

Mortalité des personnes sans domicile 2022

DÉNOMBRER & DÉCRIRE

11^{ème} rapport annuel



Publication novembre 2023

COLLECTIF
Les **MORTS**
de La **RUE**

Rapport Dénombrer & Décrire

A publier le 27 octobre 2023

Paris

Soutenu par



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation interministérielle
à l'hébergement et à
l'accès au logement**

Edito

624 personnes. Tel est le nombre de décès recensés en France en 2022 par le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR). 624 personnes sans chez soi, 624 personnes qui étaient sans logement personnel, à la rue, dans un abri, en squat ou encore dans une structure d'hébergement au cours de leurs derniers mois de vie. Les différentes méthodes de recensement divergent dans leurs estimations du nombre de personnes sans chez soi vivant en France, néanmoins ces chiffres interpellent. Ce qu'ils ne révèlent peut-être pas, ce sont les visages, les vies et les histoires qui se cachent derrière ceux-ci. Les causes du sans chez soi sont complexes et sont le plus souvent la convergence de facteurs individuels et structurels tels que la pauvreté, les expériences négatives vécues pendant l'enfance, les troubles mentaux et comportementaux, l'absence de domicile comme entrave supplémentaire à l'accès aux droits, ...

Il est indéniable que le nombre de décès recensés a augmenté de manière spectaculaire au cours des dernières années, allant de 406 en 2012 à 624 à 2022 (+54%). Malgré tout, il ne s'agit que d'une vision partielle de cette sombre réalité. Notre étude réalisée cette année montre une fois de plus la diversité des personnes sans chez-soi en termes d'âge, de genre, d'origine et de composition familiale. Cette hétérogénéité inclue des hommes et des femmes adultes, des personnes âgées et des jeunes, des migrants et des autochtones, ainsi que des enfants.

Sans oublier également la détérioration de la santé des sans chez soi, dont la conséquence la plus extrême est la mort prématurée¹. Les personnes sans chez soi présentent des taux élevés de maladies physiques et mentales, liées à leurs conditions de vie insalubres et difficiles, amplifiées par des situations de stress et des troubles psychiatriques qui sont des causes majeures de ces maladies². C'est l'ensemble de ces problèmes et circonstances spécifiques aux personnes sans chez soi que ce rapport se propose d'explorer.

Le rapport Dénombrer & Décrire dresse, comme chaque année, le triste constat des décès précoces de ces personnes ayant été confrontées à une situation de grande vulnérabilité (voir Chapitre 1). Depuis 9 ans, salariés et bénévoles du CMDR s'efforcent de recenser systématiquement les décès de personnes sans chez soi en France, bien que le résultat soit loin d'être exhaustif. Selon l'étude effectuée en 2014 en partenariat avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc), unité de service de l'Inserm en charge de produire la statistique nationale des causes médicales de décès, la réalité se tenait autour d'un peu plus de 2000 décès par an (6730 personnes sans chez soi décédées entre 2008 et 2010)³.

Afin de mieux orienter les réponses aux besoins spécifiques des personnes sans chez soi, nous avons examiné des différences entre les sous-groupes de personnes sans chez soi, chez les hommes et les femmes (voir Chapitre 2). Cette information est importante pour la planification des programmes (par exemple, les programmes de réinsertion dans l'emploi, de réhabilitation des personnes ayant des addictions pour un accès à des professionnels spécialisés). De plus, nous avons également analysé l'accès à la santé pour les personnes en situation de rue, travail réalisé en partenariat avec le programme « Pas de Santé Sans Toit » de Médecins du Monde (voir Chapitre 3).

¹ Les personnes vivant dans la rue l'urgence d'agir : Marie-Hélène Boidin Dubrule et Stéphane Junique, Décembre 2018 https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_32_situation_sdf.pdf

² Communication : La santé des sans chez soi, Health of the homeless. Bull acad nat med, février 2013. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/09/pages-de-277-292.pdf>

³ C. Vuillermoz, A.Aouba, L.Grout, S.Vandentorren, F.Tassin, M.Moreno-Betancur, et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. Eur J Public Health. 2016;26(6):1028-33.

Avec la crise du logement et celle de l'emploi qui s'aggravent au fil des années, les inégalités socio-économiques qui s'accroissent et les réductions de l'aide sociale qui laissent bon nombre de personnes dans une pauvreté accentuée^{4 5}, il est essentiel de prendre des mesures pour prévenir le sans chez soi, notamment en renforçant les chances de chacun dans la vie, en permettant aux jeunes et adultes en âge de travailler de jouir d'une participation sociale, économique et culturelle dans la société, et réduire le risque de sans chez soi chez les enfants et les jeunes, parfois sujets des troubles mentaux liés au sans chez soi de leurs parents.

⁴ Crise économique, santé et inégalités sociales de santé : Haut conseil de santé publique, mars 2016
file:///C:/Users/proch/Downloads/hcspr20160204_Criseecosanteinegalisocdesante.pdf

⁵ Le logement, vecteur des inégalités par Fanny Bugeja-Bloch et Anne Lambert, avril 2020
https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20200427_logement.pdf

Un homme

Il est mort un jour d'avril dans une ville de banlieue, nous ne savons ni son nom, ni son âge, ni son histoire de vie.

RECITS DE VIE # Ce récit est une situation réelle.

EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DECRIRE AU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Comité de pilotage

Chrystel ESTELA, coordinatrice du CMDR	Adèle LENORMAND, coordinatrice de l'équipe D&D
Larissa FOSSI DJEMBI, épidémiologiste du CMDR	
Bérangère GRISONI, présidente du CMDR	Philippe RENARD, trésorier du CMDR
Isabelle JOUY, administrative-secrétaire du CMDR	Marie-Christine TARDIEU, médecin du travail retraitée et ancienne enquêtrice D&D
Danièle KOGEL, membre du bureau du CMDR	

Comité Consultatif

Maya ALLAN, épidémiologiste à l'OMS, épidémiologiste du CMDR (2014-2017)	Thomas LELLOUCH, directeur de Projet Statistiques de la grande pauvreté à Insee
Julien AMBARD, épidémiologiste du CMDR (2019-2022)	Louise LESPAGNOL, coordinatrice de l'équipe D&D (2021-2022)
Chrystel ESTELA, coordinatrice du CMDR	Raphaël PETIT, coordinateur de l'équipe D&D (2019-2021)
Larissa FOSSI DJEMBI, épidémiologiste du CMDR	Roger SALAMON, professeur de santé publique, ancien président du Haut Conseil de la santé publique
Bérangère GRISONI, présidente du CMDR	Sheïma SALMI, chargée d'études hébergement logement, ancienne enquêtrice D&D
Lise GROUT, épidémiologiste chez Epicentre, épidémiologiste du CMDR (2012-2014)	Cécile ROCCA, coordinatrice du CMDR (2003-2022)
Carole LARDOUX, responsable de l'observation sociale à la FAS	Marie-Christine TARDIEU, médecin du travail retraitée et ancienne enquêtrice D&D
Ghislain LEDUC, épidémiologiste	
Adèle LENORMAND, coordinatrice de l'équipe D&D	

Équipe Dénombrer & Décrire

Margot BARATTE	Marine LAVAGNA
Dominique BONNET	Adèle LENORMAND
Jean CANESSE	Marianne MONSAURET
Caroline DAVID	Pascale MOSMANT
Dominique DARCE	Charlotte POCCECHI
Olivier DONNAT	Elise SAHL
Rodrigue ELICHONDOBORDE	Pierre SEUZARET
Mylène GARCIA	

Financement du projet

Ce projet a été financé en grande partie la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au Logement (Dihal). Le complément vient des fonds propres du CMDR (adhésions et dons).

Ce travail est dédié :

Aux hommes, aux femmes, aux enfants « sans chez soi » qui sont décrits dans cette étude ;
A leurs amis, leurs familles, aux associations qui ont été proches d'eux durant leur parcours ;
A tous ceux qui vivent à la rue actuellement, et à ceux qui risquent d'y arriver, par suite d'expulsions,
d'incidents de parcours, de soins, de migrations... ;
A tous les responsables des politiques publiques ;
A tous les citoyens, pour les informer de cette situation tragique souvent méconnue et qu'ils
sensibilisent leurs élus ;
Aux morts anonymes sans chez soi dont nous n'avons pas appris les décès.

REMERCIEMENTS

Nous remercions d'abord toutes les personnes qui nous soutiennent dans notre travail et qui nous signalent les décès dont elles ont connaissance. Nous espérons que vous avez trouvé le soutien nécessaire à travers nos échanges au moment du décès, et que vous trouverez un nouvel intérêt à notre travail en lisant ce rapport.

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions lors de l'enquête permettant de retracer le parcours de vie de la personne décédée. Il n'est pas toujours facile de reparler d'une personne qu'on a bien connue, décédée quelques mois plus tôt, et dont une partie des données sont sensibles. Nous espérons que vous serez satisfait.e.s du travail qui a été réalisé à partir des informations que vous avez pu nous transmettre et que ce rapport permettra à sa manière de garder en mémoire tous ces hommes, femmes et enfants sans chez soi.

Merci à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) d'avoir renouvelé sa confiance au Collectif Les Morts de la Rue en nous accordant des moyens supplémentaires par l'augmentation de sa subvention.

Nous remercions également les institutions et les associations qui se sont fortement impliquées dans cette étude en signalant systématiquement les décès et en nous transmettant de nombreuses données. Merci d'avoir porté cette étude dans vos organismes respectifs et de nous donner accès à ces informations précieuses.

Dans le cadre du rapport de cette année, nous avons aussi eu l'opportunité de rencontrer plusieurs acteur.rice.s du médico-social à Paris, afin d'évoquer la santé des personnes sans chez soi, en partenariat avec l'équipe « Pas de Santé Sans Toit » de Médecins du Monde. Un grand merci à Alexandre Barroin, Matthieu Fieulaine, Dr Bertrand Galichon, Vanessa Gimeno, Dr Corinne Launay et à Laury Lesueur. Nos remerciements également à Harmonie Vandame pour son appui lors des entretiens, et à Guillemette Soucachet pour la coréalisation du chapitre 3.

Enfin, un grand merci à toute l'équipe du Collectif Les Morts de la Rue, salarié.e.s, collaborateur.rice.s indépendant.e.s, volontaires en service civique et bénévoles, qui ont participé au projet « Dénombrer et Décrire ». Ce travail n'aurait pu se faire sans votre investissement, votre enthousiasme et votre rigueur.

TABLE DES MATIERES

EQUIPE EN CHARGE DU PROJET DENOMBRER ET DECRIRE AU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	6
PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE	11
LISTE DES ABREVIATIONS	14
LISTE DES TABLEAUX.....	16
LISTE DES FIGURES	17
CHAPITRE 1 - MORTALITÉ DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2022	18
INTRODUCTION.....	19
MÉTHODES.....	22
RÉSULTATS	24
DISCUSSION.....	49
CONCLUSION.....	51
ANNEXES	52
Annexe 1 – Sources de signalement	52
Réseau associatif.....	52
Sources institutionnelles	52
Réseaux sociaux	52
Des particuliers.....	52
Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR en 2022	53
Annexe 3 – Associations et Collectifs d’accompagnement des morts de la rue	54
Annexe 4 – Veille médiatique	55
Annexe 5 – Fiche de signalement	56
Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données	57
Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR	67
Les données démographiques	67
Les données sur le décès	67
Le contexte administratif, social et familial	67
Le logement.....	68
Les données médicales	68
Les contacts	68
Les données concernant l’inhumation	68
Une partie de commentaires libres.....	68

Annexe 8 – Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS	69
Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR	70
Données relatives à l'état de santé	70
Données relatives au suivi administratif	71
Données relatives à l'enfance et aux ruptures	73
Données relatives au parcours résidentiel	74
Données relatives aux sources de signalement	75
CHAPITRE 2 – FOCUS SUR LA MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2022 SELON LE GENRE*	77
INTRODUCTION	78
MÉTHODES	79
RÉSULTATS	81
DISCUSSION	88
CONCLUSION	89
ANNEXES	91
Annexe 1 : Proportions de données manquantes sur les variables issues de la comparaison hommes et femmes	91
Annexe 2 : Principales pathologies selon le genre	92
Annexe 3 : Etudes académiques selon le genre	92
Annexe 4 : Type de travail selon le genre chez les personnes décédées sans chez soi de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France	93
CHAPITRE 3 – Santé et mortalité des personnes en situation de rue à Paris	95
INTRODUCTION	96
METHODES	97
SANTÉ EN RUE	99
LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES À LA RUE	105
CONCLUSION	116
REFERENCES	117

PRESENTATION DU COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE

Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) est une association créée en 2003, qui regroupe un ensemble d'acteur.ice.s de terrains, d'associations et de personnes elles-mêmes en situation de sans chez soi ou anciennement sans chez soi, tous en lien permanent avec les personnes en situation de précarité.

Il a pour mission de faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée, de dénoncer les causes souvent violentes de ces morts, de veiller à la dignité des funérailles et enfin de soutenir et d'accompagner les proches en deuil (amis, familles, professionnel.le.s, bénévoles, ...).

Le Collectif Les Morts de la Rue se compose d'une équipe de professionnelles salariées et d'une intervenante indépendante, de volontaire en Service civique et de plus de 150 bénévoles, tous engagé.e.s sur les différentes actions :

- **L'hommage public aux Morts de la Rue⁶** : Un hommage public national a lieu chaque année pour honorer les personnes sans chez soi décédées.
- **L'accompagnement des Proches en Deuil (PED)** : Depuis ses débuts, le CMDR est en lien avec des proches de personnes décédées à la rue : familles, ami.e.s, associations, etc. Ces personnes contactent le Collectif Les Morts de la Rue pour signaler un décès, obtenir des renseignements à propos d'un.e proche mort.e à la rue ou parce qu'elles sont inquiètes pour une personne disparue. Elles sont accueillies par téléphone ou dans les locaux du CMDR et sont soutenues par les équipes de PED pour faire face à cet événement tragique.
- **Faire vivre la mémoire des morts de la rue** : des binômes de jeunes volontaires en service civique se succèdent tous les 6 ou 8 mois au sein du Collectif Les Morts de la Rue. Ils travaillent spécifiquement sur la mission « Mémoire des morts de la rue ». Celle-ci consiste, via des enquêtes de terrain à Paris, à recueillir des témoignages et des anecdotes sur la vie des femmes et des hommes dont le Collectif apprend le décès. Par le biais du blog « Mémoire des Morts de la Rue »⁷, les différents binômes retracent des parcours de vie et tentent surtout d'apporter une mise en lumière sur qui étaient ces personnes. Les volontaires en service civique apportent également une aide dans la réalisation de l'étude Dénombrer & Décrire.
- **L'accompagnement des morts isolés en convention avec la Ville de Paris⁸**: L'Institut médico-légal (IML) et les Services Funéraires de la Ville de Paris informent l'équipe PED (Proches En Deuil) des corps que nul n'a réclamés. Des bénévoles accompagnent alors les défunt.e.s au cimetière Parisien de Thiais et leur rendent un hommage individuel grâce aux informations recueillies par l'équipe PED. Une trace écrite est conservée au CMDR afin de pouvoir rendre compte aux familles (qui apprennent parfois le décès avec du retard) de ce qui s'est passé, du texte qui a été lu, de la fleur qui a été déposée. De janvier à décembre 2022, parmi les 357 morts isolés accompagnés par le CMDR, 67 au moins avaient vécu sans chez soi, 4 étaient des anciens de la rue, 14 n'étaient pas tout à fait identifiés (X pouvant être), 17 n'étaient pas identifiés.
- **La formation et l'appui aux acteurs confrontés aux décès**. Sont réalisés :
 - Des débriefings avec des personnes hébergées, des bénévoles ou des travailleur.se.s sociaux.les confronté.e.s à un décès ;

⁶ <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?rubrique138>

⁷ <https://memoiredesmortsdelarue.wordpress.com/>

⁸ <http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article321>

- Des formations « Boîte à Outils ». Ces interventions sont organisées afin de mettre à disposition des professionnel.le.s, des outils leur permettant de mieux faire face aux situations de décès (support administratif et juridique, éclairages sur le droit des personnes, rôle de la personne de confiance ou comment mettre en place et gérer un testament).
- Les Petits dej'FUN (funéraires) : permettre de libérer la parole des résidents en maison relai, pensions de famille, CHRS...sur les questions concernant le « funéraire » mais aussi les inquiétudes ou souhaits sur la période entourant fin de vie et mort, dans un climat de détente autour d'un temps convivial. Permettre d'ouvrir des pistes que les professionnels de la structure pourront accompagner par la suite .
- **L'étude Dénombrer & Décrire (D&D)** décrit la mortalité et les parcours des personnes sans chez soi. Bien que le CMDR ne soit pas une unité de recherche, l'équipe D&D recense les décès de personnes sans chez soi sur l'ensemble du territoire français, et mène des enquêtes afin de retracer leur parcours. Ce travail se conclut chaque année par la publication du rapport Dénombrer & Décrire, qui décrit la mortalité des personnes sans chez soi en France.
- Le CMDR mène également des actions de communication, de mobilisation et d'interpellation (communiqué de presse, veille et interpellation). Le CMDR est également membre du Collectif des Associations Unies (CAU) pour une nouvelle politique du logement, et participe activement à ses travaux et actions de communication.
- Enfin, chaque année, est organisé le « Forum des Associations et Collectifs de France (et de Bruxelles) », qui permet la rencontre différentes équipes engagées dans l'accompagnement des morts de la rue ou anciennement de la rue. Chaque association est indépendante et possède une histoire et des objectifs qui lui sont propres. Ces différences font la richesse de ces rencontres qui se poursuivent de manière plus informelle tout au long de l'année.

Eva 24 ans

Venue de Pologne en 2019 pour suivre son ancien compagnon qui travaillait ici. Eva a été hébergée pendant un petit moment chez un particulier, avant d'aller vivre en squat avec son compagnon où ils se sont ensuite installés avec leurs chiens. Au début de l'année 2022, le compagnon d'Eva décède. La jeune femme est très affectée par cette perte, et rejetée par la communauté polonaise qui l'estime responsable de ce décès. Elle se replie sur elle-même, souffre de polyaddictions. Elle ne prend plus soin d'elle et ne se saisit pas des propositions d'aide. Le fait de ne pas parler français n'a fait que rajouter à ses difficultés pour entrer en contact.

Eva est morte à l'hôpital au cœur de l'été. Pour les associations qui la connaissaient, elle serait « morte de chagrin ». Son corps a été rapatrié en Pologne.

RECITS DE 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

LISTE DES ABREVIATIONS

A-SCS	Personne Anciennement Sans Chez Soi
AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AHI	Dispositif d'Accueil Hébergement Insertion
AHI-L	Dispositif de l'Accueil Hébergement Insertion et du Logement
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
ASLL	Accompagnement Social Lié au Logement
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Examen des Situations
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAU	Collectif des Associations Unies
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHRS	Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIM10	Classification Internationale des causes Médicales de décès, 10 ^{ème} version
CMDR	Collectif Les Morts de la Rue
CMU-C	Complémentaire de la Couverture Maladie Universelle, aujourd'hui Complémentaire santé solidaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDE	Comité pour la santé des exilés.e.s
COFIL	Comité de pilotage
COVID-19	Maladie infectieuse émergente provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2, COronaVirus Disease 2019
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
D&D	Projet Dénombrer & Décrire: Surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi ou ayant connu une période sans logement
DDETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESI	Espace Solidarité Insertion
ESSIP	Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité
ETHOS	Typologie européenne de l'exclusion liée au logement
ETP	Équivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé

FAP	Fondation Abbé Pierre
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité, anciennement FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale)
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans chez soi
FNSS	Fédération Nationale des Samu Sociaux
FSH	Fédération Santé Habitat
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
HYTPEAC	Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanées » de l'Observatoire du Samusocial de Paris; 2013
IC95%	Intervalle de confiance à 95%
IDF	Île-de-France
INED	Institut National d'Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSERM-CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LAM	Lits Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAR	Missing At Random
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCAR	Missing Completely At Random
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIDELCA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MNAR	Missing Not At Random
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction ou test d'amplification des acides nucléiques
PED	Équipe Proches En Deuil du CMDR
PUMa	Protection Universelle Maladie, anciennement CMU (Couverture Maladie Universelle)
R-SCS	Personne Récemment Sans Chez Soi
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAI	Sans Autre Information
SAMENTA	Rapport sur la Santé Mentale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France de l'Observatoire du Samusocial de Paris et de l'INSERM; 2010.
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (syndrome respiratoire aigu sévère)
SCS	Personne Sans Chez Soi
SDF	Sans Domicile Fixe
SI-SIAO	Système d'information des SIAO
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
TS	Travailleur Social
UE	UEpéenne
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux et intercommunaux d'Action Sociale
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Définition de cas de surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi utilisée par le CMDR, France.....	22
Tableau 2 : Nombre de décès recensés en France par le CMDR, 2012-2022	24
Tableau 3 : Description des personnes sans chez soi décédées en 2022 et sur la période 2012-2021, recensées par le CMDR 2022, France.....	27
Tableau 4 : Distribution des causes de décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2022 et sur la période 2012-2021.....	33
Tableau 5 : Distribution des principales pathologies et antécédents des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2022	36
Tableau 6 : Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2022	37
Tableau 7 : Comparaison de la distribution de l'âge selon la classe de temps d'errance avec correction de Bonferroni, test de Mann-Whitney, CMDR 2022.....	37
Tableau 8 : Comparaison des personnes en situation de rue et hébergées en 2022, recensées par le CMDR, France.....	39
Tableau 9 : Comparaison des personnes sans chez soi et anciens sans chez soi en 2022, recensées par le CMDR, France.....	41
Tableau 10 : Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2022 et la population générale décédée en France, INSEE 2022.....	44
Tableau 11 : Données de santé des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France	70
Tableau 12 : Suivi administratif des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France	71
Tableau 13 : Données relatives à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France	73
Tableau 14 : Données sur l'errance et l'hébergement des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France	74
Tableau 15 : Sources de signalement des décès des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France.....	75
Tableau 16 : Informations sur l'identité et le décès des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France	82
Tableau 17 : Informations sur la santé des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France.....	83
Tableau 18 : Informations sur la situation administrative et sociale des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France	85
Tableau 19 : Principales pathologies chez les hommes et femmes décédés sans chez soi de 2012 à 2022, recensés par le CMDR, France.....	92
Tableau 20 : Etudes académiques chez les hommes et femmes sans chez soi décédés de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France.....	92
Tableau 21 : Type de travail chez les hommes et femmes sans chez soi décédés de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France.....	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Classification ETHOS des personnes sans chez soi décédées en 2022 et en 2021 recensées par le CMDR.....	25
Figure 2 : Evolution des décès des SCS selon leur pays de naissance (pays ayant plus de 5 décès), hors France, de 2012 à 2022	28
Figure 3 : Répartition du statut des personnes décédées en 2022, selon la présence d'enfants.....	29
Figure 4 : Répartition des décès des personnes sans chez soi en 2022 et en 2012-2021, selon la région de décès en France.....	30
Figure 5 : Répartition des lieux de décès selon les classes d'âges en 2022	30
Figure 6 : Répartition des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2022 selon le mois de décès.....	31
Figure 7 : Répartition des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2022 selon la saison de décès	31
Figure 8 : Distribution de l'âge selon les causes de décès parmi les personnes sans chez soi, CMDR 2022 , N=624	34
Figure 9 : Distribution des causes de décès selon le pays d'origine (France, UE, Hors UE) des décès sans chez soi recensés par le CMDR en 2022.....	34
Figure 10 : Distribution des causes de décès selon la classe d'âge pour chaque pays d'origine (France, UE, Hors UE) des décès sans chez soi recensés par le CMDR en 2022	35
Figure 11 : Causes de décès chez les personnes en hébergement et en situation de rue en 2022.....	40
Figure 12 : Temps d'errance chez les personnes décédées en situation de rue et anciennement sans chez soi, recensées par le CMDR en 2022	42
Figure 13 : Pyramide des âges des personnes décédées sans chez soi en 2022, recensés par le CMDR, France	45
Figure 14 : Pyramide des âges des décès en Population générale, 2021, France (source Insee)	45
Figure 15 : Décès par région de France en population générale 2021 (source Insee) et chez les personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2022, France	46
Figure 16 : Décès selon le lieu du décès chez les dans chez soi (CMDR, 2022) et en population générale (Insee, 2021), France	47
Figure 17 : Causes de décès chez les sans chez soi (CMDR 2022) et en population générale (Insee 2020)	47
Figure 18 : Répartition des personnes sans chez soi du CMDR, de 2012 à 2022 selon le genre, France ..	81
Figure 19 : Causes de décès chez les personnes sans chez soi du CMDR, de 2012 à 2022 selon le genre, France.....	81
Figure 20 : Proportions de données manquantes sur les variables issues de la comparaison hommes et femmes.....	91

CHAPITRE 1 - MORTALITÉ DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2022

Recensement et description des personnes sans
chez soi décédées en 2022

INTRODUCTION

Le sans chez soi est un problème de santé publique mondial et complexe, difficile à dénombrer et à décrire. Il n'existe pas de définition universelle du sans chez soi, qui peut se référer aussi bien à des personnes à la rue qu'aux personnes hébergées. Selon l'OCDE en 2020 (1), pour certains pays, cette définition concerne tant les personnes vivant dans la rue ou dans l'espace public que celles vivant dans des dispositifs d'hébergement d'urgence (France, États Unis, Irlande, Italie, Chili, ...). D'autres pays adoptent une définition plus large intégrant les personnes vivant en hôtel et celles hébergées par des tiers (Australie, Canada, Allemagne, Suède, ...). En raison des difficultés à définir le sans chez soi, les données sur la prévalence du phénomène varient. Les estimations suggèrent qu'un pour cent de la population mondiale est touchée par le sans chez soi (1).

Les causes du sans chez soi sont multiples, relatives à l'histoire des individus (les problèmes familiaux, la pauvreté, la mauvaise santé mentale et/ou la consommation de substances psychoactives, les abus dans l'enfance) et les causes structurelles/sociales (manque de logements abordables et adéquats, la perte d'un emploi, la migration, absence de politiques d'aide sociale) (2). De plus, les profils des personnes sans chez soi sont diversifiés, tant en termes de genre, d'âge, d'origine ou de composition familiale (3). Il a été constaté parmi les personnes sans chez soi une hausse importante du nombre de jeunes (15-29 ans). C'est le cas de l'Australie, où les jeunes de 15-24 ans représentent 24 % des sans chez soi, et près de 60% des sans chez soi sont âgés de moins de 35 ans (4). Il est de plus en plus fréquent de retrouver également des familles à la rue, et donc des enfants. Selon une évaluation annuelle des sans chez soi pendant une nuit aux États-Unis, plus d'un cinquième des sans chez soi étaient des enfants, représentant 35% de la population des sans chez soi (5). Tout cela mérite donc une attention plus soutenue. Selon l'OCDE, cette situation qui touche de plus en plus d'individus s'explique par la dégradation des salaires et les conditions d'accès à un logement abordable de plus en plus difficiles.

