vuillermoz, C. *et al.* Mortality among homeless people in France, 2008–10. *Eur. J. Public Health* **26,** 1028–1033 (2016).

13. EVAL, C. Etude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personens sans abri. (2011).

14. Vuillermoz, C. & Aouba, A. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. 1–8 doi:10.1113/JP273123.This

15. Yaouancq, F., Lebrère, A. & Marpsat, M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Première* (2013).

16. Participez à la Nuit de la Solidarité – Paris.fr. Available at: https://www.paris.fr/nuitdelasolidarite. (Accessed: 13th May 2018)

17. Brunet, L., Carpentier, S., Laporte, A., Pourette, D. & Guillon, B. *Féminité, Accès aux soins, Maternité et risques vécus par les Femmes en Grande Précarité*. (2005).

18. Levet, A, I. Taux de Mortalité prématurée. *Santé Publique Prévention des Risques* 31 (2007).

19. Yaouancq, F., Lebrère, A. & Marpsat, M. INSEE PREMIERE. *pedagofiche.net*

20. Yaouancq, F. *et al.* L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Première* (2013).

21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available at: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises. (Accessed: 15th May 2018)

22. Roger, S. & Labrador, J. Les sans-domicile dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. *Insee Ile de France à la Page 423* (2014).

23. Insee. Les décès en 2016 - Graphique de série longue − Les décès en 2016 | Insee. Available at: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2966614?sommaire=3053204#tableau-figure1. (Accessed: 24th April 2018)

24. Insee - Population - Évolution des décès, du taux de mortalité et du taux de mortalité infantile. Available at: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02230. (Accessed: 26th June 2015)

25. Mortalité en 2015 | Insee. Available at: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012741#tableau-TCRD_048_tab1_regions2016. (Accessed: 11th July 2017)

26. ONPES. La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010. **2010,** 1–9 (2013).

27. Nielsen, S., Hjorthøj, C., Erlangsen, A. & Nordentoft, M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* (2011).

28. Stenius-Ayoade, A. *et al.* Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. *J. Epidemiol. Community Health* jech-2017-209166 (2017). doi:10.1136/jech-2017-209166

29. Slockers, M. T., Nusselder, W. J., Rietjens, J. & van Beeck, E. F. Unnatural death: a major but largely preventable cause-of-death among homeless people? *Eur. J. Public Health* **28,** 248–252 (2018).

30. Beijer, U., Andreasson, S., Ågren, G. & Fugelstad, A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand. J. Public Health* **39,** 121–127 (2011).

31. Romaszko, J., Cymes, I., Dragańska, E., Kuchta, R. & Glińska-Lewczuk, K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PLoS One* **12,** e0189938 (2017).

32. Department of Health, N. & Hygiene, M. Tenth Annual Report on Homeless Deaths New York City Department of Health and Mental Hygiene Bureau of Vital Statistics Local Law 63 (2005). (2014).

33. Laporte, A. *et al.* Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **15,** 241 (2018).

34. Laporte, A. & Chauvin, P. *SAMENTA -Rapport sur la Santé Mentale et les Addictions Chez Les Personnes Sans Logement Personnel D ' Ile-De-France*. (2010).

35. Baggett, T. P. *et al.* Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *Am. J. Public Health* **105,** (2015).

36. INSEE. Estimation de la population au 1er janvier 2018 | Insee. *2018* Available at: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198. (Accessed: 26th June 2018)

37. Canavan, R. *et al.* Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv. Res.* **12,** 222 (2012).

38. Gelberg, L., Gallagher, T. C., Andersen, R. M. & Koegel, P. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am. J. Public Health* **87,** 217–20 (1997).

39. Rae, B. E. & Rees, S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *J. Adv. Nurs.* **71,** (2015).

40. Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health* **12,** 18 (2013).

41. Creswell, J. W., Plano Clark, Vicki, L., Gutmann, M. L. & Hanson, W. E. Advanced Mixed Methods Research Designs in Tashakkori, A. et Teddlie, C. in *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* 209–240 (2003).

42. Peters, D. H. *et al.* Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **1136,** 161–171 (2008).

43. Fédération des Acteurs de la Solidarité. Observatoire santé solidarité. (2018).

44. Médecins Du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 | Médecins du Monde. (2016). Available at: https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016. (Accessed: 1st June 2018)

45. Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. *VII ème Rapport d'évaluation de la loi CMU*. (2016).

46. Riou, F. Besoins d'avis ou de suivi spécialisé en santé mentale dans les Lits Haltes Soins Santé du Samusocial de Paris Enquête exploratoire un jour donné. (2015).

47. Vandentorren, S. *et al.* Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur. J. Public Health* **26,** 71–76 (2016).

48. Haute Autorité de Santé. Mise au Point: Démarche centrée sur le Patient. (2015).

49. Fédération des acteurs de la solidarité. Baromètre 115 de novembre 2017. (2018). Available at: http://www.federationsolidarite.org/publications-federation/barometre-115/8428-baromètre-115-de-novembre-2017-l'hiver,-toujours-plus-dur-pour-les-sans-abri. (Accessed: 5th June 2018)

50. Samu Social de Paris. Enquête Flash Maraudes Parisiennes. (2017).

51. Chung, T. E. *et al.* Housing First for older homeless adults with mental illness: a subgroup analysis of the At Home/Chez Soi randomized controlled trial. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* (2018). doi:10.1002/gps.4682

52. Tinland, A., Girard, V., Loubière, S. & Auquier, P. *UN CHEZ SOI D ' ABORD Rapport intermédiaire de la Recherche*. (2016).

53. Kirst, M., Zerger, S., Misir, V., Hwang, S. & Stergiopoulos, V. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug Alcohol Depend.* **146,** 24–9 (2015).

54. Holmes, A. *et al.* Housing First: permanent supported accommodation for people with psychosis who have experienced chronic homelessness. *Australas. Psychiatry* **25,** 56–59 (2017).

55. Aux captifs, la libération. Présentation de l'Espace Marcel Olivier. (2018). Available at: http://www.captifs.fr/presentation-de-lespace-marcel-olivier/. (Accessed: 15th June 2018)

56. Luchenski, S. *et al.* What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Rev. 266 www.thelancet.com* **391,** (2018).

57. Moore, D. T. & Rosenheck, R. A. Comprehensive services delivery and emergency department use among chronically homeless adults. *Psychol. Serv.* **14,** 184–192 (2017).

58. Fazel, S., Geddes, J. R. & Kushel, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* **384,** 1529–1540 (2014).

59. Ní Cheallaigh, C. *et al.* Usage of unscheduled hospital care by homeless individuals in Dublin, Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open* **7,** e016420 (2017).