La surmortalité liée à l'exclusion sociale est extrême, et conduit à une mort-prématurée. D'après la revue systématique de Robert Aldridge, on observe un taux de mortalité environ huit fois plus élevé chez les hommes et douze fois plus élevé pour les femmes que pour la moyenne de la population (5)

En France, la dernière étude à l'échelle nationale portant sur les personnes sans chez soi réalisée par l'INSEE et l'INED (6) en 2012, dénombrait près de 142 900 personnes sans chez soi sur le territoire français. Parmi les personnes sans chez soi (7), 77% étaient âgés de 18 à 49 ans, 38% étaient des femmes. 26% des personnes vivaient en couple et 29% étaient accompagnées d'enfants. Elles étaient 62% à vivre seules. 10% avaient passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation. Ces données datent aujourd'hui de plus de 10 ans et les chiffres sont probablement sous-estimés au regard des différentes crises auxquelles la France et plus généralement l'Union Européenne ont dû faire face. Faute d'études plus récentes et malgré les différentes initiatives de recensement à l'échelon de villes et de métropoles françaises, on peut se reporter à l'évaluation faite fin 2022 par la Fondation Abbé Pierre (FAP) (8). Selon le dernier rapport de la FAP, 4,1 millions de personnes mal logées dont 1 098 000 personnes privées de logement personnel. La FAP estime à 330 000 le nombre de personnes sans chez soi, qu'elles vivent en hébergement collectif, à l'hôtel, en CADA ou hébergés dans un logement associatif ou à la rue (8).

C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent rapport qui résulte du travail mené par le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR). Chaque année, depuis 2003, le CMDR a, parmi ses objectifs, de recenser les décès de personnes sans chez soi survenus sur l'ensemble du territoire français et de décrire le parcours de vie de ces personnes. En 2011, un rapport du cabinet Cemka-Eval commandité par l'ONPES (9) pointait la rareté de ces données, tout comme O.Cha (10) en 2013. Les résultats de la consultation menée par l'ONPES ont conduit à reconnaître l'action du CMDR et à considérer sa base de données comme la plus exhaustive.

Qui sont ces personnes décédées ? Quel âge avaient-elles ? De quoi sont-elles décédées ? Peut-on agir contre cet état de fait ? S'il est déjà compliqué de recenser les personnes « SDF » vivantes, cette tâche s'avère encore plus difficile pour les personnes décédées. Dans notre rapport, nous allons tenter de répondre à plusieurs de ces questions de santé publique, liées au sans chez soi.

L'objectif principal de ce chapitre est de décrire les résultats obtenus par la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR au cours de l'année 2022 en France. Il vise à décrire la mortalité des personnes décédées au cours de cette dernière année et de les comparer d'une part aux données recueillies par le CMDR pour la période 2012-2021, et d'autre part à la mortalité de la population générale en France.

Andrei, 42 ans

Andrei avait quitté la région du Donbass en Ukraine en 2020, départ lié semble-t-il aux événements affectant sa région.

Il vit alors soit à la rue, soit « hébergé » sur les chantiers où il effectue des missions. Il est suivi par un CSAPA qui constate à la fin de l'année 2021 que son état de santé se dégrade. Son orientation vers les services hospitaliers est difficile, il ne parle pas le français et veut continuer à travailler. Il souffre de plusieurs pathologies, est épuisé et amaigri. Des nuits d'hôtel lui sont proposées. On le retrouvera sans vie dans les parties communes de l'hôtel où il était accueilli pour la deuxième nuit. Andrei était une personne discrète, respectueuse, il ne voulait déranger personne. Sa famille n'a pas été retrouvée.

RECITS DE 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

MÉTHODES

Ce travail a pour objet la mise en place d'outils permettant l'établissement de statistiques fiables dans le temps à partir de données qualitatives et quantitatives concernant les personnes sans chez soi décédées en France.

Surveillance de la mortalité

La surveillance réalisée par le CMDR n'étant pas exhaustive, son objectif principal est de recenser l'ensemble des décès de personnes sans chez soi survenant chaque année sur l'ensemble du territoire français⁹. Elle a pour objectifs spécifiques de décrire les caractéristiques des personnes, notamment les causes de mortalité (et lieu de décès, âge et genre) et les parcours avant le décès, et aider à formuler des recommandations quant aux stratégies de prévention et de prise en charge de cette population vulnérable, tout en rendant hommage annuellement à toutes ces personnes décédées qui ont connu à un moment de leur vie un parcours à la rue. Elle a pour finalité d'alerter les différentes parties prenantes quant à la vulnérabilité de cette population et d'inciter à l'action.

Le CMDR s'appuie pour cela sur un réseau de partenaires et d'acteur.ice.s en constante évolution (Annexe 1) : acteur.ice.s associatif.ve.s impliqué.e.s au quotidien auprès des personnes sans chez soi dans l'accueil, l'hébergement ou encore l'insertion (Annexe 2) ; collectifs et associations d'accompagnement des morts de la rue et/ou des mort.e.s isolé.e.s (Annexe 3) ; partenaires institutionnels ; médias (Annexe 4) et particuliers. Ces différentes sources participent, de fait, à la surveillance active de ces événements par une démarche volontaire de signalement des décès (Annexe 5).

A réception d'un signalement, le CMDR initie un premier travail de vérification et confirmation en utilisant les définitions de cas présentées dans le tableau 1¹⁰.

Tableau 1 : Définition de cas de surveillance de la mortalité des personnes sans chez soi utilisée par le CMDR, France

Définition de cas	Catégories spécifiques
Personne « Sans chez soi » : toute personne ayant principalement* dormi au cours des 3 derniers mois précédant le décès dans un lieu non prévu pour l'habitation et/ou hébergé par un tiers	Sans chez soi « en situation de rue » , ayant dormi principalement* : <ul style="list-style-type: none"> - Dans des lieux non prévus pour l'habitation (cave, cabane, voiture, usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique, partie commune d'un immeuble, chantier, tente, métro, gare, rue, pont, toilette publique, parking, square/jardin, bidonvilles, ...) - Dans un centre d'hébergement d'urgence avec remise à la rue chaque matin - Dans un dispositif temporaire mis en place dans le cadre du plan hivernal ou plan grand froid (gymnase réquisitionné)
	Sans chez soi « Hébergé » : ayant dormi principalement* : <ul style="list-style-type: none"> - Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation, quel que soit le centre (foyer d'urgence, centre de stabilisation, CHRS, Hôtel social, Asile de nuit, LHSS, LAM, les centres du dispositif national d'accueil, ...) - Dans un logement squatté (logement occupé sans droit ni titre) - Dans un logement s'il est hébergé par un ami ou de la famille faute de ne pouvoir avoir son propre logement - Dans un hôtel, que la chambre soit payée par une association, un centre d'hébergement, un organisme ou la personne (si cette situation est non pérenne)
	« Probablement sans chez soi » : si la personne appartenait à l'une de ces deux catégories mais que le type exact d'habitat n'est pas connu
Personne « Ancien sans chez soi » : toute personne ayant été à un moment de la vie dans une situation sans chez soi mais qui, au décès, dormait principalement* au cours des 3 derniers mois dans un logement personnel (parc social ou privé) ou un logement accompagné (maisons-relais, pensions de famille, résidences sociales, EHPAD, ...).	
Personne « Récemment sans chez soi » : toute personne ayant perdu son logement depuis moins de 6 semaines	

* Plus de 6 semaines sur les 3 derniers mois qui ont précédé le décès.

⁹ France métropolitaine, Départements et Collectivités d'Outremer.

¹⁰ En 2020, le CMDR reprend le terme de personnes « sans chez soi » plutôt que le terme « SDF » utilisé dans les précédents rapports. En effet, le terme « sans chez soi » correspond à la population étudiée. Les définitions ne changent pas.

Cette première étape repose sur l'exploration des données et contacts disponibles lors de la transmission du signalement. Elle mène à interroger les bases de données disponibles en open source (fichier des décès de l'INSEE¹¹, plateforme MatchID¹²), à analyser les actes de décès et enquêter auprès de tiers afin de confirmer le statut vis à vis de la rue de chaque personne.

Dans une seconde phase, les équipes du CMDR recueillent, au moyen d'un questionnaire standardisé (Annexe 6), un ensemble de données retraçant le parcours de chaque individu décédé. Les équipes bénévoles du CMDR mènent pour cela des entretiens téléphoniques auprès de tiers ayant pu connaître ces personnes de leur vivant (principalement des professionnel.les, éducateur.rice, maraudeur.se, voire des bénévoles, ...).

Données recueillies

Les informations collectées sont démographiques (date et commune de naissance, date et commune de décès, âge, genre), relatives au décès (circonstances de survenue, lieu et causes de décès), au contexte administratif, social et familial, au parcours résidentiel et à l'état de santé (pathologies, antécédents médicaux) (Annexe 7).

Les données sont ensuite saisies sur Voozanoo®, une plateforme de saisie de données en ligne, sécurisée (agrément d'hébergement de données de santé conforme RGPD) et créée par Epiconcept. Les causes de décès sont codées par l'équipe du CMDR sur la base des informations recueillies lors des signalements (circonstances du décès) et selon la classification internationale des maladies, 11^{ème} révision (CIM-11) (11).

Les lieux de vie connus des personnes décédées au cours de leur parcours ont été recodés selon la typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS) de 2007 élaboré par la FEANTSA (12) (Annexe 8).

Analyse des données

Une analyse descriptive des données a été réalisée incluant le calcul de moyennes, écart-types et fréquences selon la nature des variables.

Une analyse comparative a été menée entre les décès recensés par le CMDR en 2022 et ceux recensés sur la période 2012-2021 d'une part, et l'ensemble des décès de la population générale en France en 2022¹³ d'autre part. Les tests usuels de comparaison de variables ont alors été utilisés (test du Chi2 pour les variables qualitatives et test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, test T de Student pour les variables continues et le test non-paramétrique de Kruskal Wallis le cas échéant).

Le traitement et les analyses ont été réalisés en utilisant le logiciel R version 4.3.0 et Excel.

Considérations éthiques et réglementaires

Le recueil rétrospectif mené par le CMDR porte sur des données déjà existantes et relatives à des personnes décédées. Leur type, leur stockage et leur exploitation par le CMDR exclusivement font l'objet d'une déclaration enregistrée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1354755. Les informations personnelles recueillies ne font l'objet d'aucune communication à des tiers. Les données présentées dans ce rapport sont agrégées.

A noter que parmi les missions du CMDR, celui-ci peut aider la famille d'un défunt en lui indiquant les démarches à effectuer pour avoir accès à certaines informations auxquelles elle peut avoir accès, notamment les comptes rendus d'autopsie si le corps du défunt a été examiné par un Institut médico-légal et le dossier médical si le décès a eu lieu à l'hôpital. Ces rapports sont destinés à la famille exclusivement, leurs contenus ne sont pas connus du Collectif Les Morts de la Rue.

¹¹ <https://www.insee.fr/fr/information/4190491>.

¹² <https://www.insee.fr/fr/information/4190491>.

¹³ Le fichier de données concernant les décès en France en 2022 est disponible en ligne sur le site de l'INSEE

RÉSULTATS

Un nombre en constante augmentation

En 2022, les équipes du CMDR ont recensé 710 décès de personnes ayant connu une période sans chez soi (anciens et récemment sans chez soi inclus). Bien que ce chiffre soit légèrement inférieur à celui de 2021, le nombre de décès de personnes sans chez soi (rapporté par le CMDR) tend à augmenter d'année en année, de 406 en 2012 à 624 en 2022. L'année 2022 fait partie des 5 années ayant connu la plus grande proportion de décès sans chez soi par le CMDR (Tableau 2).

Parmi les décès des personnes sans chez soi recensés en 2022, 260 personnes (37% de l'ensemble des décès) vivaient dans des lieux non prévus pour l'habitation (cave, rue, pont, terrain vague, ...). 181 personnes (25% de l'ensemble des décès) étaient considérées en situation d'hébergement (CHRS, LHSS, logement squatté...). Pour 26% des personnes décédées, une absence de domicile personnel a été identifiée mais l'enquête n'a pas permis de préciser la situation du logement (rue ou hébergé) au cours des trois derniers mois de vie de ces personnes, elles sont considérées comme « probablement sans chez soi ».

Tableau 2 : Nombre de décès recensés en France par le CMDR, 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	N=454	N=558	N=600	N=646	N=664	N=635	N=700	N=694	N=688	N=719	N=710
Sans chez soi	406 (89,4%)	493 (88,4%)	524 (87,3%)	544 (84,2%)	547 (82,4%)	550 (86,6%)	621 (88,7%)	596 (85,9%)	602 (87,5%)	630 (87,6%)	624 (87,9%)
Situation de rue	174 (38,3%)	203 (36,4%)	347 (57,8%)	343 (53,1%)	275 (41,4%)	264 (41,6%)	258 (36,9%)	195 (28,1%)	179 (26,0%)	239 (33,2%)	260 (36,6%)
Hébergé	85 (18,7%)	94 (16,8%)	98 (16,3%)	117 (18,1%)	154 (23,2%)	145 (22,8%)	129 (18,4%)	177 (25,5%)	186 (27,0%)	132 (18,4%)	181 (25,5%)
Proba sans chez soi	147 (32,4%)	196 (35,1%)	79 (13,2%)	84 (13,0%)	118 (17,8%)	141 (22,2%)	234 (33,4%)	224 (32,3%)	237 (34,4%)	259 (36,0%)	183 (25,8%)
Ancien sans chez soi	48 (10,6%)	65 (11,6%)	74 (12,3%)	99 (15,3%)	115 (17,3%)	82 (12,9%)	74 (10,6%)	96 (13,8%)	84 (12,2%)	83 (11,5%)	80 (11,3%)
Récemment à la rue	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)	5 (0,7%)	2 (0,3%)	2 (0,3%)	6 (0,8%)	6 (0,8%)

Cependant, ces chiffres sont à interpréter avec précaution, car la surveillance de la mortalité réalisée par le CMDR n'est pas exhaustive. D'après l'étude de C. Vuillermoz sur la période 2008-2010, le dispositif mis en place par le CMDR ne recensait qu'une part infime (17%) des décès de personnes sans chez soi (13). Il est vrai que des améliorations ont été faites au fil des années en élargissant à un grand nombre d'acteur.rice.s et de partenariats permettant une plus grande montée des décès. De fait, les constats présentés dans le présent rapport sont à prendre avec précaution tant une part non négligeable des décès échappe à la surveillance du CMDR. Malgré tout, l'enquête menée par le CMDR fait partie des enquêtes les plus exhaustives en France.

Parmi l'ensemble des décès recensés en 2022 par le CMDR, 11% (80 sur 710) concernent des personnes ayant connu une absence de domicile à un moment de leur vie mais disposant au moins pendant leurs derniers mois de vie d'un logement personnel (logement personnel ou accompagné type Maison-Relais), il s'agit des « anciens sans chez soi » (A-SCS). Cette basse proportion peut s'expliquer par le fait que la surveillance du CMDR est moins développée vers les acteur.rice.s du logement accompagné (Maison-Relais, Pensions de famille, ...) que vers les sans chez soi. Ceci peut conduire à un moindre signalement des décès parmi les personnes « Anciennement Sans Chez Soi », car le CMDR a moins accès à ce groupe de personnes, et par conséquent moins d'informations. En effet il y a grand intérêt de suivre aussi

l'évolution des décès des anciens sans chez soi pour observer le gain de leur espérance de vie par (+10 ans lors de notre dernière étude en 2018).

La classification ETHOS

Afin de standardiser les différentes situations de la rue rencontrées et faciliter la comparaison à travers les différents pays d'Europe, la FEANTSA a développé une typologie (12), la grille ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion, Annexe 8). Ceci dans le but d'améliorer la connaissance et l'évaluation des situations de sans chez soi ou d'exclusion liée au logement.

Son utilisation nécessite de ne prendre en compte que le dernier lieu d'habitation connu¹⁴. Au regard de la situation des 624 personnes sans chez soi décédées et recensées par le CMDR, l'application de cette typologie aboutit à la composition suivante :

- 40% des personnes étaient sans chez soi. Et parmi elles, 93% (233 sur 250) étaient à la rue et 7% (17 sur 250) en hébergement d'urgence ;
- 35% étaient sans logement personnel, c'est à dire hébergées en CHRS, en centre de stabilisation, en hôtel, en structures de soins (LHSS, LAM, ACT, hôpital), en foyer de travailleurs migrants ;
- 12% étaient dans un logement précaire (squat ou hébergé par un tiers) ;
- Près de 3% étaient en logement inadéquat (caravane, mobile-home) ;
- 1% avaient eu accès à un logement au moment du décès (logement, maisons-relais, pensions de famille)
- Pour 9% de personnes le dernier lieu d'habitation n'a pu être renseigné

Cette répartition des personnes SCS décédées en 2022 selon la grille ETHOS ne présente pas de grandes différences avec celle de la période 2012-2021 (Figure 1), mais on note tout de même un peu plus de décès chez les sans chez soi (40% de sans chez soi en 2022 contre à 34% en 2012-2021).

Toutefois, il est réducteur de ne considérer que le dernier lieu d'habitation ou le dernier lieu où la personne a passé la nuit. La définition utilisée par le CMDR repose sur le principal lieu de vie au cours des trois derniers mois précédant le décès.

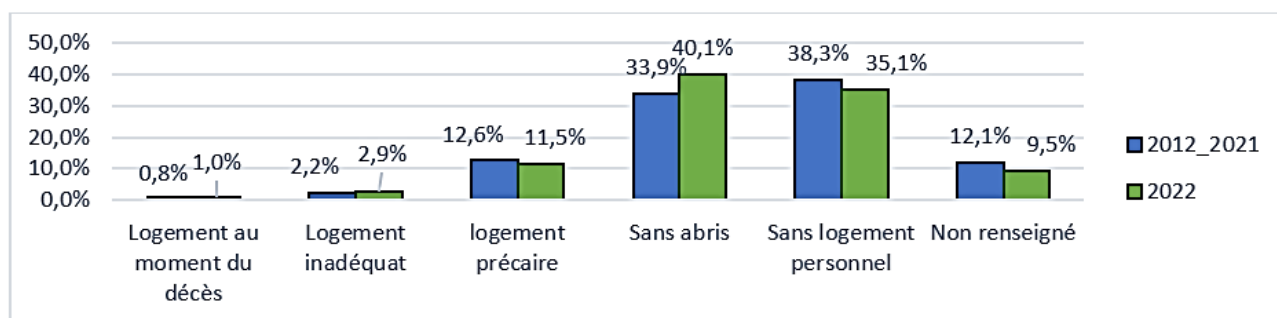


Figure 1 : Classification ETHOS des personnes sans chez soi décédées en 2022 et en 2021 recensées par le CMDR

¹⁴ Dans la définition de cas du CMDR utilise les trois derniers mois de vie pour classer les cas en situation de rue, hébergé.e, probablement sans chez soi (cf. Méthode, p21).

Atem-Paul, 17ans

A son arrivée en France, Atem-Paul est brièvement hébergé par un ami puis pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, jusqu'à la décision qui ne reconnaît pas sa minorité. Remis à la rue sans solution, il devient alors un « mijeur », ni mineur ni majeur, situation ubuesque, obstacle à toute démarche. Mis à l'abri quelques jours en tente par une association d'aide aux exilés, l'adolescent finit par disparaître. Repéré quelques jours plus tard par une maraude, Atem-Paul est en détresse et craintif, il refuse le contact.

Atem-Paul est retrouvé mort dans la rue quelques jours plus tard.

RECITS DE 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

Les personnes sans chez soi décédées en 2022

Tableau 3 : Description des personnes sans chez soi décédées en 2022 et sur la période 2012-2021, recensées par le CMDR 2022, France

Variables	SCS 2022 N = 624	SCS 2012-2021 N = 5 513	P-value ²
Genre			<0,01*
Masculin	539 (86%)	4 906 (89%)	
Féminin	81 (13%)	505 (9%)	
Manquant	4 (1%)	102 (2%)	
Age moyen	¹49,1 ±14,8	¹49,3 ±14,8	0,8
Manquant	55 (9%)	488 (9%)	
Classe d'âge			0,7
<15 ans	8 (1%)	86 (2%)	
[15-25 ans[	21 (3%)	214 (4%)	
[25-45 ans[	174 (28%)	1 417 (26%)	
[45-65 ans[	298 (48%)	2 739 (50%)	
65 ans et plus	81 (13%)	696 (13%)	
Manquant	42 (7%)	361 (7%)	
Pays de naissance			0,2
France	280 (45%)	2638 (48%)	
UE	97 (16%)	897 (16%)	
Hors UE	162 (26%)	1 266 (23%)	
Manquant	85 (13%)	712 (13%)	
Mode de vie			<0,01*
Seul	268 (43%)	1 270 (23%)	
En couple	31 (5%)	191 (3%)	
En famille	11 (2%)	163 (3%)	
En groupe	34 (5%)	201 (4%)	
Manquant	280 (45%)	3 688 (67%)	
Région de décès			0,8
Île-de-France	267 (43%)	2 331 (42%)	
Autres régions	357 (57%)	3 182 (58%)	
Saison de décès			<0,001*
Été	131 (21%)	1 204 (22%)	
Automne	148 (24%)	1 417 (26%)	
Hiver	230 (37%)	1 559 (28%)	
Printemps	109 (17%)	1 189 (22%)	
Manquant	6 (1%)	144 (2%)	
Lieu de décès			<0,001*
Hébergement/Logement			
Abri	67 (11%)	668 (12%)	
Voie/Espace public	233 (37%)	1 763 (32%)	
Lieu de soins/Détention			
<i>Lieu de soins</i>	165 (26%)	1 772 (32%)	
<i>Détention</i>	6 (1%)	29 (1%)	
Manquant	59 (10%)	667 (12%)	

1 Moyenne ±Ecart-type

* Valeur p significative pour <0,05

Des personnes décédées en majorité masculines, jeunes et ayant vécu seuls

Parmi les 624 décès enregistrés par le CMDR au cours de l'année 2022, les hommes sont majoritairement représentés, avec 87% des décès par rapport aux femmes (13%) (Tableau 3).

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi en 2022 est estimé à 49 ans, tout comme celui pour la période 2012-2021. Plus de 80% des décès surviennent à un âge situé entre 25 et 65 ans chez les personnes sans chez soi en 2022 tout comme pendant la période 2012- 2021, avec une proportion de décès légèrement plus importante parmi les [25-45 ans] en 2022 (30% en 2022 versus 28% en 2012-2021).

En 2022, plus de 3/4 des personnes SCS sont nées en Europe (76%), nettement moins en Afrique (9%), en Afrique du Nord/Moyen Orient (9%), en Asie (4%) et en Amérique (2%). Plus de la moitié des décès recensés par le CMDR en 2022 concernent les personnes nées en France (52%), légèrement moins que les années précédentes (55% en 2012-2021). En dehors de la France, les pays de naissance les plus fréquents en 2022 sont : Pologne (25 personnes, 5% des décès), Algérie (22 personnes, 4% des décès), Roumanie (21 personnes, 4% des décès), Bulgarie (17 personnes, 3% des décès), Maroc (12 personnes, 2% des décès), Soudan (9 personnes, 2% des décès), Ukraine, Tunisie, Russie (6 personnes de chaque pays, soit 1% des décès pour chacun), Sri Lanka, Lituanie et Cameroun (5 personnes de chaque pays, soit 1% des décès pour chacun), Turquie, Sénégal, République du Congo, Allemagne et Afghanistan (4 personnes de chaque pays, soit 1% des décès pour chacun). République Tchèque, Somalie, Slovaquie, Portugal, Pakistan, Moldavie, Inde, Géorgie, Erythrée, Côte d'Ivoire, Congo, Brésil et Belgique (3 personnes de chaque pays, soit 1% des décès pour chacun). La plupart des pays restants ont des taux de décès <1% arrondis.

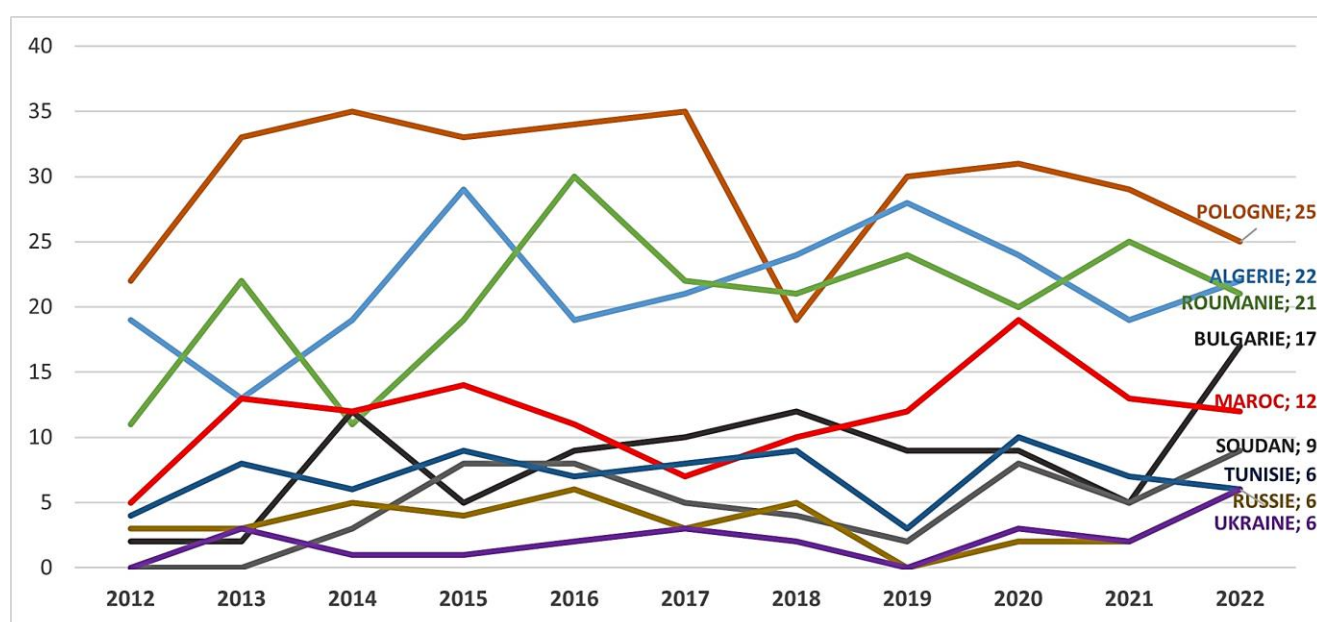


Figure 2 : Evolution des décès des SCS selon leur pays de naissance (pays ayant plus de 5 décès), hors France, de 2012 à 2022

Il est constaté sur les données recueillies en 2022 que la plupart des personnes SCS étaient seules (43%), 5% étaient en couple, 5% étaient en groupe et 2% en famille (Tableau 3). Sur l'ensemble des décès (figure 3), près de 2 personnes sur 10 étaient seules et avaient au moins un enfant, ne vivant pas forcément avec eux.

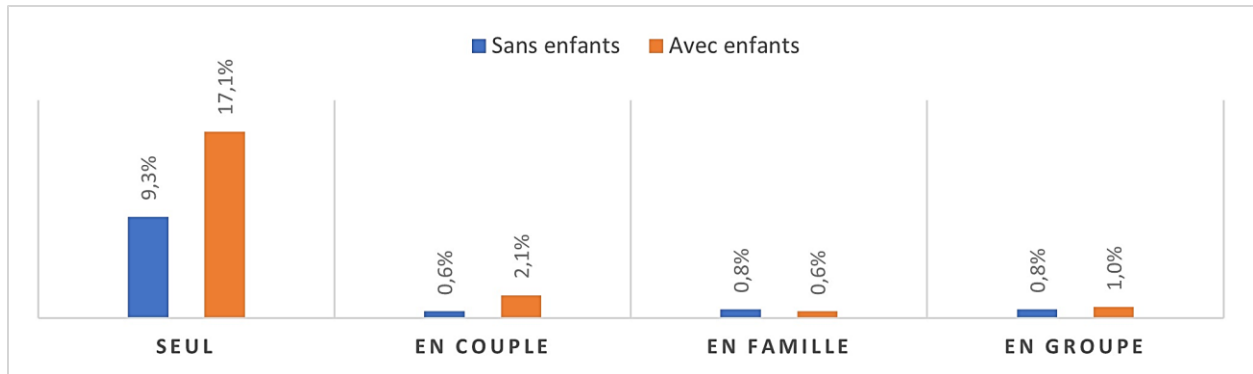


Figure 3 : Répartition du statut des personnes décédées en 2022, selon la présence d'enfants

Des décès concentrés en Île-de-France et principalement sur la voie publique

La distribution régionale des décès survenus et recensés par le CMDR en 2022 (Figure 4) se concentre fortement sur l'Île-de-France (43% des décès), suivie des Hauts-de-France (11% des décès) et de la Provence-Alpes-Côte d'Azur (8% des décès). Ce résultat est à interpréter avec précaution, car ces différences de mortalité géographiques peuvent être liées à l'implantation du CMDR à Paris et au système de surveillance qui ne couvre pas le territoire dans sa totalité à travers le réseau de partenaires.

Cependant, 7 régions connaissent une hausse des décès signalés par rapport aux années précédentes 2012-2022 : Pays de la Loire (+1,7 points), Bretagne (+1,4 points), Hauts-de-France (+1 point), Nouvelle-Aquitaine (+0,9 points), Île-de-France (+0,5 points), Centre-Val de Loire (+0,4 points), Auvergne-Rhône-Alpes (+0,2 points). A contrario, les baisses les plus importantes sont observées dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (-2 points) et Occitanie (-1,8 points).

A l'échelon départemental en 2022, 25 départements ont une proportion supérieure à 1% : Paris (28,2% des décès), Nord (7,2%), Seine-Saint-Denis (4,8%), Loire-Atlantique (3,7%), Rhône et Hauts-de-Seine (3,5% chacun), Bouches-du-Rhône et Var (3% chacun), Val-de-Marne (2,4%), Ille-et-Vilaine et Bas-Rhin (2,1% chacun), Calvados, Charente-Maritime, Gironde et Pas-de-Calais (1,8% chacun), Alpes-Maritimes (1,6%), Pyrénées-Orientales et Val-d'Oise (1,4%), Haute-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Somme (1,3% chacun), Yvelines, Finistère, Gard, et Haute-Savoie (1% chacun). Le reste des départements concentrent moins de 1% des décès.

Si la plupart des décès ont été recensés dans les départements déjà cités, il est à noter une hausse importante des décès comparativement en 2012-2021, dans les départements de Paris (+1,7 points), Loire-Atlantique (+1,6 points), Seine-Saint-Denis, Nord et Calvados (+1,2 points chacun). A contrario, les baisses les plus importantes sont observées dans les départements de la Haute-Garonne (-2,7 points), Bouches-du-Rhône (-1,3 points), Hérault (-1,2 points), Pas-de-Calais, Seine-Maritime et Alpes-Maritimes (-1,1 points chacun).

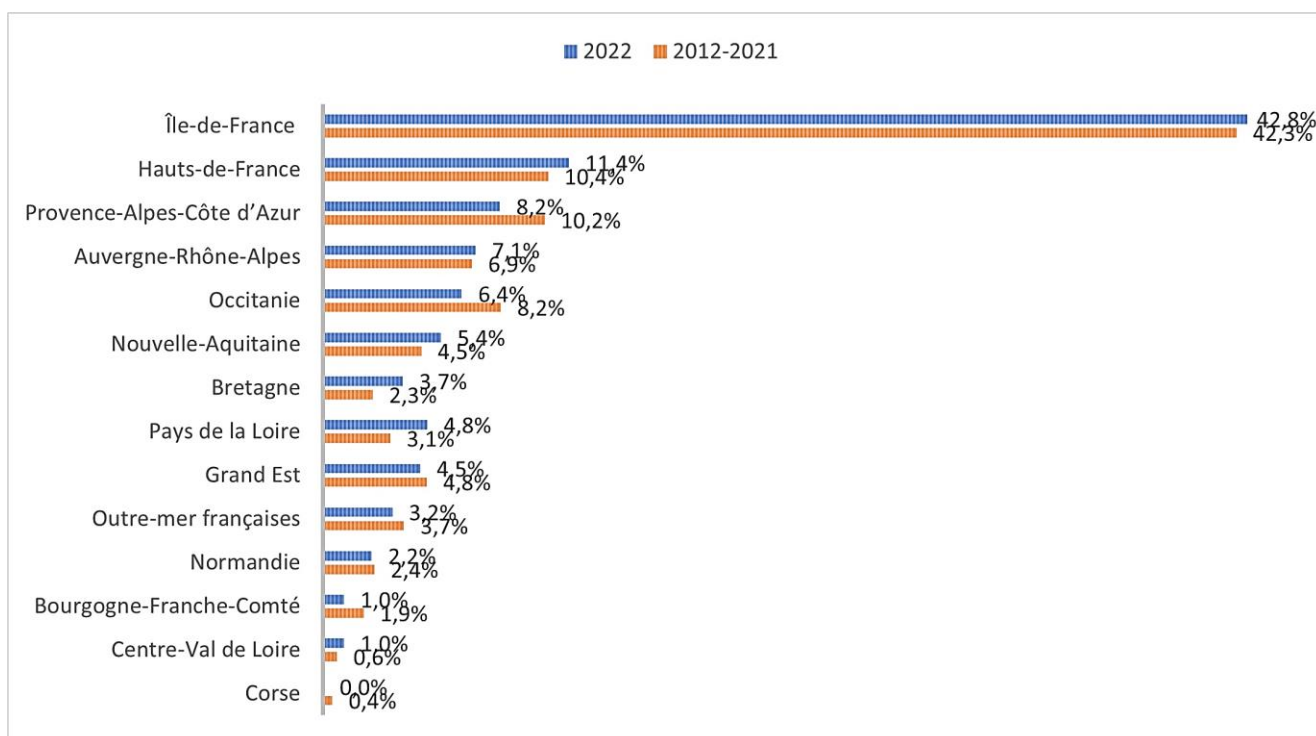


Figure 4 : Répartition des décès des personnes sans chez soi en 2022 et en 2012-2021, selon la région de décès en France

En 2022, le lieu de décès le plus fréquent est l'espace public (37%, Tableau 3)¹⁵. Les lieux de soins constituent le 2^{ème} lieu de décès le plus fréquent (27%)¹⁶. Dans 15% des cas, les personnes SCS sont décédées dans des lieux d'hébergement de type CHU, CHRS ou encore au domicile d'un tiers. Cette distribution des lieux de décès en 2022 est différente avec les données recueillies sur la période 2012-2021, avec une prédominance cette année dans l'espace public contrairement à la période 2012-2021 (41% contre 36%, Tableau 3).

La part des décès dans l'espace public est plus importante chez les 15-25 ans (57%) puis chez les 25-45 ans (48%) (figure 5). Cette prédominance tend à s'atténuer avec l'âge (de 57% des décès chez les 15-25 ans à 22% chez les 65 ans et plus, mais reste tout de même prépondérante. En revanche, parmi les plus de 65 ans, les décès ont eu lieu majoritairement en lieux de soins (46%).

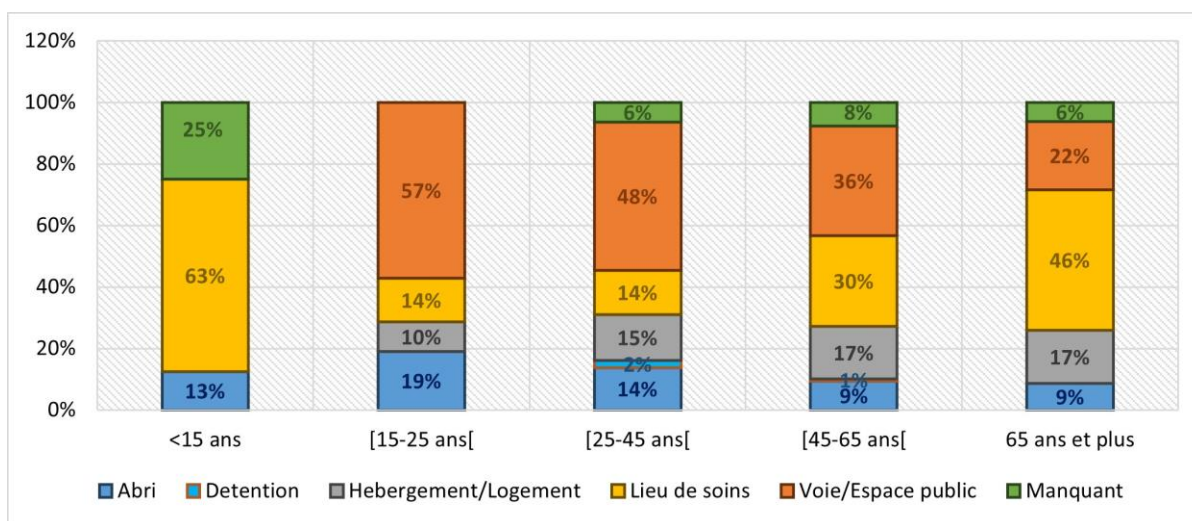


Figure 5 : Répartition des lieux de décès selon les classes d'âges en 2022

¹⁵ Espace public : Il peut s'agir de la rue, d'une route, d'un fleuve ou d'un cours d'eau, d'un parking, d'un square ou encore du métro

¹⁶ Lieux de soins : Ils comprennent les hôpitaux, les lits d'accueils médicalisés (LAM), les lits haltes soins santé (LHSS), les urgences, les soins palliatifs.

Des décès en toute saison

En 2022, les décès des personnes sans chez soi sont survenus le plus au cours de l'hiver (37%) et à l'automne (24%). C'est le taux le plus élevé observé en hiver depuis 2012 (Figure 7). La figure 5 permet de mettre en évidence les tendances saisonnières des décès recensés par le CMDR depuis 2012. On observe une forte variabilité des décès, les mois de décembre et janvier sont ceux pour lesquels les décès recensés ont été les plus nombreux en 2022 avec respectivement 97 décès (15%) et 86 décès (14%).

Il est observé une augmentation régulière des décès entre l'automne et l'hiver de chaque année, avec des pics de décès réguliers notamment en décembre (en 2016, 2017, 2018 et 2022) et en novembre (2021, Figure 6). L'hiver est une période de plus forte mobilisation du public, des administrations ainsi que des médias envers la population sans chez soi, qui sont alors plus susceptibles de signaler un décès au CMDR. De plus, depuis 2018, la Dihal remonte au CMDR des signalements de décès survenus sur la voie publique dans le cadre des mesures hivernales ce qui pourrait tendre à accroître les différences entre saison « chaude » et saison « froide ».

Cependant, des hausses de proportions élevées de décès ont également été recensé au cours des périodes moins hivernales : au printemps en avril de l'année 2020 et en été en juillet de l'année 2015 (Figure 6). Ainsi, si la mortalité des personnes SCS recensées par le CMDR est observée quelles quel que soient les saisons, une hausse particulière des décès est observée sur la période hivernale, entre l'automne et l'hiver.

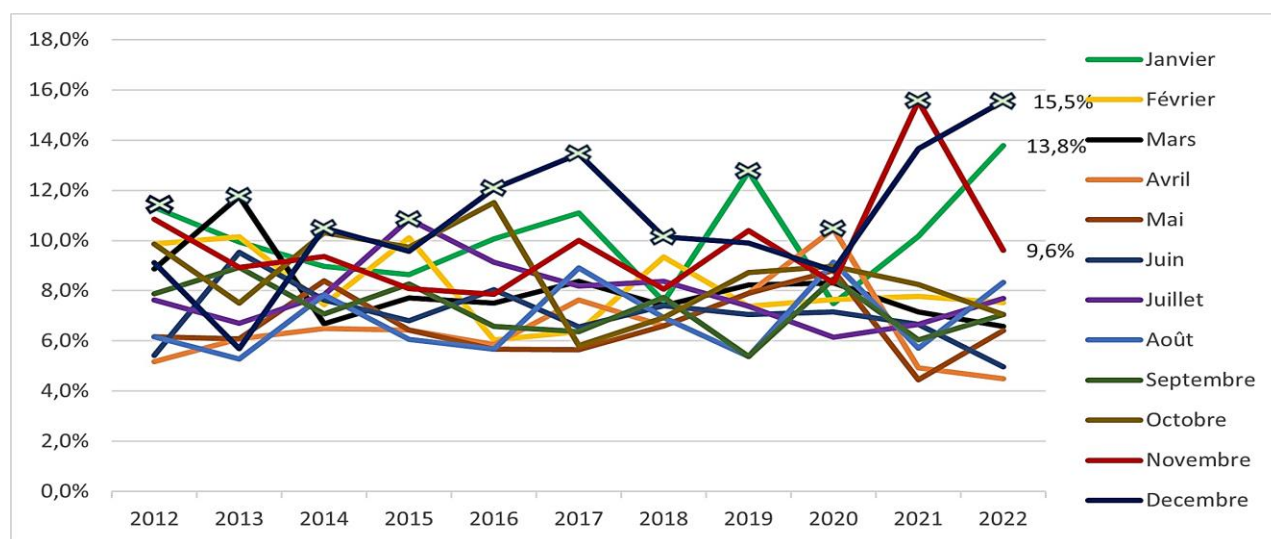


Figure 6 : Répartition des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2022 selon le mois de décès
 ✂ :Pics ou hausses de décès par année

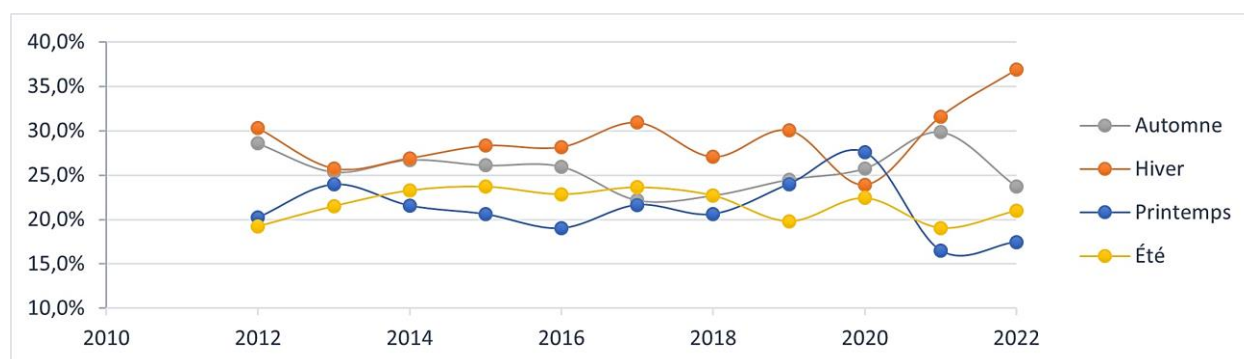


Figure 7 : Répartition des décès de personnes sans chez soi recensés par le CMDR entre 2012 et 2022 selon la saison de décès

Christophe, 53 ans

Christophe a travaillé toute sa vie, il a fait différents métiers et se formait pour être auxiliaire de vie.

Les problèmes de logement, d'argent et d'addiction jalonnent son parcours de vie « sans chez soi ». Il alterne pendant de longues années la vie en rue, en squat ou quelques nuitées d'hôtel. A partir de fin de l'année 2018, il est hébergé par différentes associations puis en hôtel social.

Décrit comme blagueur, un peu vantard, il était sincèrement engagé pour les autres, notamment comme bénévole pour une association parisienne. Il était croyant et sa foi était devenue, ces dernières années, un élément central de sa vie.

En août 2022, Christophe apprend qu'il est atteint d'une maladie incurable. Après 15 ans de liens distendus avec sa famille, celle-ci se rapproche de lui et le soutient. Pendant son hospitalisation, sa mère et sa sœur sont très présentes à son chevet. Il meurt en décembre entouré par sa famille dans un climat de tendresse et d'apaisement.

RECITS DE 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

Des causes externes mal définies

Les causes de décès des personnes sans chez soi sont majoritairement mal définies et/ou inconnues (54% en 2022). Les descriptions suivantes sont à prendre avec précaution, vu le poids des données manquantes pouvant influencer sur les résultats obtenus. Parmi les causes identifiées (Tableau 4), les plus fréquentes (24%) sont celles d'origine¹⁷, suivies des maladies liées à l'appareil circulatoire (11%), des troubles mentaux et comportementaux (5%), les autres causes (3%), et les tumeurs (2%). Près d'un décès sur quatre apparaît lié à une cause externe, dont les plus fréquentes sont les agressions (9%) et les accidents de transport (5%).

Tableau 4 : Distribution des causes de décès des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2022 et sur la période 2012-2021

Causes de décès	Autres régions 2022 n=357	IDF 2022 n=267	Année 2022 N=624	Période 2012-2021 N=5513
Tumeurs (C00-D48)	2%	2%	2%	6%
Trachée, bronches, poumons (C33-C34)	<1%	0%	<1%	1%
Voies aéro-digestives supérieures (C00- C14, C15, C32)	<1%	<1%	0%	1%
Organes digestifs (C16-C19, C22, C25)	0%	0%	0%	1%
Autres	2%	2%	2%	3%
Causes externes (V01-Y98)	29%	18%	24%	25%
Agression (X85-Y09)	11%	7%	9%	10%
Suicides (X60-X84)	5%	2%	4%	3%
Noyades (W65-W74)	1%	1%	1%	1%
Accident de transport (V01-V99)	5%	4%	5%	6%
Autres	7%	4%	4%	5%
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	10%	13%	11%	9%
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	0%	2%	1%	1%
Autres formes de cardiopathies (I30-I52)	7%	10%	8%	6%
Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)	2%	1%	2%	2%
Autres	<1%	0%	<1%	<1%
Troubles mentaux et comportements (F00-F99)	7%	3%	5%	4%
Liés à la consommation d'alcool (F10)	6%	3%	5%	4%
Liés à la consommation de stupéfiants (F11-16, F18-19)	<1%	0%	0%	0%
Autres	0%	0%	0%	0%
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	1%	1%	1%	1%
Maladies chroniques du foie et cirrhose (K70, K73-K74)	1%	1%	1%	1%
Autres	0%	0%	0%	0%
Autres causes	3%	3%	3%	3%
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	2%	1%	1%	1%
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	1%	1%	1%	1%
Maladies du système nerveux (G00-G99)	0%	0%	0%	<1%
Autres	0%	0%	1%	1%
Causes de décès mal définies et inconnues (R00-R99)	49%	59%	54%	52%

¹⁷ Agression, suicides, noyades, ...

Sur les périodes 2012-2021 comparativement à 2022 (Tableau 4), des différences sont observées au niveau de la répartition des causes, notamment les tumeurs en baisse (2% vs 6%), mais une légère augmentation au niveau des maladies de l'appareil circulatoire (11% vs 9%).

Au niveau des régions hors Île-de-France (Tableau 4), 29% des décès sont liés à une cause externe (accidentelle ou violente), contrairement à l'Île-de-France où elle n'est que de 18%. Il s'agit principalement d'agressions (11% en régions vs 7%), des suicides (5% en régions vs 2%), d'accidents de transport (5% en régions vs. 4%), et autres causes externes (7% vs 4%). Néanmoins, les causes de décès sont plus précises hors Île-de-France (49% des causes inconnues en régions contre 59% en Île-de-France).

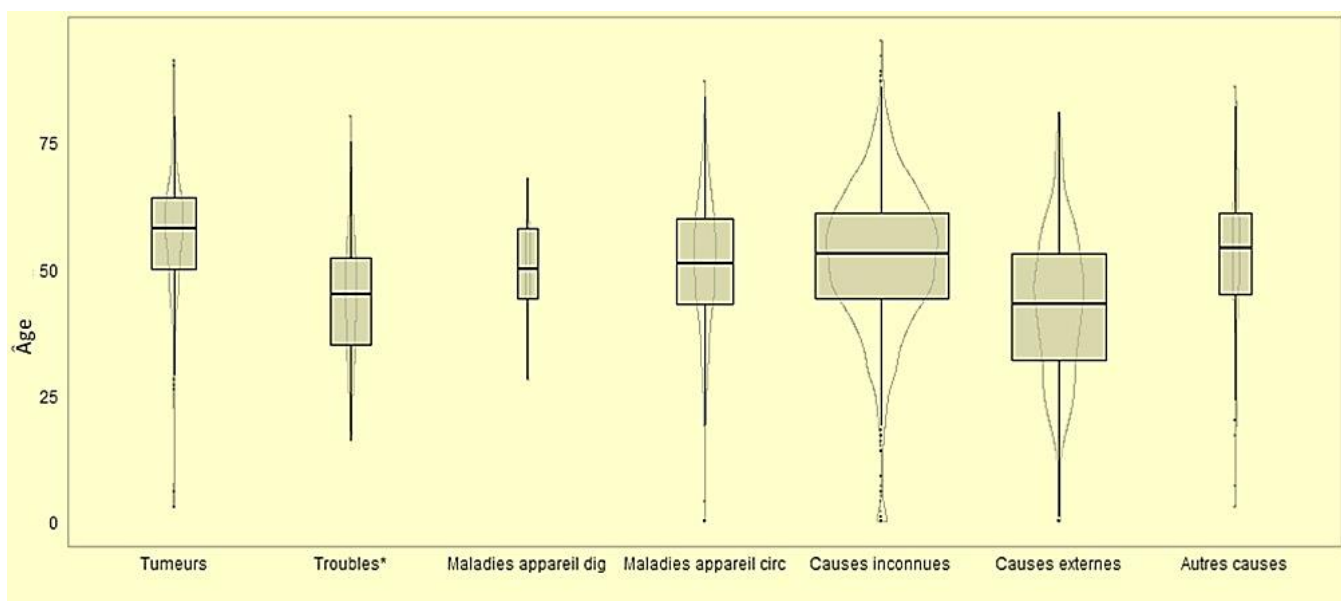


Figure 8 : Distribution de l'âge selon les causes de décès parmi les personnes sans chez soi, CMDR 2022, N=624

Troubles* : Troubles mentaux et comportementaux

Lecture : La largeur des box dépend des effectifs de chaque cause ; le trait noir figurant presque au milieu de chaque box concerne la moyenne d'âge de chaque cause de décès.

Des variations d'âges au décès sont observées selon les causes de décès en 2022 (Figure 8). L'âge moyen des décès survenus par causes externes est significativement plus faible (42 ans) que pour les décès dont les causes sont restées inconnues (52 ans), les causes liées à une maladie de l'appareil circulatoire (51 ans), à une maladie de l'appareil digestif (50 ans), les tumeurs (44 ans), et les autres causes (53 ans).