60. Comede. Rapport d'activité et d'observation. (2017). Available at: http://www.comede.org/rapport-dactivite/. (Accessed: 15th June 2018)

61. Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacopelli M., Bamberger M., Z. Z. Violence, Vulnérabilité sociale et Troubles psychiques chez les Migrants/Exilés. *Bull. épidémiologique Hebd. Santé Publique Fr.* (2017).

62. Roze, M., Vandentorren, S., Vuillermoz, C., Chauvin, P. & Melchior, M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur. Psychiatry* **38,** 51–60 (2016).

63. Fullman, N. *et al.* Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* **391,** 2236–2271 (2018).

Comité de pilotage de l'étude

Eveline Cleynen, épidémiologiste en charge de l'étude

Cécile Rocca, coordinatrice du Collectif les Morts de la Rue

Marie Christine Tardieu, membre de l'équipe Dénombrer et Décrire

Nicolas Clément, ancien président du Collectif les Morts de la Rue

Remerciements

Merci à tous ceux qui ont rendu ce travail possible. Les membres de l'équipe Dénombrer et Décrire:

Ramez Sabah, coordinateur de l'équipe
Clémence Briu
Martine Devin
Anne-Marie Capus
Camille Chu
Emma Gadouche
Maxime Grimbert
Alexis Guyard
Nicolas Jacquelin
Bruno Jamet
Lucia Katz
Laure Lavielle
Sylvie Leclère
Samia Myers
Jean-François Nurit
Lucille Perinovic
Marie-Jeanne Richer
Marie-Christine Tardieu

Maya Allan, pour le soutien technique et le recueil d'information en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Odile Thevenin, pour la relecture et correction de ce rapport.

Les membres de l'équipe Proche en Deuil du Collectif les Morts de la Rue, Chrystel Estela et Cécile Rocca, pour leur aide au recueil des informations au moment du signalement.

Nous remercions toutes les associations, institutions et particuliers ayant signalé des décès de personnes 'SDF', et ayant accepté de répondre aux questions dans la phase de recueil d'informations et qui œuvrent au quotidien pour les personnes 'SDF'.

Merci aussi aux travailleurs sociaux et au personnel médical ayant accepté de partager leur expérience lors des entretiens ayant servie à la deuxième partie de ce rapport.

Nous remercions la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la Fondation Abbé Pierre et Caritas pour leur soutien financier à ce projet.

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation du Collectif les Morts de la Rue

Le CMDR est une association créée en 2002 dont l'objectif est de :

1/ faire savoir que beaucoup de personnes qui vivent ou ont vécu à la rue en meurent ;
2/ mettre en œuvre et développer, sans distinction sociale, raciale, politique ni religieuse, les moyens et actions nécessaires :

- pour la recherche, la réflexion et la dénonciation des causes souvent violentes des morts de la rue,
- pour des funérailles dignes de la condition humaine,
- pour l'accompagnement des personnes en deuil et leur entourage.

Le CMDR est un collectif d'associations adhérentes, qui travaillent dans le domaine de la grande précarité en Île-de-France. Des particuliers sont aussi adhérents.
Le CMDR recense donc les décès de personnes vivant à la rue ou ayant vécu à la rue, recueille un certain nombre de données à leur sujet pour permettre non seulement de bien accompagner les personnes en deuil mais aussi de nourrir la recherche et la réflexion autour de ces décès, en lien avec les proches et les équipes de travailleurs sociaux.

Le CMDR n'est pas une unité de recherche scientifique portant sur la mortalité des personnes vivant à la rue. Certes, il recense les décès de personnes vivant ou ayant vécu à la rue et recueille un certain nombre de données à leur sujet. Mais les objectifs du CMDR sont multiples, et le recueil de données est au service non seulement de l'objectif de recherche, de réflexion et de dénonciation autour des décès prématurés, mais aussi de ses autres activités, que sont les funérailles dignes et l'accompagnement des proches dans le deuil. Le recueil de données n'avait donc pas été réfléchi spécifiquement pour l'établissement de statistiques de mortalité. Pourtant, le fonctionnement du CMDR peut, par certains aspects, être assimilé à un système de vigilance portant sur les décès de personnes « SDF » que l'on cherchera à améliorer pour répondre aux objectifs de ce rapport.

En 2002, des associations ou collectifs locaux accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées, notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D'autres collectifs régionaux se sont créés après le CMDR à Paris. Aujourd'hui, des associations ou des collectifs accompagnent les morts de la rue dans 18 villes françaises. Ces associations travaillent de façon indépendante et fonctionnent de façon différente. Elles échangent régulièrement sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter associatives. Les collectifs régionaux transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou anonymes, et plus ou moins riches d'information (en général, l'âge au décès et la commune du décès, parfois plus). Des rencontres avec les collectifs régionaux portant sur la transmission des données ont eu lieu (Grenoble, Rennes, Lille, Strasbourg) afin d'améliorer la transmission des données, en accord avec leurs modes de fonctionnement.

Annexe 2 : Méthodologie de l'étude D&D

Dénombrer : méthode et outils

Période d'étude

Les décès inclus dans cette étude sont ceux survenus au cours de l'année 2017, et pour quelques variables aussi des années 2013, 2014, 2015, 2016.

Zone d'étude

La zone d'étude est le territoire français, y compris les départements d'Outre-Mer. La Nouvelle Calédonie n'est pas comprise dans l'étude, étant une collectivité d'Outre- Mer et non plus un territoire d'Outre- Mer.

Population étudiée

Notre travail porte sur les décès confirmés survenus sur le territoire français. On parlera de « décès confirmé » si le décès de la personne est transmis ou confirmé par une source officielle ou médicale (hôpital, institut médico-légal, police...), par la famille proche ou par une association si elle a appris le décès par une source officielle, ou s'il fait l'objet de plusieurs articles de presse ou des médias venant de différentes sources.

La population d'étude correspond aux personnes «sans domicile fixe» décédées sur le territoire français. Les définitions suivantes (décrites également dans l'introduction) sont utilisées par le Collectif Les Morts de la Rue dans la suite de ce rapport:

<table>
<tr><td rowspan="3">Personne 'SDF' :

ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</td><td>• Dans un lieu non prévu pour l'habitation
• Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue le matin
• Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence
'En situation de rue'</td></tr>
<tr><td>• Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation
• Dans un logement squatté
• Dans le logement d'un tiers
• Dans un hôtel (hors situation pérenne)
'Hébergé'</td></tr>
<tr><td>• Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias
'Probablement sans chez soi'</td></tr>
<tr><td>Personne 'anciennement SDF'</td><td>• n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne «SDF».</td></tr>
</table>

1. Les « personnes en situation de rue » sont les personnes ayant dormi principalement au cours des trois dernier mois :
   - dans des lieux non prévus pour l'habitation, par exemple :
     - cave, parking fermé, grenier, cabane, voiture, wagon, bateau ;
     - usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, parties communes d'un immeuble ;
     - ruines, chantiers, grotte, tente ;
     - métro, gare, couloirs d'un centre commercial, voie ferrée
     - rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, cabine téléphonique
   - dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin.
   - dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une situation d'urgence (notamment le plan froid)
2. Les « personnes hébergées » sont les personnes ayant dormi principalement au cours des trois dernier mois:
   - dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (CHRS, hôtel social, asile de nuit, communauté de travail, lits infirmiers…) et la durée de l'hébergement, hors foyer de jeune travailleur, foyer de travailleurs migrants,
   - Dans un logement squatté.
   - Dans un logement, s'il est hébergé par un ami ou de la famille faute de pouvoir avoir son propre logement, et si c'est un arrangement non pérenne, pour pallier à une urgence d'absence de domicile.
   - Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (S'il s'agit d'une situation non pérenne, pour pallier à une urgence d'absence de domicile).
3. Les « personnes probablement «SDF» » sont les personnes pour lesquels il est probable qu'elles auraient répondu à la définition d'une « personne actuellement «SDF» (mention de sans domicile fixe ou SDF dans plusieurs articles de journaux, signalement par une association partenaire qui connaît notre population d'intérêt…), mais pour laquelle les éléments en notre possession ne nous permettent pas d'objectiver le fait qu'elles y répondent.

Afin de pouvoir comparer ces résultats avec les chiffres existants, ces définitions se sont inspirées de celles utilisées par d'autres organismes, notamment l'Insee et la FEANTSA.

Nous nous intéressons également aux « personnes *anciennement* «SDF» », c'est-à-dire les personnes n'ayant pas dormi principalement dans les lieux décrits plus haut au cours des trois dernier mois, mais ayant déjà répondu à cette définition à un moment donné au cours de leur vie. Nous y incluons les personnes vivant en maisons-relais, pension de famille et résidence sociale.

<u>Sources de signalement des décès</u>

Les décès sont signalés par différentes sources décrites ci-après. Le nombre de sources et la fréquence des liens avec elles ont nettement augmenté ces dernières années.

Réseau associatif : De nombreuses associations sont adhérentes du CMDR, dont le conseil d'administration est composé de personnes privées ainsi que de représentants de différentes associations. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité essentiellement franciliennes. De la même façon,

certaines associations nationales et les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue ou des morts isolés, qui transmettent généralement les données sur les décès qu'ils apprennent, sont en lien avec les associations locales. Les associations qui signalent les décès au CMDR peuvent le faire avec plusieurs objectifs : aider le CMDR à mieux connaître le nombre de personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées, honorer la mémoire de la personne en faisant apparaître son nom sur le faire-part, dénoncer des dysfonctionnements ou demander de l'aide dans l'organisation des funérailles ou la recherche des proches. Ce réseau associatif est sollicité au quotidien par l'envoi de mails pour rechercher les proches ou informer d'un décès, par l'envoi de faire-part invitant à l'hommage annuel, l'organisation de formations, l'invitation à des groupes de paroles pour les personnes en deuil de quelqu'un qui vivait à la rue. Ce partenariat au quotidien permet aux associations de mieux connaître le CMDR à qui elles communiquent spontanément les décès appris.

Sources institutionnelles : Certains acteurs institutionnels signalent régulièrement des décès au CMDR. Dans le cadre de la convention entre la ville de Paris et le CMDR (depuis 2004) pour l'accompagnement des personnes isolées décédées, les partenaires opérationnels (Institut médicolégal, et Services Funéraires de la Ville de Paris) envoient systématiquement un fax au CMDR pour lui indiquer les noms des personnes isolées décédées qui seront accompagnées par le CMDR. Parmi ces noms, l'équipe « Proches en deuil » du CMDR cherche pour chaque personne auprès du Samu Social de Paris, des commissariats, des états-civils d'hôpitaux, des partenaires associatifs (réseau « Connaissez-vous »), les éléments qui permettront de mieux accompagner les défunts. C'est en faisant cette recherche que le CMDR apprend parfois qu'il s'agit d'une personne ayant vécu à la rue. Le CMDR peut apprendre des décès par d'autres sources institutionnelles (police, services sociaux ou état civil de certains hôpitaux, certains 115…), notamment lorsque le CMDR représente pour ces services une aide pour l'identification de la personne décédée ou la recherche de proches.

Veille médiatique : Le CMDR effectue également une veille médiatique sur internet. En effet, il effectue quotidiennement une recherche par mots clés permettant de détecter des articles relatant le décès de personnes sans domicile ou vivant en centre d'hébergement collectif. Les mots clés utilisés pour cette recherche sont les suivants : « SDF ; mort SDF ; décès SDF ; corps SDF ; cadavre SDF ; marginal ; mort marginal ; décès marginal ; corps marginal ; cadavre marginal ; sans-abri ; mort sans-abri, décès sans-abri ; cadavre sans-abri ; Sans-Domicile ; décès sans-domicile ; corps sans-domicile ; cadavre sans-domicile ; SDF décédé ; sans-abri décédé ; marginal décédé ; sans domicile décédé ; mort de la rue ; morts de la rue ; mort squat ; corps squat ; décès squat ; cadavre squat ; mort foyer hébergement ; décès foyer hébergement ; corps foyer hébergement… ». Une alerte a été créée sur le moteur de recherche internet Google© sur un certain nombre de ces occurrences.

Réseaux sociaux : Le CMDR est présent sur les réseaux sociaux, notamment Twitter® et Facebook®. Cette présence permet au CMDR de se faire connaître d'un autre public et d'être informé régulièrement de décès, de disparitions ou de rumeurs de décès qui seront vérifiées par ailleurs.

Des particuliers : Familles, amis, voisins, riverains, ou parfois des professionnels, mais à titre personnel, signalent des décès au CMDR, ou se tournent vers lui pour lui demander soutien. En 2015, davantage de particuliers ont signalé des décès, notamment en Ile-de-France

<u>Amélioration de l'exhaustivité</u>

L'amélioration de l'exhaustivité de la base de données passe par l'animation du système de surveillance, la communication et l'identification de nouveaux partenaires pouvant participer au réseau.