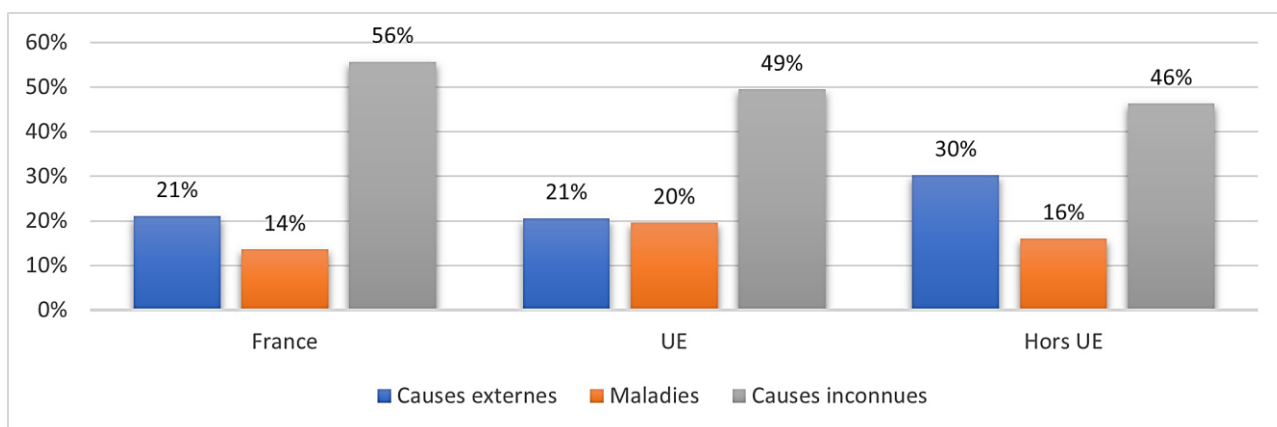


Figure 9 : Distribution des causes de décès selon le pays d'origine (France, UE, Hors UE) des décès sans chez soi recensés par le CMDR en 2022

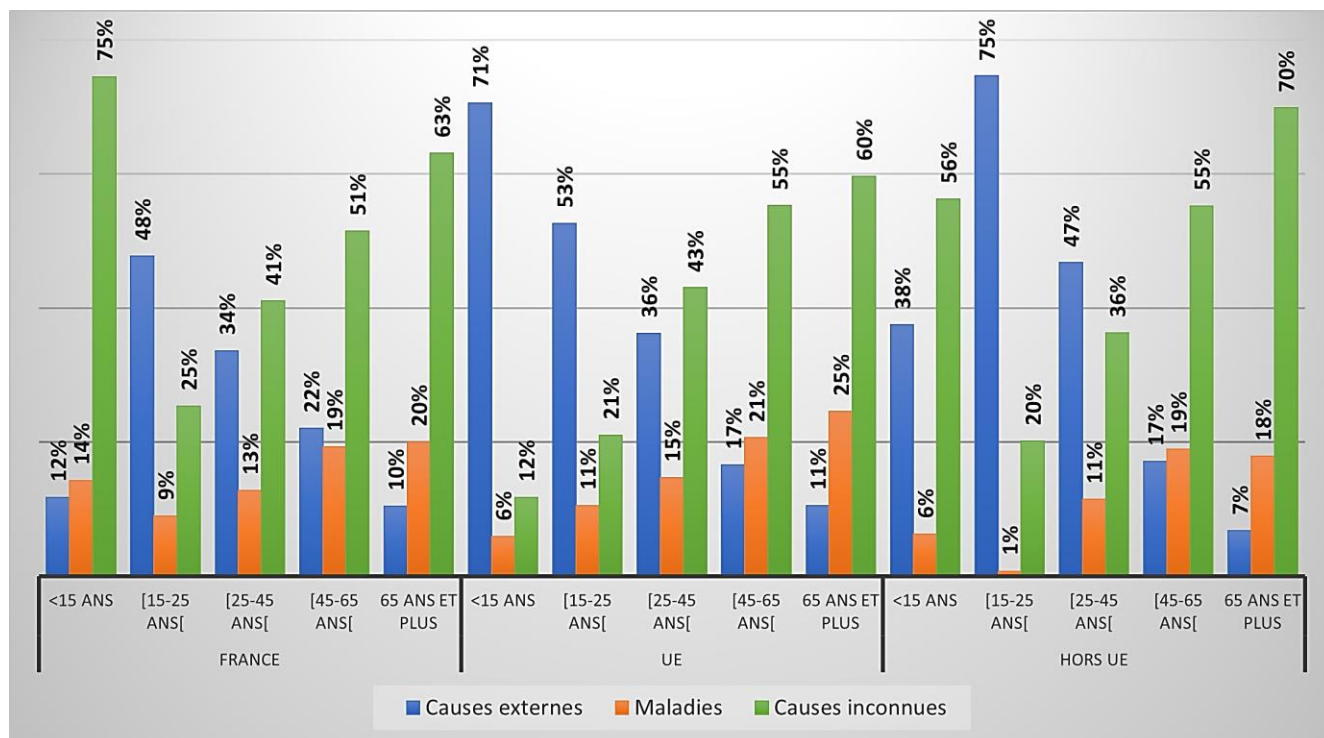


Figure 10 : Distribution des causes de décès selon la classe d'âge pour chaque pays d'origine (France, UE, Hors UE) des décès sans chez soi recensés par le CMDR en 2022

Parmi les personnes nées en France (Figure 9), 56% sont décédées de causes mal définies, 21% de causes externes et 14% de maladie. Ces proportions différentes de celles des personnes nées au sein de l'UE et Hors UE. La proportion de décès par causes externes chez les personnes hors UE est plus élevée que celle des deux groupes précédents (30% vs 21% en France et en UE). En revanche, la proportion de décès par maladies chez les personnes en UE est plus élevée que celle des deux groupes précédents (20% vs 14% en France et 16% en Hors UE).

Si l'on se réfère à la distribution des causes de décès par classe d'âge (Figure 10), il est observé pour les personnes nées en France, une prédominance des causes externes chez les plus jeunes, qui tend à s'estomper avec le temps. Pour les personnes nées hors de l'UE, la proportion de décès par cause externe est particulièrement élevée chez les 15-25 ans (75%) par rapport à ceux de la France 15-25 ans (48%) et ceux de UE 15-25 ans (53%).

Des états de santé toujours inconnus

PATHOLOGIES

Les informations sur l'état de santé ont pu être recueillies chez 199 personnes (32%) en 2022 contre 33% en 2012-2021 (Tableau 5). On note un grand nombre de données manquantes. L'analyse de l'état de santé des personnes sans chez soi décédées en 2022 est donc à prendre avec précaution. Les proportions des principales pathologies ont été calculées sur la base de celles dont l'information était présente. Par exemple, 63 personnes présentaient une consommation d'alcool, soit 32% parmi les 199 cas.

Tableau 5 : Distribution des principales pathologies et antécédents des personnes sans chez soi recensées par le CMDR en région Île-de-France et dans les autres régions, en 2022

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Informations Etat de santé				
Oui	199	(32%)	1817	(33%)
Non	425	(68%)	3696	(67%)
Prévalence principales pathologies chez les personnes ayant des infos de santé (N=2016)				
Consommation d'alcool	63	(32%)	935	(51%)
Usage de substances psychoactives multiples	14	(7%)	298	(16%)
Consommation de tabac	8	(4%)	254	(14%)
Troubles psychologiques	29	(15%)	327	(18%)
Altération Etat général	4	(2%)	63	(3%)
Cardiopathie	26	(13%)	173	(10%)
Tumeur	15	(8%)	116	(6%)
Epilepsie	5	(3%)	63	(3%)
Covid19	8	(4%)	15	(1%)
Mobilité restreinte	6	(3%)	64	(4%)
Diabète	5	(3%)	74	(4%)
Troubles respiratoires	13	(7%)	87	(5%)
Maladies digestives	7	(4%)	158	(9%)
VIH/SIDA	3	(2%)	22	(1%)

Au moins 1 pathologie en moyenne a été recueillie par personne, lorsque des informations sur l'état de santé nous ont été transmises. Parmi les pathologies recensées, il apparaît une fréquence élevée (32%) des addictions à la consommation d'alcool, suivis des troubles psychologiques (15%) et des cardiopathies (13%). Les tumeurs (8%), l'usage de substances psychoactives multiples (7%) et les troubles respiratoires (7%) font également parties des pathologies les plus fréquentes. On note également une atteinte à la COVID19 pour 4% des cas. 6 personnes présentaient une mobilité restreinte.

Un parcours social moins identifiable

Avoir connaissance du parcours social des personnes décédées n'est pas toujours évident. Les données obtenues en 2022 sont très limitées, et parfois aucune information n'a pu être recueillie. Les descriptions suivantes sont minimales. Parmi les 624 personnes sans chez soi décédées en 2022, il n'a été possible de recueillir des informations sur le suivi social que pour 323 personnes (52%). Parmi elles, au moins 47% (n=296) avait bénéficié d'un suivi (contre 31% sur la période 2012-2021). Plus d'1/4 étaient suivies par des acteurs.rice.s associations (28%, n=176), 11% par des maraudes et 8% par des CCAS (Annexe 9, Tableau 12).

Parmi les 125 personnes dont il a pu être établi qu'une démarche administrative avait été initiée les 12 mois précédant le décès, celles-ci concernaient une demande de logement pour seulement 54 personnes (9% dans l'ensemble) et une demande d'accès aux soins pour 50 personnes (8% dans l'ensemble) (Annexe 9, Tableau 12).

En 2022, au moins 45% des personnes décédées identifiées par le CMDR avaient une domiciliation (contre 32% pour la période 2012-2021), majoritairement en centres d'hébergements (15% dans l'ensemble), fournie par une association (12% dans l'ensemble) et par les CCAS (6% dans l'ensemble, Annexe 9, Tableau 12).

Les informations relatives à la couverture santé ont pu être recueillies chez 187 personnes (30%). 166 (27%) avaient une couverture médicale¹⁸ et 21 étaient sans droits ouverts (Annexe 9, Tableau 12). Les informations relatives aux sources de revenus n'ont été identifiées que pour 248 personnes (41%). Parmi elles, 8% étaient sans ressources, 14% bénéficiaient des minimas sociaux (RSA) ou d'un salaire (n=89), et 8% (n=49) de revenus issus de la mendicité (Annexe 9, Tableau 12).

Un environnement familial et des liens méconnus

Parmi les personnes sans chez soi décédées en 2022, une information sur l'existence d'un placement durant l'enfance a été recueillie pour 28% d'entre elles. Au moins 7% avaient ainsi été placées en institution, 9% en famille d'accueil ou en foyer (Annexe 9, Tableau 13).

L'éloignement géographique (7%), les séparations conjugales ou familiales (6%) et l'expulsion d'un logement (5%) ont été les événements déclencheurs les plus rapportés ayant conduit à la rue (Annexe 9, Tableau 13).

Une errance très longue

Le temps d'errance passé sans chez soi n'a pu être recueilli que pour 39% des personnes sans chez soi décédées en 2022 (Annexe 9, Tableau 14). La majorité des personnes sans chez soi avaient eu au moins un épisode d'errance à la rue, soit 11% pour plus de 10 ans en errance, 10% entre 5 et 10 ans. 18% ont au moins fréquenté des accueils de jour ou Espace Solidarité Insertion (ESI), et 21% des hébergements d'urgence (Annexe 9, Tableau 14).

En analysant le temps d'errance en fonction de l'âge au décès, nous observons des différences significatives d'âge entre les classes d'errances.

Tableau 6 : Comparaison de l'âge moyen au décès des personnes sans chez soi selon leur temps d'errance, CMDR 2022

Temps d'errance global	Age (N=624)				
	Moyenne	IC95%	P25	Médiane	P75
<6 mois	46	[35-59]	35	48	59
[6-12 mois[	45	[34-55]	34	47	55
[1-5 ans[	49	[41-58]	41	49	58
[5-10 ans[	51	[44-58]	44	51	58
[≥ 10 ans[	55	[47-62]	47	55	63

P=Percentile. Par exemple P25=25^{ème} percentile

Tableau 7 : Comparaison de la distribution de l'âge selon la classe de temps d'errance avec correction de Bonferroni, test de Mann-Whitney, CMDR 2022

Temps d'errance global	<6 mois	[6-12 mois[	[1-5 ans[	[5-10 ans[
[6-12 mois[	P=0.86			
[1-5 ans[	P=0.14	P=0,05		
[5-10 ans[	P=0.02*	P<0.01*	P=0.01 *	
[≥ 10 ans[	P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*

Le tableau 7 ci-dessus nous permet de comparer la distribution de l'âge d'une classe d'errance par rapport à une autre classe d'errance, afin de montrer s'il existe des différences significatives d'âges selon les temps d'errances. Nous constatons que la distribution de l'âge moyen au décès présente une différence significative entre les personnes ayant passé moins de six mois en errance (46 ans) et celles ayant passé entre cinq à dix ans de temps d'errance (51 ans) ou plus de dix ans (55 ans). Il existe également une différence d'âge entre les personnes ayant passé un à cinq ans en errance (49 ans) et celles ayant passé entre cinq à dix ans de temps d'errance (51 ans) ou plus de dix ans (55 ans). Plus l'âge augmente, plus le temps d'errance à la rue augmente également.

¹⁸ PUMa, AME, CSS

Alif, 5 mois

Alif est un bébé, né grand prématuré alors que ses parents sont hébergés à l'hôtel par le 115 depuis quelques jours. Alif est le premier enfant de ce couple originaire du Bangladesh, la jeune maman est très fragile psychologiquement. Le bébé est hospitalisé durant ses trois premiers mois du fait de graves problèmes de santé, puis finit par rejoindre ses parents à l'hôtel pendant un mois.

Alif meurt à l'hôpital quelques semaines plus tard, il a 5 mois.

RECITS DE 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

Rue et hébergement

Tableau 8 : Comparaison des personnes en situation de rue et hébergées en 2022, recensées par le CMDR, France

Variables	Situation de rue N = 260	Hébergés N = 181	P-value ²
Genre			0,6
Masculin	224 (86%)	152 (84%)	
Féminin	36 (14%)	28 (15%)	
Manquant	0	1 (1%)	
Age moyen	¹ 48,8 ±13,6	¹ 51,6 ±15,9	0,05
Manquant	11 (4%)	1 (1%)	
Classe d'âge			<0,01*
<15 ans	1 (<1%)	5 (3%)	
[15-25 ans[	11 (4%)	7 (4%)	
[25-45 ans[	79 (30%)	32 (18%)	
[45-65 ans[	132 (51%)	104 (56%)	
65 ans et plus	29 (11%)	32 (18%)	
Manquant	8 (3%)	1 (1%)	
Pays de naissance			0,2
France	129 (50%)	97 (54%)	
UE	47 (18%)	25 (14%)	
Hors UE	59 (23%)	54 (30%)	
Manquant	25 (9%)	5 (2%)	
Mode de vie			<0,001*
Seul	131 (50%)	118 (65%)	
En couple	14 (5%)	15 (8%)	
En famille	2 (1%)	9 (5%)	
En groupe	24 (9%)	5 (3%)	
Manquant	89 (34%)	34 (19%)	
Région de décès			0,12
Île-de-France	100 (38%)	83 (46%)	
Autres régions	160 (62%)	98 (54%)	
Manquant	0	0	
Saison de décès			0,3
Été	51 (20%)	45 (25%)	
Automne	71 (27%)	37 (20%)	
Hiver	94 (36%)	66 (36%)	
Printemps	44 (17%)	32 (18%)	
Manquant	0	1 (1%)	
Lieu de décès			<0,001*
Hébergement/Logement	18 (7%)	66 (36%)	
Abri	42 (16%)	3 (2%)	
Voie/Espace public	125 (48%)	28 (15%)	
Lieu de soins/Détention	60 (23%)	70 (39%)	
<i>Lieu de soins</i>	60 (23%)	69 (38%)	
<i>Détention</i>	0 (0%)	1 (1%)	
Manquant	15 (6%)	14 (8%)	

La comparaison des personnes décédées sans chez soi et en situation d'hébergement au cours des trois derniers mois de vie précédant leur décès en 2022 met en évidence des différences, qu'il faut tout de même prendre avec recul (Tableau 8). En effet, l'information vis-à-vis de la situation de rue manque souvent (pour 26% des personnes en 2022, n=183, considérées comme « probablement sans chez soi ») et certaines variables présentent un nombre important de données manquantes. Entre personnes en situation de rue et personnes hébergées, nous observons une proportion similaire de femmes et d'hommes, et une similitude d'âge (pas de différence significative) malgré l'écart observé. En revanche, la distribution par classe d'âge est différente ($p < 0,01$). Les personnes en situation de rue sont plus nombreuses que les personnes hébergées dans la tranche d'âge [25-45 ans]. Concernant la tranche d'âge [45-65 ans] et des plus de 65 ans, la distribution est inversée, avec un effectif plus élevé de personnes en situation d'hébergement que les personnes en situation de rue.

Les décès des personnes recensées ayant vécu seules sont plus importantes en hébergement qu'en situation de rue ($p < 0,001$).

Des différences selon le lieu de décès sont significatives. Les personnes en situation de rue décèdent plus souvent sur la voie publique, en revanche celles en situation d'hébergement plus souvent dans des lieux de soins et en hébergement ($p < 0,003$).

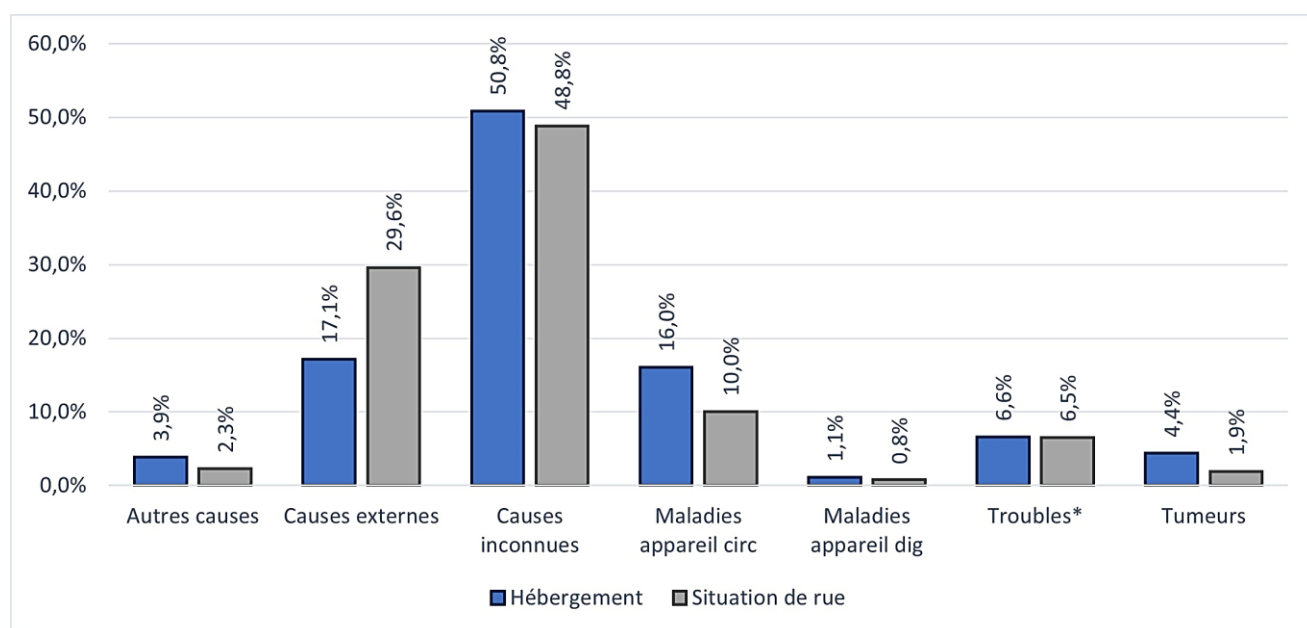


Figure 11 : Causes de décès chez les personnes en hébergement et en situation de rue en 2022

Troubles* : Troubles mentaux et comportementaux

Concernant les causes de décès, les personnes en situation de rue décèdent plus de causes externes (30% vs 17% en hébergement) soit d'agressions, suicides, accidents de transport, etc. alors que pour les personnes hébergées, les causes de décès semblent plus liées à la maladie contrairement aux personnes en situation de rue (maladies de l'appareil circulatoire 16%, tumeurs 4%). Il n'y a pas de différence significative entre la saison de décès et la situation de rue ou d'hébergement. En revanche il est observé une proportion de décès plus élevée en été pour les personnes hébergées, et inversement en automne pour les personnes en situation de rue.

Les anciens sans chez soi

Tableau 9 : Comparaison des personnes sans chez soi et anciens sans chez soi en 2022, recensées par le CMDR, France

Variables	Sans chez soi N = 624	Anciens sans chez soi N = 80	P-value ²
Genre			0,081
Masculin	539 (86%)	75 (94%)	
Féminin	81 (13%)	5 (6%)	
Manquant	4 (1%)	0	
Age moyen	¹ 49,1 ±14,8	¹ 59,2 ±11,2	<0,001*
Manquant	55 (9%)	0	
Classe d'âge			<0,001*
<15 ans	8 (1%)	0 (0%)	
[15-25 ans[	21 (3%)	1 (1%)	
[25-45 ans[	174 (28%)	6 (8%)	
[25-65 ans[	298 (48%)	44 (55%)	
65 ans et plus	81 (13%)	29 (36%)	
Manquant	42 (7%)	0	
Pays de naissance			0,002*
France	280 (45%)	55 (73%)	
UE	97 (16%)	9 (11%)	
Hors UE	162 (26%)	12 (15%)	
Manquant	85 (13%)	1	
Mode de vie			0,074
Seul	268 (43%)	47 (94%)	
En couple	31 (5%)	2 (4%)	
En famille	11 (2%)	0 (0%)	
En groupe	34 (5%)	1 (2%)	
Manquant	280 (45%)	30	
Région de décès			0,9
Île-de-France	267 (43%)	35 (44%)	
Autres régions	357 (57%)	45 (56%)	
Manquant	0	0	
Saison de décès			0,7
Été	131 (21%)	21 (26%)	
Automne	148 (24%)	20 (25%)	
Hiver	230 (37%)	28 (35%)	
Printemps	109 (17%)	11 (14%)	
Manquant	6 (1%)	1	
Lieu de décès			<0,001*
Hébergement/Logement	94 (15%)	45 (63%)	
Abri	67 (11%)	0 (0%)	
Voie/Espace public	233 (37%)	10 (14%)	
Lieu de soins/Détention	171 (27%)	17 (24%)	
<i>Lieu de soins</i>	165 (26%)	17 (24%)	
<i>Détention</i>	6 (1%)	0 (0%)	
Manquant	59 (10%)	8	

Les anciens sans chez soi sont les personnes décédées qui ont connus un parcours d'errance dans leur vie (allant de plusieurs mois à plus de 10 ans), et qui ont pu avoir un accès à un logement. D'après les données recensées en 2022, 80 personnes anciens sans chez soi sont décédées. Le recensement de cette population paraît plus difficile et moins exhaustif que celui des personnes sans chez soi, car une fois ayant accédé à un logement, ces personnes ne sont plus toutes suivies par les différents acteurs de l'AH. Par conséquent, le CMDR ne reçoit qu'un très faible nombre de signalements. Ces signalements sont particulièrement réalisés lors des funérailles des anciens sans chez soi, et non lorsque ces personnes ont accès à un logement.

Parmi les 80 personnes anciennement sans chez soi recensées par le CMDR, l'âge moyen au décès est de 59 ans, significativement plus élevé que l'âge au décès des personnes sans chez soi, avec 10 années d'écart (49 ans, $p < 0.001$).

94% étaient des hommes, et 6% des femmes. 73% des personnes anciennement sans chez soi étaient nées en France, 11% dans l'UE et 15% hors UE. Cette distribution est significativement différente de celle obtenue chez les sans chez soi (55% de personnes nées en France, 20% dans l'UE et 25% hors UE). Le pays de naissance n'a pu être identifié pour 15% des anciens sans chez soi.

Chez les anciens sans chez soi, 24% des décès ont eu lieu dans une structure de soins, et 63% dans des lieux d'habitation.

Les causes de décès demeurent largement méconnues (68%, $n=54$). Il a toutefois été possible d'en identifier quelques-unes, 12 décès (15%) étaient dû à une maladie ou une tumeur, 12 décès (15%) à des causes violentes¹⁹. Cette distribution des causes de décès est significativement différente de celle des personnes sans chez soi (13% des décès dû à une maladie ou une tumeur, et 30% aux causes violentes).

Le temps passé à la rue a pu être recueilli pour 33 personnes chez les anciens sans chez soi. Parmi elles (Figure 12), 27% (9 personnes) avaient passé plus de dix ans en situation de rue, 24% (8 personnes) entre cinq et dix ans, 18% (6 personnes) entre un et cinq ans, 9% entre six mois et un an (3 personnes). 15% (5 personnes) n'avaient jamais eu un épisode à la rue. Parmi les 241 sans chez soi dont le temps d'errance a pu être recueilli, plus de 4 personnes sur 5 (85%) ont passés au moins 1 an à la rue (204 personnes).

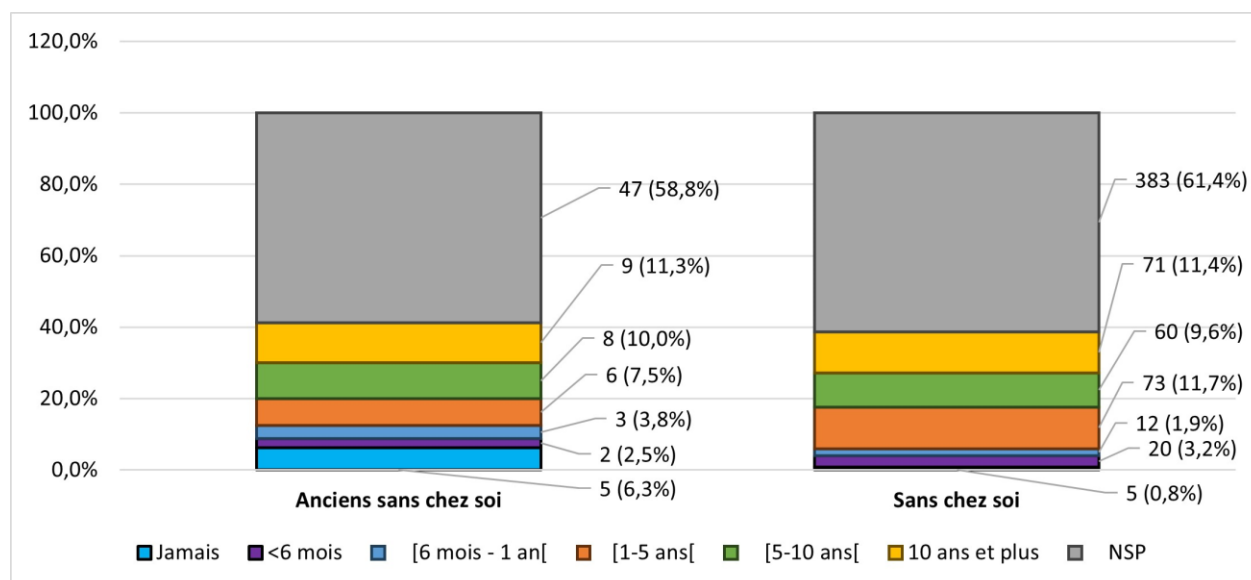


Figure 12 : Temps d'errance chez les personnes décédées en situation de rue et anciennement sans chez soi, recensées par le CMDR en 2022

¹⁹ Suicides, overdose, incendie, agressions, accident de transport, etc.

Marina, 54 ans

Un jour d'hiver, Marina est morte dans une pièce calfeutrée d'un squat. Elle a été intoxiquée au monoxyde de carbone émis par d'un appareil de chauffage. Ce sont d'autres occupants des lieux qui ont donné l'alerte. Elle vivait avec son compagnon, lui aussi bulgare, décédé avec elle.

Marina avait occupé d'autres squats et a vécu en errance depuis quelques années. Elle a été enterrée par la ville, en présence d'une association locale d'accompagnement des funérailles.

RECITS DE 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

Personnes sans chez soi & population générale

Etant donné que la population générale de décès en 2022 n'est pas encore totalement consolidée à l'heure actuelle, nous avons préféré nous focaliser sur les données de 2021, finalisées par l'Insee en juin 2023. Ces données nous permettent une comparaison des décès en population générale à celles des personnes décédées sans chez soi connues du collectif les morts de la rue.