Animation du réseau de partenaires : L'équipe du CMDR participe à de nombreuses réunions pour aller à la rencontre de ses partenaires :

- Réunions précarité organisées par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), d'Ile-de-France et les mairies des différents arrondissements parisiens,
- Réunions de coordination des maraudes parisiennes : de nombreuses associations et services publics organisent des maraudes et suivent les personnes qui vivent à la rue. Quatre personnes ont été nommées à la coordination de ces maraudes à Paris afin d'assurer une meilleure communication entre ces différents organismes et une meilleure distribution spatiale de l'offre. Des réunions de coordination sont régulièrement organisées dans plusieurs arrondissements parisiens. Ces réunions sont des lieux privilégiés d'échange avec les associations parisiennes agissant contre la précarité. Elles permettent au CMDR de mieux identifier les acteurs pouvant être confrontés au décès de personnes «SDF», d'être mieux connu sur les différentes actions du CMDR et d'être présent auprès d'acteurs proches du terrain avant le décès.

Organisation de formations : Le CMDR organise régulièrement des formations à destination des équipes du CMDR et des bénévoles ou salariés d'associations travaillant auprès des personnes 'SDF' En 2017, différents types de formations et interventions ont été proposés :

- Transmission des savoir-faire des salariés du CMDR concernant les démarches administratives et juridiques autour du décès et de la fin de vies des personnes dépourvues de ressources suffisantes ; ou en cas de disparition ; ou de rumeur de décès. Ces formations ont permis la mise au point d'une boîte à outils qui est mise à disposition des associations qui le souhaitent.
- Un groupe d'échange d'expérience entre associations sur ce qui concerne la prise en charge de la fin de vie et du deuil dans les structures, afin d'aider chaque association à « protocoliser » sa manière de faire.
- Des formations à la demande (Diplôme universitaire à Amiens, Instituts de soins infirmiers, IRTS, intervention sur la fin de vie à Aurore, etc…)
- L'équipe « Proches en Deuil » se déplace à la demande pour permettre un débriefing auprès d'équipes (maraudes, hébergement) confrontées à un deuil. Ces formations sont aussi l'occasion de rencontrer des acteurs associatifs agissant dans le domaine de la précarité, de présenter les différentes actions du CMDR comme pôle ressources, et de rappeler l'importance du signalement des décès.

Organisation de l'hommage annuel : L'hommage aux Morts de la Rue pour les personnes décédées en 2017 a eu lieu le 4 avril 2018 dans l'Hôtel de ville de Paris . La longue liste de noms a été lue au cours de l'après-midi.

Décrire : méthode et outils

Recueil de données

Le recueil de données est un recueil rétrospectif posthume auprès de tiers.

Rétrospectif : le recueil de données concerne la vie entière de la personne, de l'enfance aux causes et circonstances du décès.

Posthume : après le décès

Auprès de tiers : les personnes étant décédées, et n'ayant pas eu de contact avec elles de leur vivant, nous devons nous tourner vers des tierces personnes les ayant connues : éducateur (trice), maraudeur (se), proche, voisin, …

Cette méthode de recueil indirecte et rétrospective induit des biais, qui sont décrits plus bas au chapitre des limitations.

Questionnaire standardisé

Un questionnaire standardisé construit en huit parties a été utilisé pour le recueil de données (Annexe 3) :

- Les données démographiques :

Cette partie aborde des informations permettant de croiser la base de données avec d'autres bases de données :

- Nom, prénom, surnom, date de naissance, pays de naissance, commune de naissance pour les personnes nées en France.
- Une variable « statut » correspondant aux différentes définitions « actuellement en situation de rue », « actuellement hébergé », « probablement «SDF» ou « anciennement «SDF» et une variable permettant d'indiquer si le corps a été identifié.

Pour l'âge, la date de naissance est souhaitée pour calculer l'âge exact et croiser les données du CMDR avec celles de l'Inserm-CépiDC. Toutefois, si la date de naissance exacte est inconnue, il est possible d'indiquer l'âge en années. Si l'âge précis est inconnu et qu'un âge « environ » est indiqué, la variable « âge » n'est pas remplie et la classe d'âge choisie est celle juste au-dessus de l'âge approximatif indiqué.

Dans cette partie est indiquée aussi la nationalité, catégorisée en française, union européenne (UE, au sens des 27 pays appartenant en 2016 à l'UE), hors UE, double nationalité dont française, double nationalité dont UE, double nationalité hors UE.

- Les données sur le décès :

Cette partie comprend les informations relatives au décès :

Acte de décès reçu,

Date de décès,

Date à laquelle le CMDR a appris le décès,

Commune et région du décès,

Lieu du décès,

Source ayant signalé le décès au CMDR,

Cause du décès,

Source ayant transmis la cause de décès,

Simultanéité du décès avec un autre,

Demande d'autopsie ou d'examen médicolégal.

- Le contexte administratif, social et familial:

La partie concernant le contexte social est subdivisée en plusieurs parties :

- *Situation administrative au moment du décès :* cette partie permet de comprendre le mode de vie de la personne au moment du décès et son accès aux droits.

- *Enfance* : cette partie vise à comprendre le parcours de la personne pendant l'enfance, notamment qui a élevé la personne, si la personne a été placée et le niveau d'études le plus élevé.

- *Famille et parcours de vie :* cette partie vise à décrire le tissu familial et les liens qui subsistent avec les membres de la famille, ainsi que les ruptures qu'a pu connaître la personne au cours de sa vie. Pour ce dernier point, deux questions ont été posées : une première permet d'indiquer tous les évènements qui ont pu constituer une rupture pour la personne (un décès, une perte de contact, une séparation conjugale, une perte d'emploi ou une maladie grave), quel que soit le moment auquel est survenu l'évènement ; une deuxième permet d'indiquer le ou les évènement(s) qui auraient conduit la personne à une situation de rue.

- *Lien social :* cette partie permet d'indiquer si la personne bénéficiait d'un suivi social, et si elle possédait des liens sociaux autres que ceux décrits précédemment (autre qu'un compagnon/compagne, famille, ou services sociaux/associations en charge du suivi social).

- *Travail/ressources :* cette partie concerne le parcours professionnel de la personne, le fait qu'elle ait exercé un travail au cours des 12 mois ayant précédé le décès et les sources de revenu.

Une dernière question permet d'indiquer si des démarches étaient en cours au moment du décès ou avaient abouti récemment (au cours des 12 derniers mois).

- Le logement

Cette partie retrace rétrospectivement les différents types d'habitation de la personne, à partir du lieu d'habitation occupé la veille du décès. On y indique aussi le temps passé en situation de rue, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière[1] pendant lequel la personne a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans des foyers d'urgence, et le temps sans logement personnel, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière pendant lequel la personne a dormi dans un lieu conduisant à considérer la personne comme « hébergée » (cf partie 2).

La version 2016 du questionnaire a inclus, comme l'année précédente, une dimension de stabilité d'hébergement, comprenant une question sur le nombre de lieux où la personne avait dormi au cours des 3 derniers mois et de la dernière année. Une question portait également sur le nombre de changements subis (indépendants de la volonté de la personne) ou choisis (consécutifs à la volonté de la personne).

- Les données médicales

Cette partie permet de décrire les antécédents médicaux de la personne, les addictions, pathologies, troubles mentaux et hospitalisations.

- Les contacts

[1] Le « temps cumulé vie entière en situation de rue » signifie l'addition, sur la vie entière de l'individu, de toutes les périodes pendant lesquelles la personne a été en situation de rue.

Cette partie permet de lister toutes les personnes ayant eu un contact avec le CMDR au sujet de la personne décédée.

- Les données concernant l'inhumation

Cette partie permet de garder une trace de la date et du lieu de l'inhumation, mais aussi du déroulement de l'inhumation (présence de la famille, accompagnement par le CMDR…).

- Une partie de commentaires libres

Enfin, une partie de commentaires libres permet de recueillir certaines informations supplémentaires qui pourraient paraître intéressantes.

Deux phases de recueil

Le recueil de données rétrospectif posthume s'est déroulé en deux phases.

- Phase 1 : recueil de données au moment du signalement du décès

La première phase consiste à récolter les premières informations rapportées par les sources de signalement (souvent date de décès, âge, sexe, identité de la personne, lieu et causes de décès) ainsi que les personnes contact. Puis les questionnaires sont complétés à l'aide des fiches utilisées pour l'accompagnement des proches en deuil sur lesquelles peuvent être notées des informations recueillies lors des discussions avec les proches (amis, famille ou associations) et à l'aide des comptes rendus d'accompagnement pour les personnes dont l'inhumation a été prise en charge par la ville de Paris au cimetière parisien de Thiais.

- Phase 2 : appel des contacts

Dans une deuxième phase, les personnes susceptibles de fournir des informations sur les variables non renseignées ont été recontactées par mail ou téléphone. Elles étaient invitées, si elles l'acceptaient, à fixer un rendez-vous téléphonique avec l'un des membres de l'équipe. Le questionnaire était alors complété lors d'entretien semi-dirigé téléphonique.

Dans le cas où l'identité de la personne ou son âge précis n'étaient pas connus, l'acte de décès était demandé à la mairie de la commune de décès. Ces informations ont permis de retrouver de nombreux contacts qui ont répondu au questionnaire.

Saisie des données

Les données ont été saisies sous Voozanoo ®, une plateforme de saisie de données en ligne créée par Epiconcept. Cette plateforme sécurisée (accès protégé par mot de passe et agrément d'hébergement de données de santé) permet une saisie et consultation simultanée par plusieurs personnes et facilite le travail de récolte de données. Ces données ne sont jamais transmises par mail.

Analyse des données

Complétude ou taux de réponse

La complétude des données a été calculée pour chaque variable recueillie de la façon suivante :

$$Complétude\ de\ la\ variable\ X\ (\%) = \frac{VR}{Nombre\ de\ personnes\ décédées}\ x\ 100$$

Où VR est le nombre de personnes pour lesquelles la variable X est renseignée.

Analyse des données du CMDR

L'analyse de 2017 porte donc sur les variables suivantes :

- Démographie : âge, sexe, situation de rue, pays de naissance
- Source de signalement des décès
- Dernier lieu de vie et temps d'errance
- Lieu de décès : commune, région, endroit où le décès a été constaté
- Mois de décès
- Décès : type et cause de décès
- Troubles mentaux et addictions
- Hospitalisations et admissions aux urgences

L'âge moyen au décès a été calculé, ainsi que son écart-type. La proportion de décès par âge et par sexe dans la population des personnes «SDF» a été calculée. Les données ont été comparées avec les données brutes (non standardisées sur la structure démographique de la population « SDF ») de la population générale (les données sur la répartition des décès par âge et par sexe de la population générale étaient disponibles sur le site internet de l'Insee.

Les causes de mortalité, les pathologies associées et les antécédents médicaux ont été codés en fonction de la 10ème version de la Classification Internationale de la Maladie (CIM-10). Les causes de mortalité ont ensuite été regroupées en fonction des grands chapitres de cette classification.

La population des personnes «SDF» étant très hétérogène, l'analyse principale est présentée stratifiée sur ces grands sous-groupes ; la stratification de la population diffère selon les variables :

- Stratification 'personnes en situation de rue', 'personnes hébergées'.
- Stratification personnes 'SDF' et personnes 'anciennement 'SDF'
- Stratification « Ile-de-France » et « Régions autres»
- Exclusion des mineurs de moins de 18 ans

<u>Aspects éthiques</u>

Le CMDR possède un accord de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) pour le recueil des données et la publication des noms, prénoms, âge au décès et commune de décès sur le site internet et le faire-part.

Les données recueillies dans le cadre du projet « Dénombrer et Décrire » ne sont pas divulguées à des tiers. Les données présentées dans ce rapport le sont de façon agrégée et anonyme.

Annexe 3 : Questionnaire D&D

Identifiant : nsp-0000-000 _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

En cours D&D □ Début___/___/_____
Acte de décès : □Demandé □ Infructueux □Reçu □Scanné
Saisie globale le ___/___/____ Par _____
Clos D&D □ le___/___/___Par_____

QUESTIONNAIRE DENOMBRER ET DECRIRE

I. IDENTITE DE LA PERSONNE

Q1. Situation du logement au moment du décès : où la personne a-t-elle dormi principalement au cours des 3 derniers mois ?
Expliciter : _____
_____

Q2. Classification situation d'hébergement : □1 Situation de rue □2 Hébergé(e) □3Probablement sans chez soi
□4Anciennement sans chez soi □6 Récemment a la rue (<6 semaines)

Q3 La personne est-elle identifiée ? □1 Oui □2 Non □9 NSP

Q4. Nom** : _____ **Q5. Prénom**** : _____

Q6. Surnom : _____ **Q7. Sexe**** : □1 Homme □2 Femme □3 Trans □9 NSP

Q8.Le nom de la personne peut-il figurer sur le faire-part pour l'hommage ?
□0 Non □2 Oui □3 Oui, de façon anonyme □9 A confirmer
→ ***Ecriture sur le Faire Part*** *(modèle : Prénom NOM dit Surnom, XX ans)*
_____