Tableau 10 : Distribution de la mortalité entre personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2022 et la population générale décédée en France, INSEE 2022

Variables	Population SCS 2022 N = 624	Population générale 2021 ²⁰ N = 661 585
Genre		
Masculin	539 (86%)	333 572 (50%)
Féminin	81 (13%)	328 013 (50%)
Manquant	4 (1%)	0
Age moyen		
	¹ 49,1 ±14,8	179,6 ±15,5
Manquant	55 (9%)	0
Classe d'âge		
<15 ans	8 (1%)	3 822 (1%)
[15-25 ans[	21 (3%)	2 417 (<1%)
[25-45 ans[	174 (28%)	13 069 (2%)
[45-65 ans[	298 (48%)	78 041 (12%)
65 ans et plus	81 (13%)	564 236 (85%)
Manquant	42 (7%)	0
Pays de naissance		
France	280 (45%)	568 833 (86%)
UE	97 (16%)	30 308 (5%)
Hors UE	162 (26%)	62 444 (9%)
Manquant	85 (13%)	0
Région de décès		
Île-de-France	267 (43%)	82 928 (13%)
Autres régions	357 (57%)	578 657 (87%)
	0	0
Saison de décès		
Été	131 (21%)	146 624 (22%)
Automne	148 (24%)	158 039 (24%)
Hiver	230 (37%)	188 271 (28%)
Printemps	109 (17%)	168 651(26%)
Manquant	6 (1%)	0

La comparaison des principales caractéristiques des personnes sans chez soi décédées en 2022 par rapport aux décès survenus en population générale en France (Tableau 10) met en évidence des différences importantes, particulièrement au niveau du genre et de l'âge : Dans la population générale, le sex-ratio homme/femme est de 1,0 contrairement à 6,7 chez les personnes sans chez soi. En moyenne, les personnes recensées par le CMDR sont décédées à 49 ans, soit avec un peu plus de 30 ans d'écart par rapport à la population générale (80 ans). De plus, plus de 85% des sans chez soi décèdent avant 65 ans alors que seulement 15% de la population générale décède avant 65 ans.

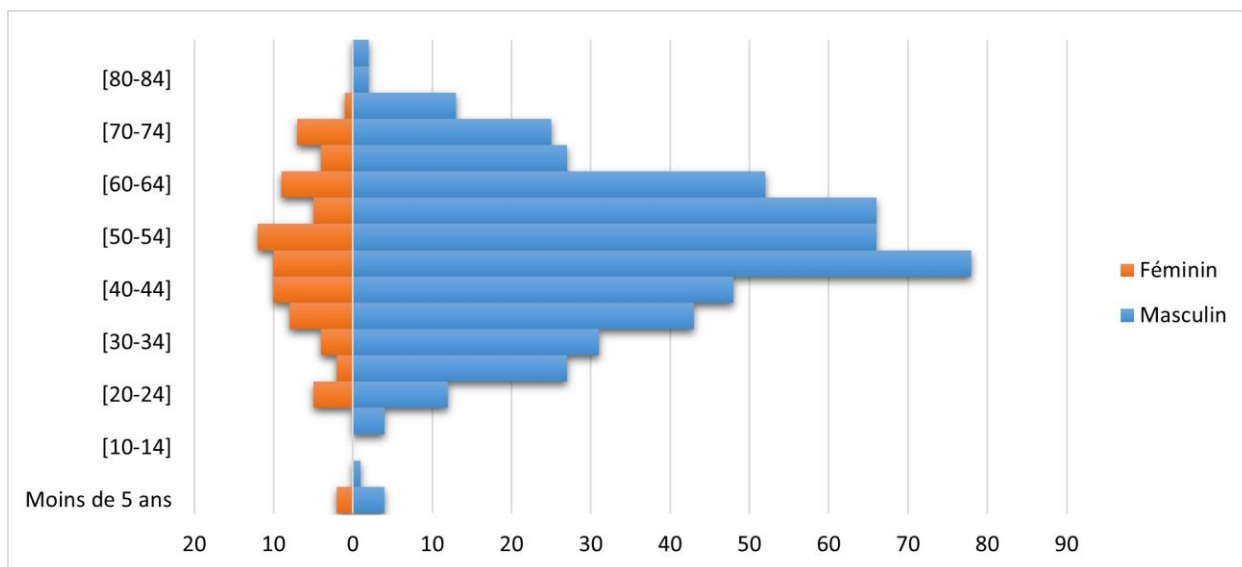


Figure 13 : Pyramide des âges des personnes décédées sans chez soi en 2022, recensés par le CMDR, France

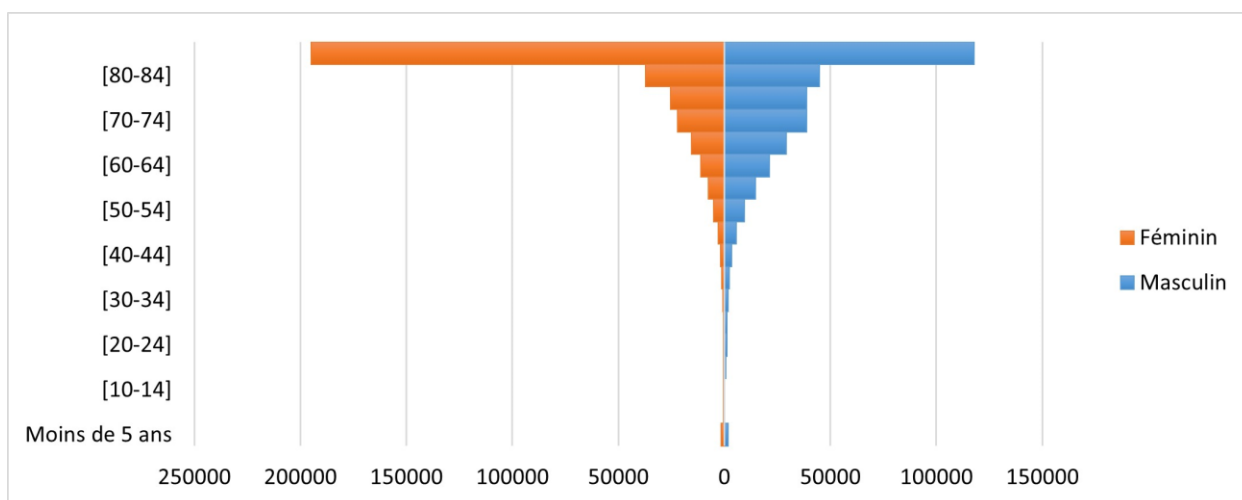


Figure 14 : Pyramide des âges des décès en Population générale, 2021, France (source Insee)

L'analyse du pays d'origine met également en évidence de fortes disparités. Ainsi 45% des SCS sont nés à l'étranger contre seulement 14% des personnes décédées dans la population générale. Dans la population générale, les décès surviennent également souvent l'hiver (28%), mais ils sont nombreux aussi au printemps (26%), ce que l'on observe moins parmi les personnes sans chez soi (18% au printemps).

Concernant la distribution régionale des décès survenus dans la population générale (Figure 14), elle est plus concentrée en Île-de-France (13% des décès), en Auvergne-Rhône-Alpes (11%), en Nouvelle-Aquitaine (11%) et en Occitanie (10%), représentant à elles quatre près de 45% des décès en France métropolitaine et départements d'outremer en 2021. La distribution des décès identifiés par le CMDR, quant à elle, met en évidence une forte concentration des décès autour de 5 régions, concentrant près de 77% des décès en 2022 : Île-de-France(42%), Hauts-de-France (10%), Provence-Alpes-Côte d'Azur(10%), Occitanie(8%) et Auvergne-Rhône-Alpes (7%).

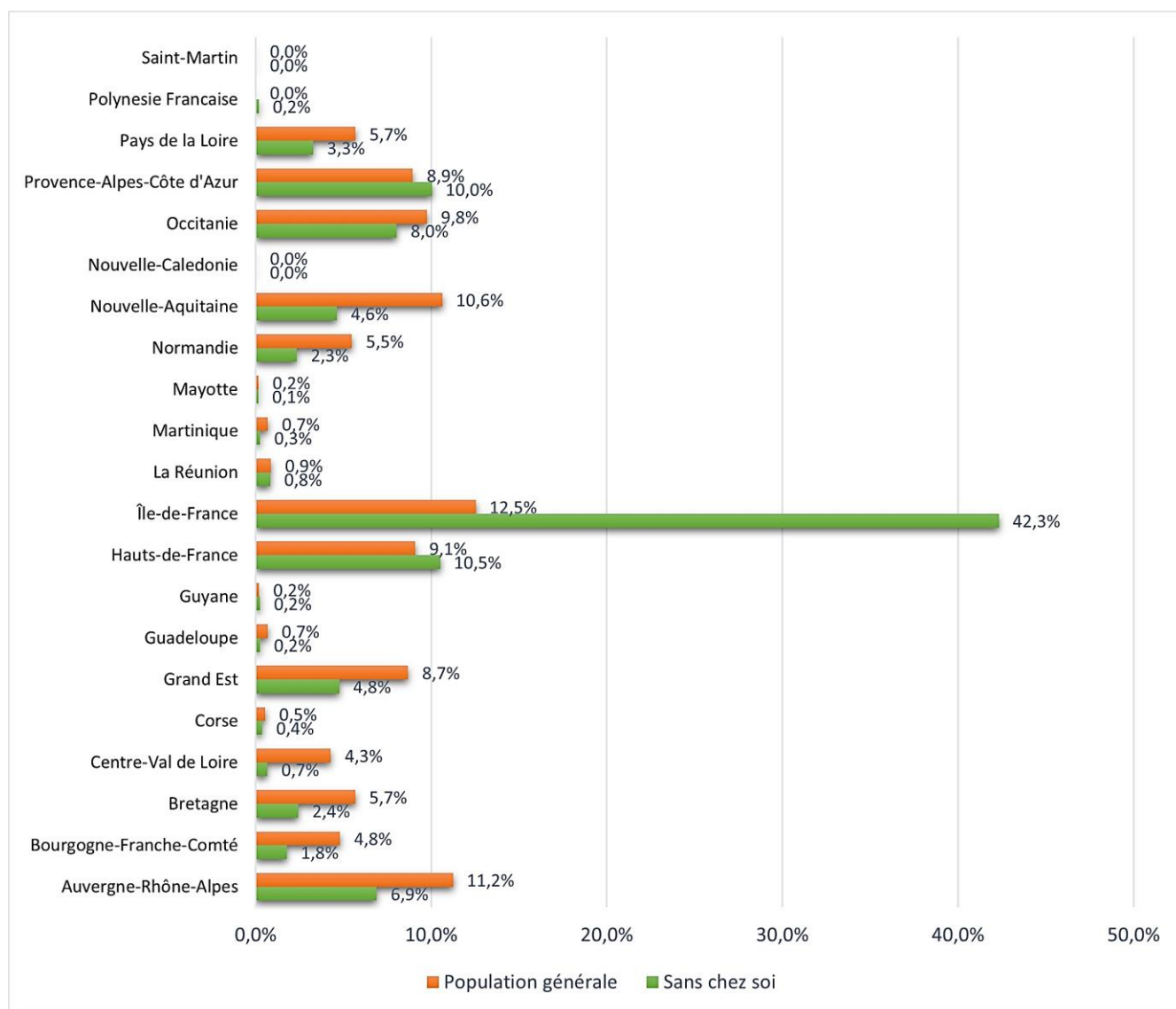


Figure 15 : Décès par région de France en population générale 2021 (source Insee) et chez les personnes sans chez soi recensées par le CMDR en 2022, France

La différence de répartition régionale des décès en population générale par rapport aux décès recensés par le CMDR est particulièrement significative en IDF. Ce pic des décès sans chez soi en IDF, peut s'expliquer par la région IDF qui est l'implantation du CMDR à Paris (lui permettant de déployer et consolider plus facilement son réseau. Concernant les Outre-mer d'Outremer et la population générale, il est observé peu de décès (<1%) en Guadeloupe, Guyane, La Réunion, La Martinique, et Mayotte. Quant aux personnes sans chez soi recensée, les proportions sont également identiques, en plus de Saint Martin.

D'une manière générale selon les données rapportées, les régions sont différentes en termes de fréquence de décès (personnes sans chez soi et population générale). D'après le Baromètre publié par l'Unicef France et la Fédération nationale des acteurs de la solidarité (FAS) (14), les départements dont les personnes sont exposées à des absences de places d'hébergements disponibles ou compatibles avec la composition du ménage sont : Paris, suivi du Nord, de la Seine-Saint-Denis et du Bas-Rhin. Près de 2/3 (63 %) des personnes concernées sont des personnes en famille, soit 3 133 personnes.

En population générale, d'après les dernières données disponibles (Insee, 2016)²⁰, 58% des décès sont survenus dans les Hôpitaux ou établissement de santé, 27% au domicile de la personne, et 14% en maison de retraite. Seulement 1% des décès ont lieu sur la voie ou un lieu public (Figure 16).

En revanche chez les personnes SCS en 2022, 29% des décès sont survenus dans une structure de soins, 10% chez un tiers ou une structure d'hébergement, 41% sur la voie publique. Aucun décès n'est survenu en maison de retraite.

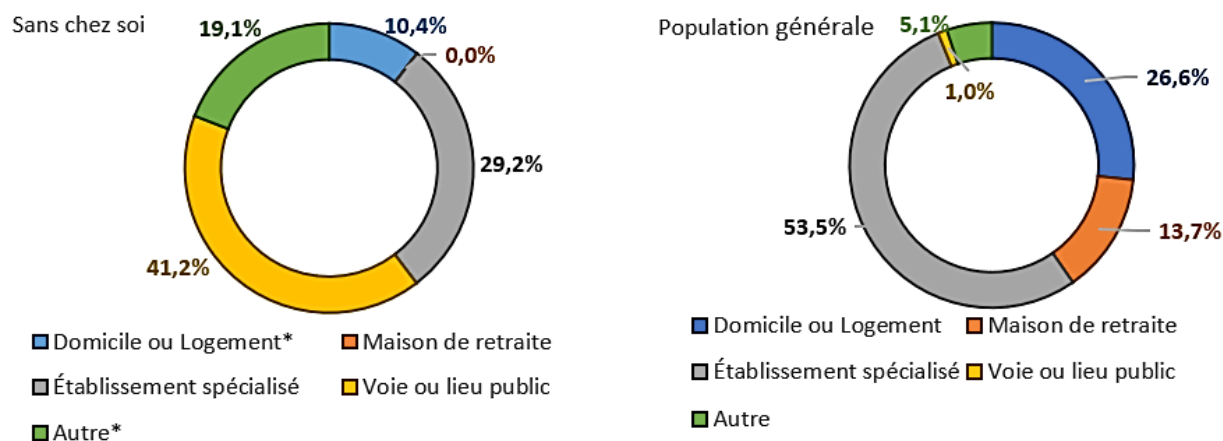


Figure 16 : Décès selon le lieu du décès chez les dans chez soi (CMDR, 2022) et en population générale (Insee, 2021), France

*Chez les personnes sans chez soi, « le domicile ou logement » concerne ceux qui sont logés ou hébergés (chez un particulier, foyer, hôtel, accueil de jour, ... Les centres d'hébergement d'urgence et les CHRS ne sont pas pris en compte ici).

*Chez les personnes sans chez soi : « Autres » renvoi aux autres lieux de décès (lieux précaires, détention, les centres d'hébergement d'urgence, les CHRS).

Si en en population générale la majorité des décès ont lieux dans des établissements de soins (Figure 16), cela est lié à la présence des maladies : plus de la moitié des décès en population générale sont causés par des tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (52%), contrairement aux personnes SCS qui sont surexposées aux causes externes (agression, violences, ... 52%) (Figure 17).

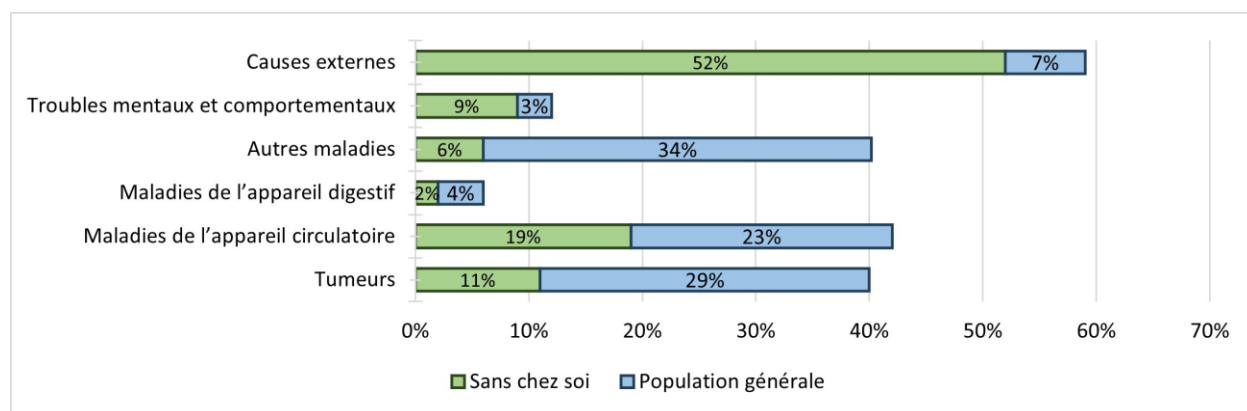


Figure 17 : Causes de décès chez les sans chez soi (CMDR 2022) et en population générale (Insee 2020²¹)

²⁰ Source Insee lieu de décès <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6539843?sommaire=6539845#tableau-figure1>

²¹ Source Insee causes de décès <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#tableau-figure1>

Yamina 72 ans

Assistante maternelle à la retraite, Yamina a perdu son logement quand le montant de sa retraite ne lui a plus permis de faire face au paiement de son loyer. Elle a été hébergée chez des amis puis a trouvé refuge pendant 10 ans dans un box de voiture. Décrite comme « une Madame tout le monde », elle vivait seule, ne voulait pas qu'on l'aide.

Elle est morte suite à une maladie en service de soins palliatifs. Dans ses affaires, Yamina avait conservé les lettres de recommandations élogieuses des personnes dont elle avait gardé les enfants.

RECITS DE 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

DISCUSSION

Les décès des personnes sans chez soi et leurs caractéristiques

Le nombre de personnes sans chez soi décédées recensées par le CMDR en 2022 s'élève à 624. Ces 624 décès déjà très nombreux, sont très probablement inférieurs à la réalité du fait de l'exhaustivité limitée de la surveillance menée par le Collectif Les Morts de la Rue (estimés à 17% (13)).

L'âge moyen au décès des personnes sans chez soi estimé à 49 ans en 2022 est inférieur de plus d'une trentaine d'années à celui de la population générale en France. Cette différence notable entre ces 2 populations est également retrouvée par Vuillermoz et al sur la période 2008-2010 (49 ans contre 77 ans) (13). Plusieurs études démontrent également cet écart d'âge entre ces 2 types de populations (15,16), quel que soit le genre. D'autres auteurs mettent en évidence un excès de risque de mortalité parmi les personnes sans chez soi jeunes, cet excès de risque diminuant ensuite progressivement avec l'âge (15,17).

La mortalité des personnes recensées par le CMDR depuis 2012 touche principalement les hommes (87% des décès en 2022), ne reflétant pas la proportion de femmes vivant sans chez soi, ni la mortalité en population générale relativement équilibrée entre les deux genres (50%). Ce résultat concorde avec certaines études antérieures (18,19) sur les personnes sans chez soi mais n'est pas constant. Certains auteurs estiment que les femmes sans chez soi sont plus à risque de décès (20), contrairement à d'autres qui concluent à une absence de différence selon le genre (21).

Les décès survenus au cours de l'automne et de l'hiver 2022 semblent plus nombreux qu'au printemps et qu'en été. Cela ne signifie pas pour autant que les personnes sans chez soi ne décèdent pas l'été. Au contraire, les données du CMDR sur l'étendue des années 2012-2022 mettent en évidence une augmentation progressive des décès en été 2022 (21%) par rapport à l'été 2021 (19%). Par ailleurs, la saisonnalité des décès retrouvée parmi les personnes sans chez soi est presque également retrouvée en population générale en France, sauf la fréquence des décès plus élevée au printemps en population générale (26%) contrairement à 18% chez les sans chez soi. Les différences observées entre ces deux populations pourraient s'expliquer par un biais lié au retour d'information (13) ; une plus grande attention portée l'hiver par les associations, médias, administrations et particuliers envers les personnes sans chez soi favorise un meilleur signalement des décès. Ces différences de mortalité des personnes sans chez soi au cours des saisons sont également discutées dans la littérature, certaines études montrent que les décès sont plus fréquents l'hiver (13,22), alors que d'autres ne constatent pas de lien (23). A contrario, le principal lieu de décès de la population générale en France est l'hôpital, qui a une activité de signalement constante tout au long de l'année.

En 2022, parmi les causes de décès identifiées par le CMDR, près d'un décès sur cinq était lié à des morts violentes (intoxications dont overdoses, suicides et agressions), quand près d'un sur sept était lié à une maladie (tumeurs, maladies liées à l'appareil circulatoire et à l'appareil respiratoire). Cependant, la proportion de personnes dont la cause de décès est demeurée mal connue ou non précisée est importante (54%). Si l'importance des causes externes des décès des personnes sans chez soi est retrouvée dans l'étude de Vuillermoz et al (13), et plus encore dans certaines études (5,16,20,22), d'autres études mettent en évidence le poids des maladies (maladies liées à l'appareil circulatoire, tumeurs) dans les décès de la population sans chez soi (24-27). Ce constat met tout de même en évidence la plus grande vulnérabilité et la violence existante des personnes sans chez soi.

Concernant la situation du logement au cours des trois derniers mois de vie, 37% des personnes étaient en situation de rue et 25% en hébergement. Les personnes décédées en situation de rue étaient plus jeunes que les personnes hébergées (31% en situation de rue contre 18% en hébergement chez les 25-45 ans). Il n'y avait pas de différence significative entre le pays de naissance et le fait d'être en situation de

rue ou en hébergement. Cependant dans l'étude HYTPEAC, plus de la moitié des personnes vivant à la rue étaient nées en France contre 39% chez celles vivant en structures d'hébergement (28).

Une tendance est constatée : l'âge au décès tend à augmenter avec le temps d'errance. Une première explication à ce résultat résulte dans le fait que le CMDR ne recense que des personnes décédées. Ainsi, lorsque les personnes SCS décèdent à un âge avancé, elles ont « plus de probabilité d'avoir connu une longue période d'errance. A cela s'ajoute la distribution des données manquantes pour la variable « temps d'errance ». Des informations n'ont pu être recueillies que chez 39% des sans chez soi. De plus, certaines personnes peuvent être en errance depuis longtemps, mais le fait de changer régulièrement de lieu de vie fait en sorte qu'ils sont plus difficiles à suivre, et donc possiblement moins connus des acteurs lors de la survenue du décès. Par ailleurs, la variable « temps d'errance » est généralement sous-estimée du fait de la méthode de recueil. Lors de l'enquête D&D, c'est parfois la date de la première rencontre entre le proche ou le professionnel et la personne sans chez soi qui est considérée, et non le début effectif de l'errance.

Limites

Le recueil des décès effectué par le CMDR n'est pas exhaustif, et le nombre de décès non recensés est probablement très élevé malgré l'amélioration de la surveillance. Les tendances observées (augmentation progressive du nombre de décès notamment) ne sauraient traduire la réelle situation des personnes sans chez soi, même si elle est très vraisemblable.

Au regard des données recueillies concernant le parcours des personnes sans chez soi décédées, et de la forte proportion d'informations manquantes, il est raisonnable de penser qu'il puisse exister également des biais de classement différentiels (biais de mémorisation, biais lié aux réponses attendues), le recueil est réalisé à posteriori et cible des personnes indirectement concernées (personnes ayant été en relation avec le défunt). Les tiers, autre que les médias, signalant des décès sont plus susceptibles de détenir des informations concernant des personnes en situation d'hébergement (suivi régulier) que pour des personnes en situation de rue (fréquence des contacts plus limitée, relation plus instable).

Recommandations

La surveillance de la mortalité par le CMDR nécessite d'être améliorée afin de répondre aux enjeux de l'exhaustivité des données. Il s'agit d'un axe de travail complexe mais qui permettrait d'obtenir une image plus représentative des personnes sans chez soi qui décèdent chaque année.

Sensibiliser les acteur.rice.s de l'AHI mais aussi des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) aux signalements des décès, faciliter le partage d'informations avec les différents systèmes existants, créer et renforcer les collaborations dans le respect des valeurs et principes de chaque acteur.rice contribueraient grandement à améliorer les résultats de cette surveillance. Il serait souhaitable de pouvoir disposer d'informations actualisées sur la population sans chez soi vivante. Ceci permettrait d'en analyser de manière plus spécifique la mortalité et d'en préciser les facteurs de risque, préalable nécessaire afin de développer des actions de prévention.

Malgré les limites identifiées, les données présentées par le CMDR constituent une source unique d'information sur cette population. 624 décès liés à l'absence d'un logement durant une période de la vie ont été recensés pour cette année 2022. Ce chiffre, probablement loin d'être exhaustif, est déjà bien trop élevé. L'âge moyen au décès est particulièrement bas comparativement à celui observé pour la population française et met en évidence la très grande vulnérabilité des personnes qui, à un moment de leur vie, sont contraintes à être sans chez soi. Cette différence doit inciter à l'action. Bien qu'une saisonnalité des décès existe, ces derniers ne surviennent pas uniquement durant la période hivernale et les actions d'hébergement et logement doivent se poursuivre tout au long de l'année.

Particularités de 2022-2023

L'année 2022 a été une période de changement pour le CMDR. Le CMDR a vu un renouvellement conséquent d'une partie de ses équipes (bénévoles, coordinatrice, épidémiologiste) avec un temps d'adaptation non négligeable afin de poursuivre fidèlement le travail.

De plus, le collectif a célébré ses 20 ans d'existence cette année. 20 ans d'hommage aux personnes sans chez soi décédées en France, 11 ans d'enquêtes difficiles afin de rendre visible ce qui est invisible via des études statistiques, 20 ans de sentiments de tristesse partagés, mais aussi de beaux moments de convivialité.

CONCLUSION

L'absence de chez-soi est un problème majeur de justice sociale et de santé publique qui a des effets dévastateurs sur la santé des personnes sans-abri (plus grand risque de mortalité, décès à un âge prématuré et avec des causes externes et violentes plus sensibles et traumatisantes que la population générale). Le nombre de décès augmente au fil des années. C'est aussi un iceberg car de nombreux décès attribuables au sans-abrisme échappent à notre attention, tout comme à celle du grand public et visiblement encore plus à celle des politiques.

De nombreuses études, à l'étranger, mettent en évidence l'effet du sans-abrisme sur l'état de santé des personnes vivant à la rue et plus encore sur leur risque élevé de mortalité. Depuis son premier Rapport Dénombrer & Décrire la mortalité des personnes sans chez soi en France (11^{ème} avec ce présent rapport), le Collectif Les Morts de la Rue met en œuvre une surveillance de la mortalité des personnes sans domicile ou anciennement sans domicile survenue en France. Elle a ainsi pour objectif d'en décrire les principales caractéristiques et d'en aborder les parcours.