Q9. Expliciter la source de l'anonymat : _____

Q10. Le contexte de l'anonymat (famille existante, etc)_____

Q11. Date de naissance** : _ _ / _ _ /_ _ _ **Q12. Âge** : _ _ _

Q13. Classe d'Âge :□1 <5 ans □2 [5 ; 9] □3 [10 ; 14] □4 [15 ; 19] □5 [20 ; 24] □6 [25 ; 29]
□7 [30 ; 34] □8 [35 ; 39] □9 [40 ; 44] □10 [45 ; 49] □11 [50 ; 54] □12 [55 ; 59] □13 [60 ; 64]
□14 [65 ; 69] □15 [70 ; 74] □16 [75 ; 79] □17 [80 ; 84] □18 ≥ 85 ans □99 Ne sait pas

Q14. Pays de naissance *(voir la liste):* _ _ /_____

Q15. Nationalité : (*un seul choix*) □1 Française □2 UE □3 Hors UE □4 Double nationalité dont française
□5 Double nationalité dont UE □6 Double nationalité hors UE □7 Apatride □9 Ne sait pas

Q16. Département de naissance** : _ _ **Q17. Commune de naissance**** : _ _ _ /_____

Q18. Statut marital: □1 Célibataire □2 Marié/pacsé □3 Divorcé □4 Veuf (ve) □9 NSP

Q19. Autres informations sur l'identité de la personne : _____
_____
_____

II. INFORMATIONS SUR LE DECES

Q20. Décès appris par le Collectif le : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Q21 : Acte de décès obtenu** □1 Oui □2 Non

Q22. Date du décès** : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Q23. Région du décès** : _ _ _ /_____

Q24. Département du décès** : _ _ **Q25. Commune du décès**** : _ _ _ /_____

Q26. Sources du décès (*plusieurs choix possibles, précisez*)

□ Association : _____
- ○ Accompagnement morts de la rue
- ○ Hébergement
- ○ Maraudes (hors coordination maraudes)
- ○ Service pour personnes sans domicile
- ○ Soins
- ○ Autre _____

□ Hôpital : _____
- ○ Service social
- ○ Etat civil
- ○ Autre service

□ Média : _____
□ Autre : _____

□ Partenaires institutionnels
- ○ 115 / Samu social
- ○ Convention morts isolés ville de Paris
- ○ IML : _____
- ○ Mairie/Etat Civil
- ○ Mairie/CCAS
- ○ Police / BRDP
- ○ Coordination des maraudes
- ○ CHAPSA
- ○ Autre : _____

□ Particulier :
- ○ Famille : _____
- ○ Autre : _____

Q27. Endroit où le décès a été constaté : _ _ / _____
→ **Q27bis.** *Précisions :*_____
_____

Q28. Cause(s) et circonstances du décès *(qui a découvert le corps, dans quel état…)*
_____
_____

→ **Q29. Type de décès :**
□1 Violent - Accident □2 Violent – Agression □3 Violent – Suicide □4 Violent– NSP □6 Maladie – Tumeur □7 Maladie - Autre □8 Maladie - NSP □9 Naturelle soudaine □10 NSP

→ **Q30. Source cause de décès :** □1 Médicale □2 Liée à une source médicale □3 Ni l'un ni l'autre □9 NSP

Q31. Examen Médico Légal demandé : □1 Oui □2 Non □9 NSP

Q32. Pathologies <u>associées au moment</u> du décès □888 Aucune connue □999 NSP

	Pathologies associées au moment du décès	Temps écoulé entre début pathologie et DC	Source médicale
1			□1 Oui □2 Non □9 NSP
2			□1 Oui □2 Non □9 NSP
3			□1 Oui □2 Non □9 NSP
4			□1 Oui □2 Non □9 NSP
5			□1 Oui □2 Non □9 NSP

Q34. <u>Antécédents</u> de santé connus <u>avant</u> le décès : □888 Aucun connu □999 NSP

	Antécédents de santé (apparus avant le DC)	Source médicale
1		□1 Oui □2 Non □9 NSP
2		□1 Oui □2 Non □9 NSP
3		□1 Oui □2 Non □9 NSP
4		□1 Oui □2 Non □9 NSP
5		□1 Oui □2 Non □9 NSP

Autres informations sur pathologies et antécédents : _____

_____

_____

Q35. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou <1 an après un autre décès ? □0 Non

□1 Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi de la liste, **Numéro ID**_____

□2 Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi hors liste

□3 Oui, décès d'une pers. avec un chez soi □4 Oui, mais ne connaît pas le logement de la personne

□9 NSP

→Q36. Délai en jours : _ _ _

→Q37. Lien avec l'autre personne décédée : □1 Ami □2 Famille □3 Couple □4 Cohabitant dans la même structure □ Autre □9 NSP

Q 37Précisions : _____

_____

_____

III. CONTEXTE ADMINISTRATIF AU MOMENT DU DECES

Q38. Situation administrative en règle pour les personnes étrangères: □1 Régulière □2 Irrégulière □9 NSP

Q 39 Date d'arrivée en France : _____/_____/_____

Q 40 Présence totale en France en classes :

□1 <6 mois □2 [6 mois – 1 an [□3 [1 – 5 ans[□4 [5 – 10 ans [□5 ≥10 ans □9 NSP

Q 41 : Autres infos sur le parcours de migration :_____

_____

_____

Q42. Francophone : □0 Ne parlait pas français □1 Parlait bien français □2 Parlait un peu français □9 NSP

Q 43 Statut de réfugié : □0 Non demandé □1 Demande en cours □2 Obtenu □3 Refusé □9 NSP

Q44. Protection juridique : □0 Aucune □1 Sauvegarde de justice □2 Curatelle □3 Tutelle□4 MASP □5 MaJ □6 Autre : _____ □7 Oui, mais NSP laquelle □9 NSP

→Q44bis. Précisions : _____

Q45. Domiciliation administrative

□0 Aucune □1 Oui, association □2 Oui, assistante sociale, bureau d'aide sociale ou CCAS

□3 Oui, centre d'hébergement □4 Oui, membre de la famille □5 Oui, ami ou connaissance

□6 Oui, hôtel (hors hôtel social) □7 Oui, poste □7 Oui, chez lui/elle

□8 Oui, autre_____ □9 Oui, mais NSP laquelle □99 NSP

→Q45bis. Précisions : _____

Q46. Couverture maladie :

□0 Aucune couverture maladie □1 Sécurité sociale □3AME □4 Oui, Ne sait pas laquelle □5 En cours de demande □6CMU-Complémentaire □7PUMA □9 Ne sait pas

Q47. Travail (activité rémunérée) dans les 12 derniers mois ? (*que le travail soit déclaré ou non)*

□0 Pas de travail □1 Travail à temps plein □2 Travail à temps partiel
□3 Travail occasionnellement □4 Arrêt de travail (longue maladie ou accident) □9 NSP