Des efforts restent à poursuivre afin d'améliorer l'exhaustivité et la complétude du recueil de données. En effet, parmi les défis auxquels le Collectif Les Morts de la Rue est confronté, le signalement des décès et le recueil de données en constituent les principaux. Pour cela nous devons continuer à développer et consolider notre réseau sur l'ensemble du territoire français (métropole et outre-mer) avec notamment des partenariats avec les Acteurs de l'Accueil, Hébergement, Insertion et Logement (AHI-L) et les Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et plus particulièrement ceux accueillant et accompagnant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LHSS, ACT, LAM, ...).

Nous souhaitons également nous appuyer sur les résultats de nos rapports annuels Dénombrer & Décrire la mortalité des personnes sans chez soi en France, pour mettre en évidence le manque de données scientifiques sur cette population et mobiliser les acteurs publics sur cette question. Nous espérons concrétiser à nouveau des projets de croisement des données comme nous l'avons déjà réalisé avec l'étude 2008-2010 avec l'INSERM CépiDc²². Et dans la même nécessité, ouvrir de nouvelles possibilités d'études et de recherches qui permettraient d'améliorer la connaissance de cette population sans chez soi.

²² En nous référant à l'étude 2008-2010 du CépiDc, le nombre réel des personnes sans chez soi pourrait être 6 fois plus important.

ANNEXES

Annexe 1 – Sources de signalement

Réseau associatif

De nombreuses associations sont adhérentes du CMDR (Annexe 8) et le conseil d'administration du CMDR est composé de deux collèges : associations et particuliers. Le collège des particuliers est aussi ouvert aux personnes de la rue et/ou anciennement de la rue. C'est le cas actuellement pour deux administrateurs. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité. 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 de nombreuses 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 aux célébrations annuelles (hommage public chaque année), par l'organisation de formations pour les associations, d'invitations 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 il communique 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 sans chez soi ou non, les partenaires opérationnels (Institut médico-légal, 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 au cimetière par le CMDR. Parmi ces noms, l'équipe « Proches en deuil » du CMDR recherche 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.

La DGCS transmet au CMDR depuis 2018 la liste anonymisée des décès de personnes sans chez soi survenus sur la voie publique durant la période hivernale (29). C'est à présent la Dihal qui transmet cette liste au CMDR.

Réseaux sociaux

Le CMDR est présent sur les réseaux sociaux, notamment Twitter®, Instagram® 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, signalent des décès au CMDR, ou se tournent vers lui pour lui demander soutien.

Annexe 2 – Associations adhérentes au CMDR en 2022

ABEJ SOLIDARITÉ
ACCUEIL SERVICE
ASSOCIATION TOI POUR TOUS
AUTREMONDE
AUX CAPTIFS LA LIBERATION
BAGAGERIE ANTIGEL
CAFE ACCUEIL DES GENS DE LA RUE
CASP
CAFE ACCUEIL AUX GENS DE LA RUE
CMAO LILLE
CŒUR DU CINQ
COLLECTIF NATIONAL DES DROITS DE L'HOMME ROMEUROPE
COLLECTIF PARTAGE ET PROJETS
COMMUNAUTE MAISON DE RETRAITE DES FILLES DU ST ESPRIT
COMPAGNONS DE LA NUIT
CONGREGATION DES SŒURS AUXILIATRICES
DE L'OMBRE A LA LUMIERE
DEPAUL FRANCE
EGLISE PROTESTANTE UNIE DE FRANCE
ENTRAIDE DU FOYER DE L'AME
ENTRAIDE ET PARTAGE AVEC LES SANS LOGIS
EQUIPES ST VINCENT
FONDATION DE L'ARMEE DU SALUT
FONDATION ARMEE DU SALUT - MARSEILLE
GROUPE ACAT THONON
HALTE FONTENAYSIENNE
LA MAISON DE L'AMITIE LA DEFENSE
LA MIE DE PAIN
LA SOUPE SAINT EUSTACHE
LDH BAGNOLET-LES LILAS
LES EAUX VIVES - EMMAUS
LES ENFANTS DU CANAL
MAISON DE LA SOLIDARITE
MAISON DE L'AMITIE LA DEFENSE
MAISON DES THERMOPYLES
MEDECINS DU MONDE FRANCE
OPPELIA - CHARONNE
PROTECTION CIVILE DE PARIS SEINE
SOLIDARITES NOUVELLES POUR LE LOGEMENT
SOLIDARITE JEAN MERLIN

Annexe 3 – Associations et Collectifs d’accompagnement des morts de la rue

En 2002, des associations ou collectifs accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D’autres collectifs se sont créés après le CMDR à Paris. Aujourd’hui, des associations ou collectifs accompagnent les morts de la rue dans plus de 20 villes françaises. Ces associations travaillent de manière indépendante et fonctionnent de façon différente les unes des autres. Elles échangent sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter-associatives. Les collectifs transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou anonymes, et plus ou moins renseignées. Des rencontres avec les collectifs régionaux ont lieu chaque année et une demande de transmission de données leur est proposée.

- Amiens : SAMARA (Sans chez soi Morts dans l’Abandon ou la Rue à Amiens)
- Angers : Collectif Angevin des Morts de la rue
- Avignon
- Belfort : Collectif Belfortin Des Morts de la Rue
- Bordeaux : Morts de la Rue Bordeaux
- Brest : Collectif Dominique
- Grenoble : Morts de Rue Grenoble
- Lille : Mémoire-Fraternité
- Limoges : L’Adieu
- Lyon : Morts sans toi(t)
- Marseille : Marseillais Solidaires des Morts Anonymes
- Nancy
- Nantes : de l’Ombre à la Lumière
- Redon
- Rennes : Collectif Dignité Cimetière
- Rouen : Association Rouennaise pour l’Adieu aux Morts Isolés Arami
- Saint-Brieuc
- Saint-Malo
- Strasbourg : Grains de sable, Collectif Alsacien des Morts de la Rue
- Toulon : Collectif Varois des Morts de la Rue
- Toulouse : Gouttes de vie – Prendre soin de la vie, accompagner la mort
- Var : mort de la rue
- Villeurbanne : Morts dans l’oubli

Annexe 4 – Veille médiatique

Le CMDR effectue une veille médiatique sur internet. Pour cela, il effectue quotidiennement une recherche par mots clés permettant de détecter des articles relatant le décès de personnes sans chez soi ou vivant en centre d'hébergement collectif. Cette recherche est réalisée sur le moteur de recherche Google©.

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 chez soi » ;
- « mort sans chez soi » ;
- « décès sans chez soi » ;
- « cadavre sans chez soi » ;
- « Sans- Domicile » ;
- « décès sans-domicile » ;
- « corps sans-domicile » ;
- « cadavre sans-domicile » ;
- « SDF décédé » ;
- « sans chez soi décédé » ;
- « marginal décédé » ;
- « sans chez soi 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... ».

Quotidiennement, les équipes du CMDR réalisent un tri des résultats obtenus par ces équations de recherche et ajoutent les cas correspondant aux cas à explorer.

Annexe 5 – Fiche de signalement

Collectif Les Morts de la Rue

« En accompagnant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants »

Bureau : 5 rue Léon Giraud 75019 PARIS ; tel 01 42 45 08 01 / 06 18 03 17 63 mortsdelarue@wanadoo.fr

FICHE DE SIGNALEMENT DU DECES D'UNE PERSONNE « SANS CHEZ SOI »

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT

Département : _____ Commune : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Vous êtes (cochez la case qui correspond) : Association / Institution / Particulier / Autre

Nom de la structure : _____

INFORMATION SUR LE DECES

Appris le _____ Date du décès _____ Commune de décès : _____

Appris par (indiquez comment vous avez appris le décès) : _____

Souhaitez-vous que cette personne soit sur le site ? Oui / Oui, anonymement / Non / Pas d'opinionSur le faire-part ? Oui Oui, anonymement Non Pas d'opinion

INFORMATION SUR LA PERSONNE DECEDEE

Nom : _____ Prénom : _____ Surnom : _____

Date de naissance : _____ ou Âge : _____ Sexe : Homme FemmeStatut vis-à-vis de la rue* : Sans abri Sans domicile Ancien.ne de la rue* Ne sait pas

Circonstances du décès (veuillez indiquer les circonstances et les causes du décès) : _____

AUTRES INFORMATIONS

Acceptez-vous d'être recontacté au sujet de cette personne ? Oui Non

Si oui, indiquez des dates et tranches horaires auxquelles nous pouvons vous contacter : _____

Indiquez les personnes / organismes que nous pourrions rappeler pour avoir plus d'information sur cette personne (indiquez si possible un numéro de téléphone et le nom d'une personne contact dans l'organisme) : _____

Commentaires libres

* Une personne est considérée comme « Ancien.ne de la rue » si au moment du décès, elle était logée (maisons-relais, pensions de famille, résidence sociale, Un Chez soi d'abord, Un logement d'abord) mais qu'elle avait connu un parcours sans domicile.

Annexe 6 – Questionnaire de recueil de données

IDENTIFIANT : nsp-0000-000**1. INFORMATION SUR L'IDENTITE**

Q1. *Expliciter situation de logement au moment du décès*

Q2. Situation de rue :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Situation de rue | <input type="checkbox"/> ₂ Hébergé(e) |
| <input type="checkbox"/> ₃ Probablement sans chez soi | <input type="checkbox"/> ₄ Anciennement sans chez soi |
| <input type="checkbox"/> ₅ Isolée | <input type="checkbox"/> ₆ Récemment à la rue (6 sem.) |
| <input type="checkbox"/> ₇ Jamais à la rue | <input type="checkbox"/> ₉ NSP |

Identité

Q3. La personne est-elle identifiée ? Oui Non Ne sait pas

Q4. Sexe : Homme
 Femme
 Trans
 Inconnu

Q5. Prénom : _____

Q6. Nom : _____

Q7. Surnom : _____

Faire-part

Q8. Inscription sur le faire-part ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Oui, mais de façon anonyme | <input type="checkbox"/> A confirmer |

Écriture sur le faire-part : Prénom, Nom, dit Surnom, XX ans

Comment doit apparaître la personne sur le faire-part ? _____

Q9. *Explication sur le choix de l'anonymat ou de présence sur le faire-part*

Age

Q10. Jour de naissance : ____ Q14. Age : __

Q11. Mois de naissance : ____ Q15. Classe d'âge ₁ <5 ans ₂ [5 ; 9] ₃ [10 ; 14] ₄ [15 ; 19]

Q12. Année de naissance : _____ ₅ [20 ; 24] ₆ [25 ; 29] ₇ [30 ; 34] ₈ [35 ; 39]

Q13. Date de naissance : _____ 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

Lieu de naissance

Q16. Pays de naissance : _____

Q17. Nationalité

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Française | <input type="checkbox"/> UE | <input type="checkbox"/> Hors UE |
| <input type="checkbox"/> Double nationalité dont française | <input type="checkbox"/> Double nationalité dont UE | <input type="checkbox"/> Double nationalité non UE |
| <input type="checkbox"/> Apatride | <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |

Q18. Commune de naissance en France théorique : _____

Q19. Commune de naissance en France définitive : _____

Lieu de naissance non codé : _____

Q20. Statut marital : Célibataire Marié/Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Ne sait pas

Q21. Informations libres sur l'identité

2. INFORMATIONS SUR LE DECES

Q22. Statut de l'info : Fin de vie Disparition Rumeur de décès
 Décès infirmé Décès confirmé Ne sait pas

Q23. Décès appris par le Collectif le : _____ **Q24. Acte de décès obtenu :** Oui Non

Si modification du statut de l'info :

Q25. Date de modification : _____

Q26. Statut final retenu : Fin de vie Disparition Rumeur de décès
 Décès infirmé Décès confirmé Ne sait pas

Date de décès

Q27. Jour du décès: ____ **Q28. Mois du décès:** ____ **Q29. Année du décès:** ____

Pays, région et commune de décès

Q30. Décès hors du territoire français : Oui Non **Si NON, pays de décès:** _____

Décès en France

Q31. Commune de décès théorique : _____

Q32. Commune de décès définitive : _____

Q33. Département de décès : _____

Q34. Région de décès : _____

Q35. Sources du décès (plusieurs choix possibles)

Structures	Sens Entrant/Sortant	Structures	Sens Entrant/Sortant
<input type="checkbox"/> Association	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Partenaires institut.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Accomp.morts de la rue	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 115 / Samu social	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Hébergement	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Conv. morts isolés	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Maraudes	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Service pour pers. SD	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Mairie / Etat civil	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Soins	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Mairie / CCAS	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Police / BRDP	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Coordo maraudes	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> CHAPSA	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> État civil	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre service	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Particulier :	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S

Précisions source 1 : _____

Précisions source 2 : _____

Q36. Endroit ou le décès a été constaté (*) : _____

Q37. Précisions sur le lieu de décès :

Q38. Causes et circonstances du décès :

Q39. Degré de certitude sur la cause de décès : Certain Probable Sans objet NSP

Q40. Type de décès :

1 Violente/Accident 2 Violente/Agression 3 Violente/Suicide 4 Violente/NSP
5 Maladie/Tumeur 6 Maladie/Autre 7 Maladie/NSP 8 Naturelle soudaine 9 NSP

Q41. Source du décès : 1 Médicale 2 Liée à une source médicale 3 Ni l'un ni l'autre 9 NSP

Q42. Homicide Oui Non Possible NSP

Q43. Suicide Oui Non Possible NSP

Q44. Examen médico-légal demandé Oui Non Possible NSP

CODIFICATION CAUSE MEDICALE DE DECES**Partie 1. Processus morbide ayant entraîné la mort***Ne pas renseigner***Cause initiale***Ne pas renseigner***Q45. Partie 2. Pathologies associées au moment du décès (Ne pas renseigner CIM10)**

Pathologie associée 1 : _____

Pathologie associée 2 : _____

Pathologie associée 3 : _____

Pathologie associée 4 : _____

Pathologie associée 5 : _____

Pathologie associée 6 : _____

Q46. Antécédents médicaux connus avant le décès (Ne pas renseigner la CIM10)La personne avait-elle des antécédents médicaux ? Oui Non NSP

Antécédent médical 1 : _____

Source médical Atcd1 : Oui Non NSP

Antécédent médical 2 : _____

Source médical Atcd2 : Oui Non NSP

Antécédent médical 3 : _____

Source médical Atcd3 : Oui Non NSP

Antécédent médical 4 : _____

Source médical Atcd4 : Oui Non NSP

Antécédent médical 5 : _____

Source médical Atcd5 : Oui Non NSP**Décès simultané d'un proche****Q47. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou < 1 an après un autre décès ?**

- Non
 NSP
 Oui , décès d'une personne sans chez soi de la liste
 Oui , décès d'une personne sans chez soi hors liste
 Oui , décès d'une personne sans chez soi
 Oui , décès d'une personne mais ne sait pas statut logement

Si oui : Identifiant du décès simultané dans la liste/base voozanoo : _____

Q48. Lien avec l'autre personne décédée : Ami Famille Couple Cohabitant Autre NSP**Q49. Délai entre les 2 décès en jours :** _____**Q50. Précisions sur la simultanéité :**

--

Q51. Informations libres sur le décès

--

3. MEDICAL

D'autres informations médicales sont-elles disponibles ? Oui Non

Q52. Addictions : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Détails des addictions :

Q53. Alcool : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q54. Drogue : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q55. Médicament : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Q56. Tabac : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

Précisions : _____

Antécédent mental

Q57. Troubles mentaux (y compris dépression, tentative de suicide) : Oui Non NSP

Q58. Si oui, précisez : _____

Q59. Source médicale : Oui Non NSP

Q60. La personne a-t-elle bénéficié d'une consultation psychiatrique ? Oui Non NSP

Q61. La personne a-t-elle bénéficié d'un traitement psychiatrique ? Oui Non NSP

Hospitalisations

Q62. Hospitalisation au moment du décès : Oui Non NSP

Q63. Précisez : _____

Q64. (Autre) Hospitalisation dans les 12 mois précédant le décès : Oui Non NSP

Q65. Nombre d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois : _____ NSP

Q66. Nombre d'admissions aux urgences au cours des 12 derniers mois : _____ NSP

Q67. Durée de la dernière hospitalisation (au cours des 12 derniers mois) :

moins d'une semaine [1 semaine - 1 mois [[1 et 3 mois [[3 mois et 6 mois [> 6 mois

Q68. Durée de la dernière hospitalisation (au cours des 12 derniers mois) : _____ jours NSP

Q69. Temps entre la dernière sortie d'hospitalisation (y compris urgence) et décès

moins d'une semaine [1 semaine - 1 mois [[1 et 3 mois [[3 mois et 6 mois [> 6 mois

Q70. Suivi médicalement (association, hôpital, ...) : Oui Non NSP

Q71. Précisions sur le suivi médical :

Q72. Autres informations médicales

4. LOGEMENT

Informations sur le logement ? Oui Non

Q73. Historique lieu d'habitation (où la personne a dormi au moins une nuit) (*)

Lieu 1 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Lieu 2 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Lieu 3 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions : _____

Lieu 4 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions : _____

Lieu 5 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions : _____

Lieu 6 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions : _____

Lieu 7 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Lieu 8 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Lieu 9 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Lieu 10 habitation* : _____ **Durée (en jours):** _____

Précisions: _____

Q74. Temps d'errance global : Jamais <6mois [6mois-1an [[1-5ans[[5-10 ans [≥10ans Nsp

Temps cumulé de vie entière	Précis si connu	En classe
Q75. En situation de rue	___ jours OU ___ mois OU ___ années	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <6 mois <input type="checkbox"/> [6 mois - 1 an [<input type="checkbox"/> [1 - 5 ans[<input type="checkbox"/> [5 - 10 ans[<input type="checkbox"/> ≥10 ans <input type="checkbox"/> NSP
Q76. En hébergement mais sans logement personnel	___ jours OU ___ mois OU ___ années	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <6 mois <input type="checkbox"/> [6 mois - 1 an [<input type="checkbox"/> [1 - 5 ans[<input type="checkbox"/> [5 - 10 ans[<input type="checkbox"/> ≥10 ans <input type="checkbox"/> NSP

Q77. Logement pérenne disponible au moment du décès ? Oui Non Ne sait pas

Q78. Précisions sur le temps passé en situation de rue ou hébergé

Stabilité du lieu de vie	3 mois	1 an
Q79. Nombre de changements choisis de lieu de vie		
Q80. Nombre de changements subis de lieu de vie		
Q81. Nombre de lieux de vie fréquentées (au moins une nuit)		

Q82. Fréquentation Accueil de jour au cours de la dernière année :

Non Oui, ponctuellement Oui, régulièrement Oui, fréquence NSP NSP

Q83. Fréquentation Hébergement d'urgence au cours de la dernière année :

Non Oui, ponctuellement Oui, régulièrement Oui, fréquence NSP NSP

Précisions sur le logement

5. SITUATION ADMINISTRATIVE**Q84. Informations sur la situation administrative au moment du décès ?** Oui Non NSP**Situation administrative pour les personnes n'étant pas de nationalité française****Q85. Situation administrative actuelle :** Sans objet Régulière Irrégulière Ne sait pas**Précisions :** _____**Temps passé en France****Q86. Date d'entrée en France :** _____ **Q87. Année d'arrivée en France :** _____**Q88. Temps passé en France :** 1 Jamais 2 Moins de 6 mois 3 [6 mois- 1 an[4 [1-5ans[5 [1-5ans[6 [5-10 ans[7 10 ans et plus 9 NSP**Q89. Précisions :** _____**Q90. Statut de réfugié :** Non demandé Demande en cours Obtenu Refusé Ne sait pas**Q91. Francophone :** Ne parlait pas français Parfait bien le français Parlait un peu le français NSP**Q92. Protection judiciaire** Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle MASP MAJ Autre Oui mais NSP NSP**Q93. Précisions :** _____**Q94. Domiciliation administrative** Aucune Poste Famille Association AS, bureau aide sociale, CCAS Centre hébergement Autre NSP
 Chez lui, elle Ami, tiers Hôtel (hors hôtel social) Oui mais NSP**Q95. Précisions :** _____**Q96. Couverture maladie :** Aucune Sécurité sociale CMU
 AME CMU-C Oui, mais NSP
 PUMA En cours de demande NSP**Q97. Précisions :** _____**Q98. Travail ou activités rémunérées sur les 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)** Aucun Temps plein Temps partiel Arrêt de travail Travail occasionnel NSP**Q99. Précisions travail:** _____**Q100. Parcours professionnel:** _____**Q101. Études les plus élevées** Jamais scolarisé Prépa CAP.BEP, Bac pro Collège Primaire
 Lycée générale Lycée technique, pro Supérieur NSP**Q102. Précisions :** _____**Q103. Source(s) de revenus (plusieurs réponses possibles)** Aucune Pension invalidité/rentes RMI/RSA Assedic/chômage Retraite AAH
 Salaire/travail Allocations Fam Mendicité Artisanat, informel Autre NSP**Q104. Précisions :** _____**Q105. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (plusieurs réponses possibles)** Aucun suivi AS secteur/CCAS Permanences d'accueil Associations Maraudes Tutelle Autre nsp**Q106. Précisions :** _____**Q107. Démarches en cours ou abouties récemment (1 an avant le décès) (plusieurs réponses possibles)** Aucune Accès logement Accès soins Papier identité Régularisation administrative
 Liens familiaux Recherche emploi Autre Refus aide NSP**Q108. Précisions :** _____

6. ENFANCE ET FAMILLE

Q109. Avez-vous des informations sur l'enfance ou la famille ? Oui Non NSP

Q110. Sait-on qui a élevé la personne ? Oui Non

Q111. Qui a élevé la personne ?

Ses parents ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ses grands parents ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sa mère seule ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Son père seul ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mère + nv compagnon ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Père + nvelle compagne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre membre famille ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre personne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Famille d'accueil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Institut ou Foyer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Q112. Précisions : _____

Q113. La personne a-t-elle été placée (Ddass, ASE, PJJ) ?

NSP Non sans objet, étranger arrive en France après 18 ans oui, principalement en institution ou foyer
 oui mais NSP oui, principalement en famille d'accueil oui, en alternance famille/foyer

Précisions : _____

Famille

Q114. Fratrie: Oui Non Nsp **Q115. Nombre de frères et sœurs :** __ **Précisions :** _____

Q116. Mère	Q117. Pays de naissance : _____	Q118. Père	Q119. Pays de naissance : _____
Mère en vie		Père en vie	
<input type="checkbox"/> Oui, encore en vie		<input type="checkbox"/> Oui, encore en vie	
<input type="checkbox"/> Non, décédée pendant l'enfance		<input type="checkbox"/> Non, décédé pendant l'enfance	
<input type="checkbox"/> Non, décédée après la majorité de la personne		<input type="checkbox"/> Non, décédé après la majorité de la personne	
<input type="checkbox"/> Non, décédée mais ne sait pas quand		<input type="checkbox"/> Non, décédé mais ne sait pas quand	
<input type="checkbox"/> Ne sait pas		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	

Q120. Mode de vie

Seul En couple En Famille En groupe Ne sait pas

Q121. Précisions sur le mode de vie : _____

Q122. La personne était-elle en couple au moment du décès ? Oui Non Ne sait pas

Q123. La personne a-t-elle des enfants ? Oui Non Ne sait pas

Q124. Si oui, Nombre d'enfants : ____ **Q125. Dont nombre de mineurs :** ____ **Q126. Dont nombre vivant avec :** ____

Q127. Précisions : _____

Liens familiaux

Q128. Au cours des 12 derniers mois, la personne avait-elle rencontré des membres de sa famille ?

Sans objet Oui, au moins 1x/mois Oui au moins 1x/an Non, pas les 12 derniers mois NSP

Q129. Au cours des 12 derniers mois, la personne avait-elle communiqué avec des membres de sa famille par téléphone, sms, internet, courrier, ... ?

Sans objet Oui, au moins 1x/mois Oui au moins 1x/an Non, pas les 12 derniers mois NSP

Q130. Précisions liens familiaux : _____

Q131. Liens sociaux : Oui Non Ne sait pas

Q132. Si oui: Amis Voisinage du lieu de vie Famille Accueil de jour Autre
 Paroisse Cohabitants centre hébergement Maraudes Structures de suivi social

Q133. Précisions sur les liens sociaux : _____

Q134. Informations libres sur la vie de la personne :

Q135. Activités bénévoles, implications dans activités associatives ou sociales : Oui Non NSP

Q136. Vivait avec un animal : Oui Non Ne sait pas **Précisions sur animaux :** _____

7. FUNERAILLES

Q137. Informations existantes concernant l'inhumation ? Oui Non NSP

Q138. Date de l'inhumation : _____

Q139. Type de funérailles : 1 Inhumation 2 Crémation 3 Rapatriement 9 NSP

Q140. Lieu des funérailles: _____

Q141. Type de convoi : 1 Convoi individuel 2 Convoi collectif 9 NSP

Q142. Passage par une unité / un institut de médecine légale : Oui Non 2 Possible 9 NSP

Q143. Prise en charge par la ville ? 1 Oui 2 Non 9 NSP

Q144. Quelle ville a pris en charge ? : _____

Q145. Qui a organisé les funérailles ? : _____

Q146. Qui était présent ? : _____

Q147. Autres informations inhumation :

Q148. Compte-rendu de Thiais consulté par l'équipe D&D ?

Oui et questionnaire complété Oui mais pas d'infos A faire Sans objet, pas accompagné à Thiais

Q149. Informations libres sur la vie de la personne, anecdotes, souvenirs,

8. RUPTURE ET SUITE

Q150. Avez-vous des informations sur les ruptures vécues par la personne ? Oui Non

Q151. Sait-on quelles ruptures a connu la personne ? Oui Non

Q152. Quelles ruptures la personne a-t-elle connu dans sa vie ? (plusieurs réponses possibles)

Aucune rupture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Placement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte de logement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un parent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maladie grave	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un frère/sœur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maltraitance pendant l'enfance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un fils/fille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Violences conjugales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Deuil d'un(e) conjoint(et)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Détention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Deuil autre personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déménagement/immigration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Addiction substances illicites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rupture contact avec un parent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Addiction alcool	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rupture contact avec un enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Divorce/séparation conjugale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Q153. Précisions :

Q154. Événement ayant conduit la personne à la rue ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éloignement géographique (hors expulsion et motifs financiers) | <input type="checkbox"/> Expulsion du logement |
| <input type="checkbox"/> Expulsion de chez un tiers | <input type="checkbox"/> Séparation conjugale |
| <input type="checkbox"/> Séparation familiale | <input type="checkbox"/> Travail, chômage, accident du travail |
| <input type="checkbox"/> Décès proche, famille, ami | <input type="checkbox"/> Maladie grave |
| <input type="checkbox"/> Sortie de détention | <input type="checkbox"/> Violences familiales ou conjugales |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> NSP |

Q155. Précisions :

Q156. Autres informations sur le contexte social

Q157. Informations sur le contexte social

9.CONTACTS

Y a-t-il des personnes contact ? Oui Non

Contact 1

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 1 :

Contact 2

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 2 :

Contact 3

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 3 :

Contact 4

Nom & Prénom du contact : _____

Nom de l'institut ou de l'association : _____

Nom de l'établissement du contact : _____

En lien avec l'équipe PED : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Accepte d'être recontacté ? Non Oui Oui mais pas nécessaire d'après PED NSP

Tableau de bord 4 :

10. AVANCEMENT

Avancement du dossier

- En cours proches Date : _____
- Clos proches Date : _____
- En cours D&D Date : _____
- Clos d'après D&D Date : _____
- Relecture Date : _____
- Double Clôture Date : _____

Histoire de vie détaillée : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Précisions sur l'avancement :

Annexe 7 – Données recueillies par la surveillance du CMDR

Le recueil de données est rétrospectif et mené auprès de tiers. Il concerne la vie entière de la personne, de l'enfance aux causes et circonstances du décès. Les personnes étant décédées, et le CMDR 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 de fait des biais.