→ **Q47bis.** *Précisions* **:** _____

_____

_____

Q48. Etudes les plus élevées : *(pour les étrangers, essayez d'établir une correspondance par l'âge)*

□0 N'a jamais été scolarisé □1 Primaire □2 Collège □3 Préparation d'un CAP, BEP, seconde pro.
□4 Lycée général □5 Lycée technologique ou pro. □6 Supérieur □9 NSP

→ ***Q48bisPrécisions*** : _____

Q49. Parcours professionnel : _____

_____

_____

Q50. Source(s) de revenu (*plusieurs choix possible, entourez la source principale*)

□0 Aucune ressource □1 RSA □2 AAH □3 Assedic/chômage □4 Retraite □5 Salaires/Travail
□6 Pension invalidité ou rentes □7 Allocations familiales □8 Mendicité 9 Artisanat, services informels
□10 Autre : _____ □99 NSP

→ **Q50bis.** *Précisions* **:** _____

Q51. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (*plusieurs choix possible*)

□0 Sans suivi social □1 AS de secteur/CCAS □2 Permanences Sociales d'Accueil □3 Associations
□4 Maraudeurs □5 Autre_____ □6 Tutelle □9 NSP

Q51bis. *Si suivi social, précisez :* _____

_____

_____

Q52.Démarches en cours ou abouties récemment (<1 an avant le décès): *(plusieurs réponses possibles)*

□0 Aucune □1 Accès au logement □2 Accès aux soins □3 Papiers d'identité
□4 Régularisation de la situation administrative □5 Liens familiaux □6 Recherche d'emploi
□9 Autre : _____ □10 Refus de toute aide □99 NSP

→ **Q52bis.** *Précisions* **:** _____

_____

IV. ENFANCE ET FAMILLE, LIENS SOCIAUX

Q53. Qui a élevé la personne ? □99 Ne sait pas

	Qui ?		Qui ?
□1	Deux parents	□6	Grands-parents
□2	Mère seule	□7	Autre membre de la famille : _____
□3	Mère et nouveau compagnon	□8	Autre personne :_____
□4	Père seul	□9	Famille d'accueil
□5	Père et nouvelle compagne	□10	Institut ou foyer

→ **Q53bis.** ***Précisez*** : _____

_____

_____

Q54. La personne a-t-elle été placée à la Ddass, à l'ASE ou à la PJJ?

□0 Sans objet, étranger arrivé en France après 18 ans
□1 Oui, principalement en famille d'accueil □2 Oui, principalement en institution ou foyer
□3 Oui, alternance famille d'accueil et foyer □4 Oui, mais NSP où □5 Non □9 NSP

Q55. Frères et soeurs ? (y compris décédés et issus de familles recomposées) □1 Oui □2 Non □9 NSP

Q55bis. Combien de frères et sœurs ? _ _

Q56. Pays de naissance de la Mère ? _ _ /_____

Q57. Mère vivante **□1 Oui □2 Non □9 NSP**

Q58. Pays de naissance du Père ? _ _ /_____

Q59 Père vivant □1 Oui □2 Non □9 NSP

Q60 Précisions sur la famille : _____

_____

_____

_____

Q59. Mode de vie: □1 Seul □2 En couple □3 En famille □4 En groupe □9 NSP

Q60. La personne était elle en couple au moment du décès ? □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q61. La personne avait des enfants ? □$_1$ **Oui** □$_2$ **Non** □$_9$ **NSP**

Q62. Nombre d'enfants : _ _ **Q62.bis** Dont mineurs : _ _ **Q62ter** Dont vivant avec la personne : _ _

Précisions : _____

_____

Q63. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle rencontré des membres de la famille ?

□$_0$ Sans objet, pas de famille □$_1$ Oui, au moins 1 fois par mois □$_2$ Oui, au moins une fois l'année
□$_3$ Non, jamais au cours des 12 derniers mois □$_9$ NSP

Q64. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle communiqué avec des membres de la famille par téléphone, sms, internet, courrier... ?

□$_0$ Sans objet, pas de famille □$_1$ Oui, au moins 1 fois par mois □$_2$ Oui, au moins une fois l'année
□$_3$ Non, jamais au cours des 12 derniers mois □$_9$ NSP

→ **Q64bis.** *Précisions liens familiaux* **:** _____

_____

_____

_____

Q65. La personne avait-elle des liens sociaux avant le décès ? □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

→ **Q66.** ***Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles)*** *:*

□$_1$ Amis □$_2$ Voisinage du lieu de vie □$_3$ Famille
□$_4$ Accueil de jour □$_5$ Maraudes □$_6$ Paroisse
□$_7$ Co-habitants de la structure d'hébergement □$_8$ Structure de suivi social
□$_9$ Autre :_____

Q67. Activités bénévoles, implications dans activités associatives ou sociales : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Q68. Vivait avec un animal : □$_1$ Oui □$_2$ Non □$_9$ NSP

Autres informations sur le contexte social : _____

_____

_____

_____

V. RUPTURES ET EVENEMENTS ADVERSES

Q69. Quelles ruptures la personne a-t-elle connu dans sa vie ? □$_0$ Aucune rupture connue □$_{99}$ Ne sait pas

	Rupture			**Rupture**
□$_1$	Placement		□$_{11}$	Perte d'emploi
□$_2$	Deuil d'un parent		□$_{12}$	Perte d'un logement
□$_3$	Deuil d'un frère ou d'une sœur		□$_{13}$	Maladie
□$_4$	Deuil d'un fils/fille		□$_{14}$	Maltraitance dans l'enfance
□$_5$	Deuil d'un(e) conjoint(e)		□$_{15}$	Violence conjugale
□$_6$	Deuil autre : _____		□$_{16}$	Détention
□$_7$	Déménagement/Immigration		□$_{17}$	Dette
□$_8$	Rupture de contact avec un parent		□$_{18}$	Addiction substances illicites ou autre
□$_9$	Rupture de contact avec un enfant		□$_{19}$	Addiction alcool
□$_{10}$	Divorce/séparation conjugale		□$_{20}$	Accident
	Autre : _____		□$_{21}$	Trouble psychiatrique

→ ***Q69bis. Précisions :*** _____

_____

_____

Q70. Quel(s) évènement(s) ont conduit la personne dans la rue ?