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 2015 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,
- Statut final du 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.

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 événements 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. Le temps passé en situation de rue y est renseigné, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière²³ 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 ».

Depuis 2015, le questionnaire inclut une dimension de stabilité d'hébergement, comprenant une question sur le nombre de lieux où la personne a dormi au cours des 3 derniers mois et de la dernière année. Une question porte 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

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.

²³ 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.

Annexe 8 – Typologie de l'exclusion liée au logement ETHOS

ETHOS
2007

Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		3.2 Logement provisoire	
		3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	5 Personnes en hébergement pour immigrants	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
		5.2 Hébergement pour travailleurs migrants	
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération
6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes		Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)	
7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
	7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri		
LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
		8.2 Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal
		8.3 Occupation illégale d'un terrain	Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels
9.2 Avis de saisie (propriétaire)		Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
		11.2 Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
		11.3 Habitat provisoire	Baraque ou cabane de structure semi permanente
	12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables	

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



FEANTSA

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5^e bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Annexe 9 – Tableaux de données recueillies par le CMDR

Données relatives à l'état de santé

Tableau 11 : Données de santé des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Suivi médical				
Pas d'information	415	(66%)	4663	(84%)
Non	62	(10%)	216	(4%)
Oui	147	(24%)	634	(12%)
Addictions				
Addiction à l'alcool				
Pas d'information	390	(62%)	3794	(69%)
Non	45	(7%)	209	(4%)
Ancienne	11	(2%)	117	(2%)
Actuel	178	(29%)	1393	(25%)
Addiction aux drogues				
Pas d'information	459	(74%)	4502	(81%)
Non	81	(13%)	437	(8%)
Ancienne	13	(2%)	93	(2%)
Actuel	71	(11%)	481	(9%)
Addiction aux médicaments				
Pas d'information	504	(81%)	4916	(89%)
Non	87	(14%)	443	(8%)
Ancienne	1	(<1%)	10	(<1%)
Actuel	32	(5%)	144	(3%)
Addiction aux tabac				
Pas d'information	493	(79%)	4629	(83%)
Non	55	(9%)	153	(3%)
Ancienne	3	(<1%)	28	(1%)
Actuel	73	(12%)	703	(13%)
Etat Psychologiques				
Antécédents médicaux				
Pas d'information	442	(71%)	4067	(74%)
Non	71	(11%)	709	(13%)
Oui	111	(18%)	737	(13%)
Consultation psychiatrique				
Pas d'information	525	(84%)	5070	(91%)
Non	48	(8%)	193	(4%)
Oui	51	(8%)	250	(5%)
Traitement psychiatrique				
Pas d'information	540	(86%)	5168	(93%)
Non	62	(10%)	206	(4%)
Oui	22	(4%)	139	(3%)
Hospitalisation au moment du décès				
Pas d'information	140	(22%)	2228	(40%)
Non	337	(54%)	2032	(37%)
Oui	147	(24%)	1253	(23%)
Hospitalisation (dernière année)				
Pas d'information	482	(77%)	4568	(83%)
Non	34	(5%)	258	(5%)
Oui	108	(17%)	687	(12%)

Données relatives au suivi administratif

Tableau 12 : Suivi administratif des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Expérience d'un suivi social				
Pas d'information	301	(48%)	3718	(67%)
Pas de suivi social	27	(4%)	109	(2%)
Bénéficie d'un suivi social	296	(47%)	1686	(31%)
<i>3 premiers acteurs du suivi social</i>				
Associations	176	(28%)		
Maraudeurs	68	(11%)		
CCAS	51	(8%)		
Mise en œuvre de démarches sociales (dernière année)				
Pas d'information	433	(69%)	4251	(77%)
Aucune démarche initiée	55	(9%)	281	(5%)
Refus de toute aide	11	(2%)	146	(3%)
Démarche initiée	125	(20%)	835	(15%)
<i>3 principales démarches réalisées</i>				
Accès au logement	54	(9%)		
Accès aux soins	50	(8%)		
Régularisation situation administrative	28	(4%)		
Domiciliation				
Pas d'information	279	(45%)	3415	(62%)
Absence de domiciliation	63	(10%)	350	(6%)
Bénéficie d'une domiciliation	282	(45%)	1748	(32%)
<i>Adresse de domiciliation</i>				
Centre d'hébergement	92	(15%)	295	(5%)
Association	76	(12%)	720	(13%)
CCAS	39	(6%)	321	(6%)
Non précisé	28	(4%)	160	(3%)
Autre	23	(4%)	107	(2%)
Membre de la famille	9	(1%)	56	(1%)
A son propre domicile	7	(1%)	39	(1%)
Ami ou connaissance	4	(1%)	35	(1%)
Hôtel (hors hôtel social)	3	(<1%)	15	(<1%)
Poste	1	(<1%)	0	(0%)
Protection juridique				
Pas d'information	475	(76%)	4537	(82%)
Pas de protection juridique	117	(19%)	737	(13%)
Bénéficie d'une protection juridique	32	(5%)	239	(4%)
<i>Type de protection juridique</i>				
MAJ / Tutelle	13	(2%)	129	(2%)
MASP / Curatelle	16	(3%)	90	(2%)
Autre	1	(<1%)	12	(<1%)
Non précisé	2	(<1%)	8	(<1%)
Couverture santé				
Pas d'information	437	(70%)	4274	(77%)
Pas de couverture santé	21	(3%)	148	(3%)
Bénéficie d'une couverture santé	166	(27%)	1091	(20%)

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Sources de revenus				
Pas d'information	372	(59%)	3874	(70%)
Pas de revenus	44	(8%)	198	(5%)
A Bénéficié d'un revenu	204	(33%)	1377	(25%)
<i>Type de revenus disponibles</i>				
RMI/RSA	76	(12%)	495	(9%)
Mendicité	49	(8%)	344	(6%)
AAH	41	(7%)	254	(5%)
Retraite	22	(4%)	195	(4%)
Autres	18	(3%)	98	(2%)
Salaire/Travail	13	(2%)	67	(1%)
Assedic/Chômage	7	(1%)	31	(1%)
Artisanat/Services informels	5	(1%)	64	(1%)
Pension invalidité ou rentes	4	(1%)	26	(<1%)
Allocations familiales	1	(<1%)	4	(<1%)
Etude les plus élevées				
Pas d'information	594	(95%)	5108	(92%)
Pas d'étude	4	(1%)	28	(1%)
A fait les études	26	(4%)	377	(7%)
<i>Niveau d'étude</i>				
Préparation d'un CAP, BEP, seconde Pro	3	(<1%)	102	(2%)
Collège	4	(1%)	101	(2%)
Etudes supérieures	9	(1%)	65	(1%)
Lycée général	1	(<1%)	57	(1%)
Lycée technologique	6	(1%)	9	(<1%)
Primaire	3	(<1%)	43	(1%)
Travail pendant les 12 derniers mois				
Pas d'information	383	(61%)	3852	(70%)
Pas de travail	217	(35%)	1506	(27%)
A travaillé	24	(4%)	155	(3%)
<i>Type de travail</i>				
Travail occasionnel	16	(3%)	100	(2%)
Travail à temps plein	3	(<1%)	26	(<1%)
Travail à temps partiel	4	(1%)	21	(<1%)
Arrêt de travail (longue maladie ou accident)	1	(<1%)	8	(<1%)
Régularité administratives des personnes nées à l'étranger				
	[n=259]		[n=2163]	
Pas d'information	174	(67%)	1429	(71%)
Situation régulière	39	(15%)	282	(13%)
Situation irrégulière	46	(18%)	352	(16%)

Données relatives à l'enfance et aux ruptures

Tableau 13 : Données relatives à l'enfance, aux ruptures et aux événements ayant conduit à la rue des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Placement durant l'enfance				
Pas d'information	448	(72%)	4875	(88%)
Pas de placement durant l'enfance	131	(21%)	192	(3%)
Existence d'un placement	45	(7%)	446	(8%)
<i>Type de placement</i>				
<i>Non précisé</i>	3	(7%)	42	(9%)
<i>En institution</i>	3	(7%)	46	(10%)
<i>En famille d'accueil</i>	4	(9%)	34	(8%)
<i>En alternance famille - foyer</i>	0	(0%)	19	(4%)
Ruptures au cours de la vie				
Pas d'information	194	(31%)	2893	(52%)
Informations recueillies	430	(69%)	2620	(48%)
<i>10 principales ruptures rencontrées indépendamment</i>				
<i>Déménagement</i>	232	(37%)		
<i>Addiction alcool</i>	179	(29%)		
<i>Divorce / Séparation conjugale</i>	98	(16%)		
<i>Addictions substances illicites</i>	86	(14%)		
<i>Troubles psy</i>	76	(12%)		
<i>Maladie grave</i>	65	(10%)		
<i>Rupture de contact avec enfant</i>	64	(10%)		
<i>Perte de logement</i>	48	(8%)		
<i>Rupture de contact avec parent</i>	45	(7%)		
<i>Deuil parent</i>	44	(7%)		
Evènement(s) ayant conduit à la rue				
Pas d'information	472	(76%)	4567	(83%)
Informations recueillies	152	(24%)	946	(17%)
<i>5 principaux évènements ayant conduit à la rue</i>				
<i>Eloignement géographique (hors expulsions et motifs financiers)</i>	43	(7%)		
<i>Séparation conjugale</i>	38	(6%)		
<i>Expulsion du logement</i>	29	(5%)		
<i>Séparation familiale</i>	26	(4%)		
<i>Sortie de détention</i>	11	(2%)		

Données relatives au parcours résidentiel

Tableau 14 : Données sur l'errance et l'hébergement des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Temps d'errance global				
Ne sait pas	383	(61%)	3628	(65%)
Jamais	5	(1%)	37	(1%)
<6 mois	20	(3%)	76	(1%)
[6 mois – 12 mois[	12	(2%)	86	(2%)
[1 an – 5 ans[	73	(12%)	491	(9%)
[5 ans – 10 ans[	60	(10%)	423	(8%)
≥10 ans	71	(11%)	772	(14%)
Fréquentation des Accueils de jour ou ESI				
Pas d'information	427	(68%)	4271	(77%)
Non	82	(13%)	626	(11%)
Oui mais sans information de fréquence	9	(1%)	66	(1%)
Oui mais ponctuellement	36	(6%)	226	(4%)
Oui régulièrement	70	(11%)	324	(6%)
Fréquentation des hébergements d'urgence				
Pas d'information	333	(53%)	4201	(76%)
Non	160	(26%)	693	(13%)
Oui mais sans information de fréquence	15	(2%)	63	(1%)
Oui mais ponctuellement	44	(7%)	261	(5%)
Oui régulièrement	72	(12%)	295	(5%)

Données relatives aux sources de signalement

Tableau 15 : Sources de signalement des décès des personnes SCS recensées par le CMDR en 2022, France

Variables	Sans chez soi en 2022 (N=624)		Sans chez-soi 2012-2021 (N=5513)	
	n	%	n	%
Association, sans précision	13	(2%)	77	(1%)
Partenaires institutionnels	35	(6%)	190	(3%)
PI - 115/Samu social	65	(10%)	649	(12%)
PI - Convention Morts Isolés Ville de Paris	60	(10%)	274	(5%)
PI - IML	0	(0%)	73	(1%)
PI - Mairie/Etat civil	2	(<1%)	34	(1%)
PI - Mairie/CCAS	4	(1%)	37	(1%)
PI - Police/BRDP	6	(1%)	106	(2%)
PI - Autre	186	(30%)	563	(10%)
PI - Coordination maraudes	0	(0%)	23	(<1%)
Association - accompagnement des morts de la rue	11	(2%)	99	(2%)
Hôpital sans précision	5	(1%)	33	(1%)
H - Service social	5	(1%)	81	(1%)
H - Etat civil	0	(0%)	107	(2%)
H - autre service	3	(1%)	76	(1%)
Association - hébergement	1	(<1%)	16	(<1%)
Particulier - sans précision	1	(<1%)	54	(1%)
Particulier - Famille	4	(1%)	36	(1%)
Particulier - Autre	49	(8%)	395	(7%)
Association - maraudes	1	(<1%)	6	(<1%)
Média	140	(22%)	1 490	(27%)
Autre	4	(1%)	19	(<1%)
Association - soins	10	(2%)	77	(1%)
Association - autre	6	(1%)	89	(2%)

Franck, 42 ans

Franck n'a que 13 ans quand il se retrouve en situation de rue. Il va vivre ensuite pendant 29 ans sans solution de logement ou d'hébergement, avec des séjours réguliers en prison. Il vivait seul, n'avait pas d'enfant et aurait 4 frères et sœurs. Sa mère est encore en vie. On ne sait pas s'il avait encore des liens avec eux, ou s'il avait d'autres liens sociaux. Sorti de détention un mois auparavant et percuté par un véhicule, il perd la vie sur la voie publique.

RECITS DE 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

CHAPITRE 2 – FOCUS SUR LA MORTALITE DES PERSONNES SANS CHEZ SOI EN 2022 SELON LE GENRE*

*Transgenre et intersexe ne sont pas pris en compte car le CMDR n'a aucune donnée renseignée

Comparaison des caractéristiques des personnes
sans chez soi décédées en 2022 chez les hommes et
chez les femmes

INTRODUCTION

D'après nos études précédentes, les personnes sans chez soi courent un risque de décès plus élevé que la population générale, avec une moyenne d'âge de 49 ans chez les sans chez soi contre 80 ans en population générale. Le constat diagnostiqué est que la plupart des décès de personnes sans chez soi concernent des hommes. Près de 90% des décès concernent les hommes. Il se pourrait qu'il existe des différences entre les genres, en ce qui concerne les facteurs de risque de mortalité.

Bien qu'une proportion importante des sans chez soi soient des hommes, les tendances de la mortalité selon le genre ont fait l'objet de relativement peu d'attention. Parmi les auteur.e.s qui se sont penché.e.s sur ce sujet, les hommes et les femmes sans chez soi tendent à présenter des problèmes de santé différents. Par exemple, la prévalence de consommation de produits psychoactifs est plus faible chez les femmes célibataires sans chez soi que chez les hommes célibataires sans chez soi, mais le taux de dépression majeure est plus élevé (30,31). Ces différences peuvent avoir un effet sur les taux de mortalité.

D'après Fischer et al, les addictions à la consommation d'alcool sont très répandus, avec des taux de prévalence au cours de la vie d'environ 60 % chez les hommes sans chez soi, et la prévalence des addictions à l'utilisation de substances chez les hommes est environ deux fois plus élevée que chez les femmes célibataires (32).

D'autres chercheurs ont également constaté que, parmi les adultes en situation d'absence de chez-soi, les hommes sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'incarcération que les femmes (33,34), bien que les femmes soient plus exposées au risque d'être en situation de rue après incarcération (35), en plus d'être plus souvent victimes d'abus physiques et sexuels dans l'enfance et de placement en famille d'accueil avant 18 ans, comparativement aux hommes

Il est particulièrement important de comprendre ces résultats, étant donné que l'absence de logement est associée à une mauvaise santé et à un mauvais accès aux soins (36,37), et à un risque accru de décès prématuré (38). De plus, il a été montré que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'être sans chez soi (33,37,39), mais plus susceptibles de connaître un risque accru de mortalité prématurée que les hommes (39). (34). Or selon le rapport de la Fondation pour les sans chez soi de Calgary, les hommes sans chez soi ont tendance à être relativement jeunes, la majorité d'entre eux étant âgés de 25 à 44 ans (40).

Cependant, la littérature n'est pas assez suffisante, particulièrement sur le risque de décès. D'autres contextes restent encore à étudier, tels que les informations sur le parcours social et résidentiel, ou bien encore les ruptures. De plus, un décès prématuré est un décès qui survient avant l'âge de 65 ans²⁴. Or les décès recensés par le CMDR sont d'une très grande prématurité, l'âge moyen étant de 49 ans. Ainsi, des questions se posent : Quelles différences de profils peuvent-ils exister entre les 2 genres ?

L'objectif de cette étude est donc d'approfondir nos recherches sur les différences entre par genres chez les personnes décédées sans chez soi du CMDR, sur l'ensemble de la période 2012-2022.

Plus spécifiquement, il s'agira d'analyser les données sur les caractéristiques des hommes et femmes sans chez soi décédés, et identifier les différences significatives chez les hommes comparativement aux femmes.

²⁴ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2232>

MÉTHODES

Cette étude s'est concentrée sur les différences de genre parmi les personnes sans chez soi ; le genre est défini comme étant masculin et féminin. L'étude s'est particulièrement intéressée aux caractéristiques des sans chez soi, et les profils liés à la situation de rue (rue ou hébergement), et un risque accru de mortalité chez les hommes.

Nous avons compilé la base de données du collectif de 2012 à 2022, qui concerne toutes les personnes en situation de rue. La base de données comprenait les données sur le décès, le suivi médical, le logement, la situation familiale et sociale relatif à l'enfance, à la famille, et aux ruptures rencontrées au cours de la vie. Pour qu'une personne décédée soit incluse dans notre étude, elle devait être identifiée comme en situation de rue. Nous avons exclu les personnes non en situation de rue (anciens sans chez soi et récemment à la rue).

Analyses statistiques

Pour conclure à une différence statistiquement significative, des analyses statistiques ont été réalisées.

- Analyse descriptive et comparative

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques des personnes sans chez soi a été réalisée selon le genre. Les variables quantitatives ont été résumées par leur moyenne et leur écart-type ; pour les variables qualitatives, le pourcentage a été fourni. La comparaison entre les 2 groupes (hommes et femmes) pour évaluer les différences a été effectuée par le test du Khi-deux ou Fischer pour les variables qualitatives, et le test de Student pour les variables quantitatives.

- Régression logistique multivariée restreinte

Par la suite nous avons voulu faire une régression logistique multivariée pour étudier les facteurs associés à la mortalité prématurée (afin de tenir compte des interactions possibles entre les variables), mais nous étions confrontées à une grosse contrainte : les données manquantes.

Comme nous pouvons constater en Annexe 1, la plupart des variables présentaient énormément de données manquantes, ce qui représente une grande difficulté lors des analyses de régressions. Nous nous sommes donc limités à la comparaison des caractéristiques des hommes et des femmes décédés sans chez soi, bien que nous ayons voulu aller plus loin en regardant une quelconque association de ces caractéristiques par rapport la mortalité prématurée. La mortalité prématurée prévue dans ce cas allait être redéfinie par rapport à l'âge moyen de notre étude, c'est-à-dire les décès survenant avant 49 ans, et non 65 ans comme en population générale ²⁵.

Le α utilisé pour conclure à une différence significative était de 5%, et le logiciel utilisé pour l'analyse statistique était le logiciel R version 4.3.0 et Excel.

²⁵ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2232>

Giovanni, 76 ans

D'origine italienne et arrivé en France à 20 ans, Giovanni a eu une vie professionnelle et un appartement. Retraité, Il a été expulsé de son logement car il y vivait avec des centaines de pigeons.

Après son expulsion, pendant 8 ans, il s'abritait dans sa camionnette proche d'une grande place parisienne où il continuait à nourrir et à soigner les pigeons s'attirant sympathie mais aussi inimitié des riverains.

Il avait de la famille en France et en Italie mais avait perdu le lien avec ses proches.

Un jour d'hiver, il est mort dans sa camionnette.

RECITS DE 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

- Caractéristiques de l'échantillon de l'étude

La population étudiée était composée de 5445 hommes (87%) et 586 femmes (13%) de 2012 à 2022. Sur l'étendue des années, un grand écart est observé entre les hommes et les femmes. La majorité des décès ont toujours été des hommes, comme le montre la figure ci-dessous (Figure 18).

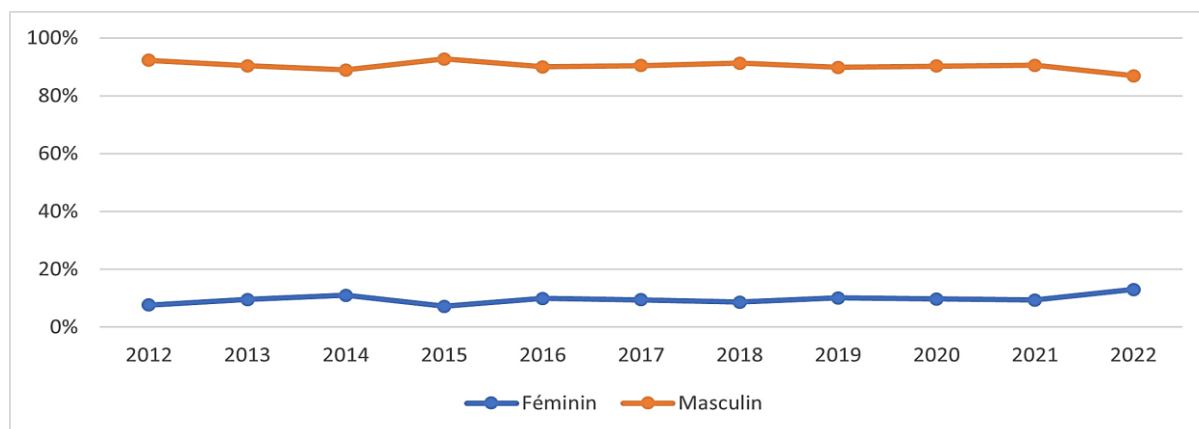


Figure 18 : Répartition des personnes sans chez soi du CMDR, de 2012 à 2022 selon le genre, France

Les principales causes de décès observées chez les hommes comme chez les femmes décédées sans chez soi sont : les causes externes (accidents, agressions, ...), les maladies de l'appareil circulatoire, les troubles mentaux et comportementaux (chez les hommes et les femmes) et les tumeurs (chez les femmes). Cependant, les causes violentes sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (25% vs 17%).

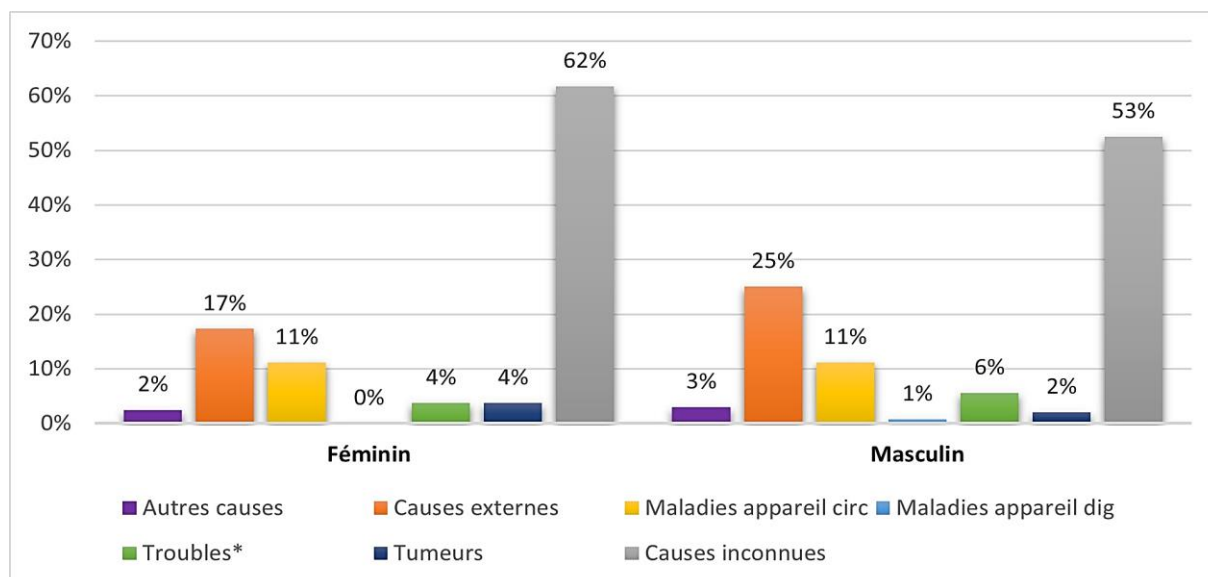


Figure 19 : Causes de décès chez les personnes sans chez soi du CMDR, de 2012 à 2022 selon le genre, France

Au regard des pathologies recensées (Annexe 2), la consommation d'alcool est plus fréquente chez les hommes que les femmes (51% vs 37%), et l'usage de substances psychoactives multiples est plus fréquente chez les femmes que les hommes (20% vs 15%). Ces résultats sont à interpréter avec précautions, car toutes les informations n'ont pas pu être recensées.