□$_1$ Eloignement géographique hors expulsion et motifs financiers □$_2$ Expulsion du logement □$_3$ Expulsion de chez un tiers
□$_4$ Séparation conjugal □$_5$ Séparation familiale □$_6$ Travail (chômage, accident du travail..)
□$_7$ Décès d'un proche (famille, ami…) □$_8$ Maladie □$_9$ Sortie de détention □$_{10}$Violences conjugales ou familiales
□$_{11}$ Autre :_____ □$_{99}$ Ne sait pas

→ *Complément d'information* : _____

_____

VI. INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT

Q71. Lieux d'habitation (où la personne a dormi au moins une nuit) :

	Lieu d'habitation	Temps passé dans ce lieu en jours
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Temps cumulé de vie entière…	Précis si connu	En classe
… **Q72.** <u>En situation de rue</u> *(rue ou hébergement d'urgence)*	____ jours OU ____mois OU ____années	□0 Jamais □1 <6 mois □2 [6 mois – 1 an [□3 [1 – 5 ans [□4 [5 – 10 ans [□5 ≥10 ans □9 NSP
… **Q73.** Hébergé, mais sans logement personnel	____ jours OU ____mois OU ____années	□0 Jamais □1 <6 mois □2 [6 mois – 1 an [□3 [1 – 5 ans [□4 [5 – 10 ans [□5 ≥10 ans □9 NSP

Q74. Logement pérenne disponible : □1 Oui □2 Non
Précisions : _____

Q 75. Autres infos sur le logement : _____

Stabilité du lieu de vie

	3 mois	1 an
Q76. Nombre de changements **Choisi** de lieu de vie		
Q77. Nombre de changement **Subi** de lieu de vie		
Q78. Nombre de lieux de vie fréquentés (au moins une nuit)		

Q79.Fréquentation Accueil de jour au cours de la dernière année : □0 Non □1 Oui, ponctuellement
□2 Oui, régulièrement □3 Oui, fréquence NSP □9 NSP
Précision : _____
Q80. Fréquentation Hébergement d'urgence au cours de la dernière année : □0 Non □1 Oui, ponctuellement
□2 Oui, régulièrement □3 Oui, fréquence NSP □9 NSP Précision : _____

VII. INFORMATIONS MEDICALES

Aucune information : □

Q81. Addictions : □0 Non □1 Oui, anciennement □2 Oui, actuellement □9 NSP

- **Q82.** Alcool : □0 Non □1 Oui, anciennement □2 Oui, actuellement □9 NSP
- **Q83.** Drogue : □0 Non □1 Oui, anciennement □2 Oui, actuellement □9 NSP
- **Q84.** Médicament : □0 Non □1 Oui, anciennement □2 Oui, actuellement □9 NSP
- **Q85.** Tabac : □0 Non □1 Oui, anciennement □2 Oui, actuellement □9 NSP

→ **Q86.** *Précisions* : _____

Q87. Trouble Mental (y compris dépression, tentative de suicide) : □1 Oui □2 Non □9 NSP

→ **Q88. Source médicale :** □1 Oui □2 Non □9NSP

Q89. ***Si oui, précisez :*** _____

Q90 La personne at elle bénéficié d'une consultation psychiatrique ? □1 Oui □2 Non □9NSP

Q91 La personne at elle bénéficié d'un traitement psychiatrique ? □1 Oui □2 Non □9NSP

Q92. Hospitalisation au moment du décès : □1 Oui □2 Non □9 NSP

→ ***Q92bis. Précisez :*** _____

Q93. (Autre) Hospitalisation dans les 12 mois précédent le décès : □1 Oui □2 Non □9 NSP

→***Q93bis. Précisez :*** _____

_____

Q94. Nombre **d'hospitalisations** au cours des 12 derniers mois **:** _____ □999 NSP

Q95. Nombre **d'admissions aux urgences** au cours des 12 derniers mois **:** _____ **□999 NSP**

Q96 Durée d'hospitalisation globale au cours des 12 derniers mois

□1 <1 semaine □2 [1 semaine-un mois [□3 [1 et 3 mois [

□4 [3 et 6 mois [□5 ≥6 mois □9

Q97. Durée de la dernière hospitalisation : _____Jours □999 NSP

Q98 Temps entre la dernière sortie et le décès : □1 <1 semaine □2 [1 semaine-un mois [□3 [1 et 3 mois [□4 [3 et 6 mois [□5 ≥6 mois □9 NSP

Q99. Suivi médical : □1 Oui □2 Non □9 NSP

→ **Q99bis.** ***Si oui, précisez :*** _____

Q100. Autres informations sur le parcours et le suivi médical : _____

_____

_____

_____

VIII. CONTACTS CONCERNANT LA PERSONNE

	Nom	Qui est-ce ?	Téléphone / Contact	Date du 1er contact
1				__/__/____
2				__/__/____
3				__/__/____
4				__/__/____
5				__/__/____
6				__/__/____

IX. INFORMATIONS FUNERAILLES

Q101. Date des funérailles : __/__/____ **Q101. Lieu des funérailles**: _____

Q102. Devenir du corps : □1 Inhumation □2 Crémation □3 Rapatriement □9 NSP

Q103 Type de convoi : □1 Convoi individuel □2 Convoi collectif □9 NSP

Q104. Prise en charge par la ville ? □1 Oui □2 Non □9 NSP **Q94bis. Quelle ville ?** _____

Q105. Qui a organisé les funérailles ? _____

Q106. Qui était présent ? _____

Q107. Autres informations inhumation : _____

_____

_____

Q108. Compte rendu Thiais consulté par équipe épidémio : □1 Oui et questionnaire complété □2 Oui et pas d'info□1 Non, à faire □2 Sans objet, pas accompagné à Thiais

Q 109. Autres informations libres sur la personne, les proches, etc.. :_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les entretiens sur l'accès aux soins

IDI … date ../../…..

Historique travail:

Type de structure et activités ?

Votre position ?

Sdf et santé:

1. Avez-vous vécu que une personne sdf avait des soucis de santé ? Quels soucis de santé sont rencontrés souvent ? (maladie chroniques ? troubles psy ?)
2. Quelle procédure pour les prendre en charge d'habitude ? Où vont les personnes 'sdf' à votre connaissance ? Où dites-vous d'aller ou où les amenez-vous ?
3. Quelles difficultés peuvent être rencontrées pour une bonne prise en charge? Avez-vous un exemple concret de quelqu'un qui a eu du mal à se faire soigner ?
4. Quelles option pour la santé mentale ou les troubles psy ? Voyez-vous d'autres difficultés que pour les problèmes physiques ?
5. Quelle est la situation pour les personnes avec des addictions ?
6. Connaissez-vous des personnes qui sont décédées de maladie qui auraient pu être guérie avec un meilleur suivi ?
7. Selon vous, quels sont les problèmes principaux dans le système de santé à Paris, pour une bonne prise en charge des personnes sans chez soi? Quelle est votre opinion sur les services gratuits qui existent – les PASS, les LHSS, les consultations MDM,…)
8. Comment améliorer cette situation ?

COLLECTIF
Les MORTS
de La RUE