- Comparaison des caractéristiques des hommes et des femmes

Tableau 16 : Informations sur l'identité et le décès des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France

Variabiles	Hommes N = 5 445	Femmes N = 586	P-value ²
Situation de rue			0,014*
Hébergé	1 318 (24%)	174 (30%)	
Probablement sans chez soi	1 645 (30%)	163 (28%)	
A la rue	2482 (46%)	249 (42%)	
Age moyen	¹ 49,8 ±14,2	¹ 45,9 ±18,8	<0,001*
Manquant	408 (7%)	35 (6%)	
Classe d'âge			<0,001*
<15 ans	54 (1%)	38 (6%)	
[15-25 ans[	202 (4%)	33 (6%)	
[25-45 ans[	1 422 (26%)	168 (29%)	
[45-65 ans[	2 794 (51%)	238 (41%)	
65 ans et plus	690 (13%)	87 (15%)	
Manquant	283 (5%)	22 (3%)	
Pays de naissance			0,12
France	2 629 (48%)	287 (49%)	
UE	907 (17%)	84 (14%)	
Hors UE	1 266 (23%)	157 (27%)	
Manquant	643 (12%)	58 (10%)	
Mode de vie			<0,001*
Seul	1 430 (26%)	108 (18%)	
En couple	133 (3%)	89 (15%)	
En famille	108 (2%)	64 (11%)	
En groupe	226 (4%)	9 (2%)	
Manquant	3 548 (65%)	316 (54%)	
Région de décès			0,2
Île-de-France	2 318 (43%)	266 (45%)	
Autres régions	3 127 (57%)	320 (55%)	
Manquant	0	0	
Saison de décès			0,08
Été	1 225 (23%)	106 (18%)	
Automne	1 389 (25%)	168 (29%)	
Hiver	1 595 (29%)	174 (30%)	
Printemps	1 164 (22%)	127 (22%)	
Manquant	72 (1%)	11 (1%)	
Lieu de décès			<0,001*
Hébergement/Logement	627 (11%)	77 (13%)	
Abri	641 (12%)	83 (14%)	
Voie/Espace public	1 853 (34%)	123 (21%)	
Lieu de soins/Détention	1 749 (32%)	221 (38%)	
<i>Lieu de soins</i>	1 714 (31%)	221 (38%)	
<i>Détention</i>	35 (1%)	0 (0%)	
Manquant	575 (11%)	82 (14%)	

A l'issue de la comparaison des caractéristiques des hommes et femmes décédés sans chez soi (Tableaux 16, 17,18) , il a été trouvé une différence significative concernant les caractéristiques liées à la situation de rue ($p=0,014$), l'âge moyen et les classes d'âge ($p<0,001$), le mode de vie ($p<0,001$), le lieu de décès ($p<0,001$), les addictions à l'alcool et au tabac ($p<0,001$), l'hospitalisation avant le décès ($p<0,001$), les études ($p<0,01$), le travail ($p<0,032$) et le temps d'errance ($p<0,001$).

Concernant la situation de rue (Tableau 16), il y a davantage d'hommes à la rue par rapport aux femmes (46% vs 42%), et inversement plus de femmes en hébergement que les hommes (30% vs 24%). De même pour le lieu de décès, les hommes décèdent plus sur la voie ou espace publique contrairement aux femmes (34% vs 21%), et les femmes dans les lieux de soins contrairement aux hommes (38% vs 31%).

Cependant, une des observations que nous pouvons faire est que les femmes meurent plus jeunes que les hommes, en moyenne 46 ans chez les femmes, contre 50 ans chez les hommes. Ces dernières sont davantage hospitalisées avant leur décès que les hommes (28% vs 23%, Tableau 17), possiblement dues à la présence de certaines maladies plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, expliquant ainsi le décès prématuré.

Selon le mode de vie, la plupart des hommes sont seuls (28%, Tableau 16). Très peu sont en couples ou en famille (3% et 2%), contrairement aux femmes (15% et 11%, Tableau 16).

Tableau 17 : Informations sur la santé des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France

Variabes	Hommes N = 5 445	Femmes N = 586	P-value ²
Suivi médical			0,7
Non	251 (5%)	27 (5%)	
Oui	699 (13%)	82 (14%)	
Manquant	4 495 (82%)	477 (81%)	
Pathologies			0,7
Non (Non renseigné)	3 621 (67%)	394 (67%)	
Oui	1 824 (33%)	192 (33%)	
Addictions			
Alcool			<0,001*
Actuel	1 461 (27%)	110 (19%)	
Ancien	120 (2%)	8 (1%)	
Non	215 (4%)	39 (7%)	
Manquant	3 649 (67%)	429 (73%)	
Drogue			0,12
Actuel	480 (9%)	72 (12%)	
Ancien	96 (2%)	10 (2%)	
Non	470 (9%)	48 (8%)	
Manquant	4 399 (80%)	456 (78%)	
Médicament			0,8
Actuel	156 (3%)	20 (3%)	
Ancien	10 (<1%)	1 (<1%)	
Non	479 (9%)	51 (9%)	
Manquant	4 800 (88%)	514 (88%)	
Tabac			<0,001*
Actuel	730 (13%)	46 (8%)	
Ancien	30 (1%)	1 (<1%)	
Non	175 (3%)	33 (6%)	

Manquant	4 510 (83%)	506 (86%)	
Antécédent mental			0,079
Non	712 (13%)	68 (12%)	
Oui	750 (14%)	96 (16%)	
Manquant	3 983 (73%)	422 (72%)	
Consultation Psy			0,8
Non	213 (4%)	28 (5%)	
Oui	264(5%)	37 (6%)	
Manquant	4 968 (91%)	521 (89%)	
Traitement Psy			0,7
Non	240 (4%)	28 (5%)	
Oui	146 (3%)	15 (3%)	
Manquant	5 059 (93%)	543 (92%)	
Hospitalisation avant le décès			<0,001*
Non	2 160 (40%)	198 (34%)	
Oui	1 234 (23%)	165 (28%)	
Manquant	2 051 (37%)	223 (38%)	
Hospitalisation 1 an avant le décès			0,8
Non	263 (5%)	29 (5%)	
Oui	721 (13%)	74 (13%)	
Manquant	4 461 (82%)	483 (82%)	

Plus d'1 homme sur quatre présentait des addictions à l'alcool actuel (27% vs 19% chez les femmes), de même que pour la consommation de tabac actuel (13% vs 8%, Tableau 17).

Parmi les données recensées sur le niveau d'étude, très peu d'hommes n'ont pas fait d'étude (primaire au moins) au cours leur vie (<1%) contrairement aux les femmes (2%). Néanmoins, les femmes ont légèrement un niveau supérieur plus élevé que les hommes (21% vs 18%, Annexe 3). Parmi ceux ayant exercé une activité, la majorité des femmes ont effectué des travaux occasionnellement ou à temps partiel (75% et 25% des femmes). Cependant les travaux en temps plein ne sont que réalisées par les hommes (Annexe 4). Ces résultats sont à interpréter avec précautions, car beaucoup de données manquantes.

Dans l'ensemble, les hommes ont plus vécu à la rue que les femmes. Près d'1 homme sur 5 (23%) a erré au moins 5 ans dans la rue, contre 17% des femmes (Tableau 18).

Tableau 18 : Informations sur la situation administrative et sociale des personnes sans chez soi selon le genre, 2012-2022, CMDR, France

Variabiles	Hommes N = 5 445	Femmes N = 586	P-value ²
Suivi social			0,7
Pas de suivi	122 (2%)	14 (2%)	
Suivi	1 796 (33%)	186 (32%)	
Manquant	3 527 (65%)	386 (66%)	
Démarche social			0,12
Pas de démarche	297 (5%)	39 (8%)	
Démarche	881 (16%)	79 (13%)	
Refus toute aide	139 (3%)	18 (3%)	
Manquant	4 128 (76%)	450 (76%)	
Protection sociale			0,4
Pas de protection	768 (14%)	86 (15%)	
Protection	239 (4%)	32 (5%)	
Manquant	4 438 (82%)	468 (80%)	
Couverture santé			0,3
Non	149 (3%)	20 (3%)	
Oui	1 140 (21%)	117 (20%)	
Manquant	4 156 (76%)	449 (77%)	
Revenus			0,8
Non	219 (4%)	23 (4%)	
Oui	1 440 (26%)	141 (24%)	
Manquant	3 786 (70%)	422 (72%)	
Etudes			<0,01*
Non	23 (<1%)	11 (2%)	
Oui	364 (7%)	39 (7%)	
Manquant	5 058 (93%)	536 (91%)	
Travail			0,032*
Non	1 564 (29%)	159 (27%)	
Oui	171 (3%)	8 (1)	
Manquant	3 710 (58%)	419 (72%)	
Régularité			0,12
Irrégulière	374 (7%)	32 (6%)	
Régulière	304 (6%)	43 (7%)	
Sans objet (non concerné)	1 120 (21%)	132 (22%)	
Manquant	3 647 (66%)	379 (65%)	
Placement			0,4
Non	279 (5%)	44 (7%)	
Oui	413 (8%)	77 (13%)	
Manquant	4 753 (87%)	465 (80%)	
Ruptures			0,3
Non (Pas d'info)	2 710 (50%)	278 (47%)	
Oui	2 735 (50%)	308 (53%)	
Evènements			0,2
Non (Pas d'info)	4 464 (82%)	469 (80%)	
Oui	981 (18%)	117 (20%)	
Errance			<0,001*
Jamais	35 (1%)	7 (1%)	

< 1an	163 (3%)	31 (5%)	
[1an-5ans[	511 (9%)	53 (9%)	
[5ans-10ans[	443 (8%)	40 (7%)	
10 ans et plus	787 (15%)	56 (10%)	
Manquant	3 506 (64%)	399 (68%)	
Accueil de jour			0,8
Non	651 (12%)	57 (10%)	
Ponctuellement	239 (4%)	23 (4%)	
Régulièrement	356 (7%)	38 (7%)	
Ne sait pas la fréquence	69 (1%)	6 (1%)	
Manquant	4 130 (76%)	462 (78%)	
Hébergement d'urgence			0,14
Non	764 (14%)	89 (15%)	
Ponctuellement	266 (5%)	39 (7%)	
Régulièrement	339 (6%)	28 (5%)	
Ne sait pas la fréquence	72 (1%)	6 (1%)	
Manquant	4 004 (74%)	424 (72%)	

Esther, 24 ans

Originnaire d'Afrique, Esther est arrivée en France après être passée par la Grèce. Elle est d'abord hébergée chez des proches pendant un mois puis dans un CADA. Dès sa prise en charge au CADA, elle demande à bénéficier d'un examen médical. Elle déclare souffrir de violentes douleurs au bas-ventre, peut-être en lien avec la césarienne subie quelques mois plus tôt en Grèce. Avant la réalisation de cette consultation et après quelques jours d'hébergement dans le centre, elle se présente aux urgences de l'hôpital.

Elle avait deux enfants restés au pays, et son corps a pu être rapatrié.

RECITS DE 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

DISCUSSION

Cette étude avait pour but de comparer le parcours de vie des hommes et des femmes sans chez soi, recensé.e.s par le CMDR de 2012 à 2022. Par rapport aux femmes, les hommes sont plus âgés, célibataires et à la rue. Nos résultats sont similaires à d'autres études sur le fait que les hommes sont plus âgés que les femmes (33,41,42). Cependant, nos résultats doivent être interprétés avec précaution, car notre population concerne que les personnes décédées, et il est difficile de parler de risque de décès prématuré chez les femmes par rapport aux hommes, sans une comparaison avec la population vivante. Or dans la population générale en France²⁶, les jeunes femmes ont un risque de décès beaucoup plus faible et une espérance de vie plus longue que les jeunes hommes.

Dans l'étude de Montgomery et al (39), la plupart des hommes se trouvent également en situation de rue (55,8 % contre 48,9 % des femmes) et ont des temps d'errance plus longues - un tiers des hommes ont été sans chez soi pendant plus de 5 ans contre un cinquième des femmes. Les hommes étaient plus susceptibles de connaître une période de situation de rue par rapport aux femmes. Étant donné que le temps passé à la rue augmente en soi même le risque de décès (43), ce constat peut expliquer en quelque sorte le nombre élevé de décès des hommes par rapport aux femmes.

Concernant la santé de la population sans chez soi, il existe des différences au niveau addictions et de l'hospitalisation avant le décès: les hommes présentent des addictions à la consommation d'alcool et de tabac. En revanche, il est observé chez les femmes un usage plus fréquent des substances psycho actives multiples que les hommes parmi les pathologies identifiées, et une hospitalisation avant le décès plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (45% vs 36%). Ces résultats sont similaires à la littérature, et montrent que la maladie mentale concerne plus souvent les femmes (32,41,44). Sur cette même lancée, des chercheurs sont allés plus loin en montrant que les taux de victimisation et d'agression sont beaucoup plus élevés chez les femmes sans chez soi que chez les hommes (44-46), et la violence et les abus sont des précurseurs bien connus de l'instabilité du logement chez les femmes (46-50). Au regard de toutes ces analyses, les femmes peuvent être associées à des taux plus élevés de troubles de stress post-traumatique suites à ces expériences vécues (comme le démontrent également certains auteurs (42,51), ce qui peut expliquer, dans une certaine mesure, le recours accru des femmes dans les établissements de soins, car elles sont plus susceptibles que les hommes de subir les effets à long terme des traumatismes (36,44).

Il est également possible que d'autres différences significatives puissent exister chez les femmes par rapport aux hommes. Ceci fait partie d'une des contraintes de cette étude, car nous aurions aimé par exemple que cette présente étude nous fournisse davantage d'informations à travers une analyse multivariée, sur la relation existante entre les décès plus jeunes (défini ici par rapport à la moyenne de l'étude qui est 49 ans) en association aux caractéristiques des hommes et femmes. La robustesse des analyses faisant appel aux méthodes de régressions statistiques n'a pu être réalisée, faute de données appropriées (données manquantes très élevées).

Malgré cette limite, notons que la seule cause pour laquelle les proportions sont légèrement plus élevées chez les femmes que chez les hommes sont les tumeurs (4% vs 2%), le reste des causes de décès (externes, maladies, ...) sont soit identiques ou plus élevées chez les hommes. Cependant, notons également qu'il y a beaucoup de causes de décès qui restent inconnues chez les femmes (62%) que chez les hommes (53%). Ces analyses doivent être abordées avec prudence.

²⁶ https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME#:~:text=En%202022%2C%20l'esp%C3%A9rance%20de,les%20hommes%20%2C%20an.

Selon le niveau d'étude sur les données recensées, les hommes ont tendance à avoir effectué plus d'études que les femmes (primaire ou secondaire ou supérieur), néanmoins les femmes ont tendance à avoir un des niveaux d'éducation légèrement plus élevés que les hommes (30,4 % des femmes ont fréquenté au moins un établissement d'enseignement supérieur, contre 24,8 % des hommes).

Cependant, les travaux réalisés à temps plein sont effectués que par des hommes, et la plupart des travaux occasionnels ou à temps partiel par des femmes.

Limites

Bien que cette étude ait utilisé l'ensemble des données de 2012 à 2022 pour étudier les différences entre les genres, la précision de nos résultats est limitée par certaines contraintes. Notons tout d'abord que sans information sur les sans chez soi vivants, c'est à dire la distribution des caractéristiques chez les vivants, regarder les caractéristiques chez les personnes décédés est un exercice à risque, à visée exploratoire. D'autre part nous n'avons pas pu aller loin dans nos analyses. Les modèles multivariés n'ont pas pu être réalisés pour identifier un certain nombre de facteurs qui seraient peut-être particuliers chez les hommes et chez les femmes, et ceci dû à la présence des données manquantes. De plus, il s'agit d'une étude rétrospective, qui s'appuie sur des données collectées, qui peuvent être exactes ou non. Un grand nombre de données manquantes ont conduit à la non prise en compte d'une partie de notre population d'étude dans nos analyses de comparaison, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.

Implications pour la pratique et/ou la politique

Néanmoins, ces données nous donnent des idées d'études intéressantes pour explorer les facteurs de risques de décès chez les SCS, et peuvent être utilisées pour orienter les efforts ciblés au niveau du système afin de prévenir les décès sans chez soi. Par exemple, nous avons constaté que les hommes décédés étaient plus caractérisés par les addictions à la consommation d'alcool et de tabac, et chez les femmes l'usage de substances psycho actives multiples. Ainsi, la plupart des efforts de santé publique doivent se concentrer sur la gestion, la prise en charge des troubles mentaux et comportementaux des personnes sans chez soi, développer des lieux de traitement pour les personnes de la rue, renforcer les services de traitement dans les structures d'hébergement, etc. sont autant d'approches possibles pour lutter contre les décès de personnes sans chez soi.

CONCLUSION

Cette étude différenciée en fonction du genre chez les personnes décédées sans chez soi nous a permis de mettre en relief certains résultats pertinents, notamment des décès plus jeunes chez les femmes que chez les hommes. Ces observations suggèrent que les efforts visant à réduire le nombre de décès des sans chez soi devraient se concentrer sur les femmes de moins de 45 ans. Étant donné que les addictions au tabac sont plus fréquentes chez les hommes, de même que les addictions aux substances psychoactives sont plus fréquentes chez les femmes, il est essentiel de mettre en place des programmes de prévention, les programmes de lutte contre les dépendances afin de réduire les risques, et les questions de santé mentale doivent également être abordées. Une meilleure prise en charge de la santé en général pourra améliorer l'espérance de vie. Cela représente un enjeu de santé publique majeur.

Sylvie, 57 ans

Sylvie vivait en CHRS depuis plus d'un an avec son compagnon. Issue d'une famille nombreuse, elle avait connu de multiples ruptures et difficultés : la perte d'un logement alors qu'elle vivait en couple avec ses deux enfants, un accident et un temps d'incarcération. Sylvie avait eu plusieurs périodes de vie à la rue ou d'hébergements divers. Elle était en errance depuis de nombreuses années. Sociable, Sylvie, entretenait des liens avec son voisinage. Elle avait une mobilité réduite depuis un accident de la circulation, et se déplaçait avec une béquille. Sylvie est née et morte à Paris.

RECITS DE 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

ANNEXES

Annexe 1 : Proportions de données manquantes sur les variables issues de la comparaison hommes et femmes

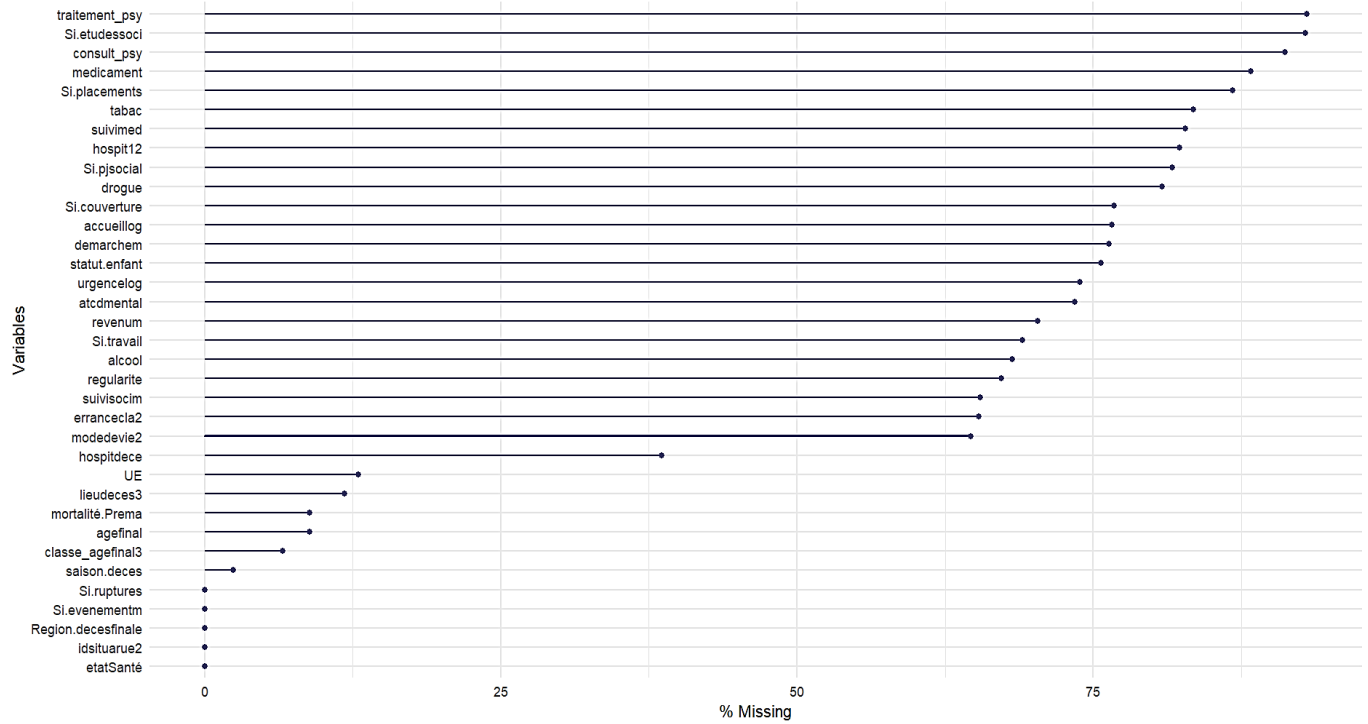


Figure 20 : Proportions de données manquantes sur les variables issues de la comparaison hommes et femmes

Annexe 2 : Principales pathologies selon le genre

Tableau 19 : Principales pathologies chez les hommes et femmes décédés sans chez soi de 2012 à 2022, recensés par le CMDR, France

Variables	Hommes (N=5 445)		Femmes (N=586)	
	n	%	n	%
Informations Etat de santé				
Oui	1 824	(33%)	192	(33%)
Non	3 621	(67%)	394	(67%)
Prévalence principales pathologies chez les personnes ayant des infos de santé (N=2016)				
Consommation d'alcool	927	(51%)	71	(37%)
Usage de substances psychoactives multiples	273	(15%)	39	(20%)
Consommation de tabac	248	(14%)	14	(7%)
Troubles psychologiques	322	(18%)	34	(18%)
Altération Etat général	63	(3%)	4	(2%)
Cardiopathie	176	(10%)	23	(12%)
Tumeur	121	(7%)	10	(5%)
Epilepsie	65	(4%)	3	(2%)
Covid19	21	(1%)	2	(1%)
Mobilité restreinte	67	(4%)	3	(2%)
Diabète	73	(4%)	6	(3%)
Troubles respiratoires	84	(5%)	16	(8%)
Maladies digestives	157	(9%)	8	(4%)
VIH/SIDA	21	(1%)	4	(2%)

Annexe 3 : Etudes académiques selon le genre

Tableau 20 : Etudes académiques chez les hommes et femmes sans chez soi décédés de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France

Variables	Hommes (N=5 445)		Femmes (N=586)	
	n	%	n	%
Etude les plus élevées (sur l'ensemble)				
Pas d'information (valeurs manquantes)	5 058	(93%)	538	(91%)
Pas d'étude	23	(<1%)	9	(2%)
A fait les études	364	(7%)	39	(7%)
<i>Niveau d'étude (parmi ceux ayant effectués les études)</i>				
Préparation d'un CAP, BEP, seconde Pro	102	(28%)	3	(8%)
Collège	86	(24%)	19	(48%)
Etudes supérieures	66	(18%)	8	(21%)
Lycée général	52	(14%)	6	(15%)
Lycée technologique	14	(4%)	1	(3%)
Primaire	44	(12%)	2	(5%)

Annexe 4 : Type de travail selon le genre chez les personnes décédées sans chez soi de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France

Tableau 21 : Type de travail chez les hommes et femmes sans chez soi décédés de 2012 à 2022, recensées par le CMDR, France

Variables	Hommes (N=5 445)		Femmes (N=586)	
	n	%	n	%
Travail pendant les 12 derniers mois (sur l'ensemble)				
Pas d'information (valeurs manquantes)	3 710	(68%)	419	(72%)
Pas de travail	1 564	(29%)	159	(27%)
A travaillé	171	(3%)	8	(1%)
<i>Type de travail (parmi ceux ayant travaillé)</i>				
Travail occasionnel	110	(64%)	6	(75%)
Travail à temps plein	29	(17%)	0	(0%)
Travail à temps partiel	23	(13%)	2	(25%)
Arrêt de travail (longue maladie ou accident)	9	(5%)	0	(0%)

Pascal, 55 ans

Novembre 2021

Pascal avait 55 ans, il était à la rue depuis au moins 10 ans. Il avait connu plusieurs périodes d'incarcération, et avait formulé peu de périodes d'hébergement au cours de toutes ces années. Aucune de ces demandes n'avait abouti.

Pascal consommait de l'alcool et il fumait. Il avait bénéficié dans le Sud-Ouest de la France d'un suivi psychique, et était suivi à Paris par les EMPP depuis un an environ. Ses troubles du comportement compliquaient sa prise en charge médicale, avec un comportement compliqué à l'hôpital. Il avait été hospitalisé quelques mois avant son décès à la suite d'une agression violente en rue, et était sorti avant la fin des soins. Il avait gardé des séquelles au niveau de la mobilité, et avait besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer.

Pascal avait l'AAH depuis 2020 du fait de ses problèmes de santé, et avait été placé sous tutelle dans le Nord-Ouest.

Pascal était en rupture familiale et avait toujours refusé de voir sa sœur. De manière globale, il avait peu de liens sociaux. Il est décédé à la suite d'un malaise en rue.

RECITS DE 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

CHAPITRE 3 – Santé et mortalité des personnes en situation de rue à Paris

Ce travail a été mené conjointement par le Collectif Les Morts de la Rue et Médecins du Monde

INTRODUCTION

En 2022, selon la Fondation Abbé Pierre, **plus de 330 000 personnes étaient sans domicile fixe²⁷ en France ; deux fois plus qu'il y a dix ans.** Cette tendance est confirmée au niveau local, notamment à Paris, où **400 personnes à la rue de plus ont été recensées entre 2022 et 2023 (52).** Cette augmentation s'accompagne d'une **évolution du profil des personnes à la rue** : les femmes sont de plus en plus nombreuses, ainsi que les familles et les mineur.e.s.

Or, l'état de santé des personnes « sans chez-soi »²⁸ est très dégradé en raison des conditions de vie à la rue et de nombreux obstacles à l'accès aux droits et aux soins ; obstacles liés en grande partie aux difficultés des structures sanitaires et médico-sociales (manque de moyens, absence de coordination entre les secteurs, défaut de formation, etc.).

Ces barrières à l'accès aux droits et aux soins favorisent l'exclusion des personnes à la rue et peuvent également alimenter une forme d'auto-exclusion (absence de demande spécifique, refus d'accompagnement, etc.). **Beaucoup de personnes sans chez soi se retrouvent ainsi dans des situations de non-recours** à égal accès aux soins, aux droits et services de nature différente (besoins primaires, soins, hébergement, etc.).

Associées à des états de santé très précaires, ces situations de non-recours **contribuent directement aux décès précoces des personnes à la rue. Pour rappel, l'âge moyen de décès des personnes « sans chez-soi »²⁹ est de 49 ans en 2022 alors qu'il dépasse les 80 ans en population générale.**

Ainsi, le Collectif Les Morts de La Rue (CMDR) en partenariat avec Médecins du Monde (MdM) a souhaité se pencher sur les différents obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes sans chez soi, à l'occasion des 30 ans (1993-2023) du programme « Pas de Santé Sans Toit » de MdM.

Le programme « Pas de Santé Sans Toit » (P2ST) cherche depuis sa création à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes à la rue à Paris, à travers des activités de terrain (accueils médico-sociaux, maraudes médicalisées) et des actions de plaidoyer. Ces dernières visent à garantir à tou.te.s un accès à un logement digne, condition sine qua non à une stabilisation et une amélioration durable d'une santé dégradée.

L'équipe P2ST, composée de 2 salarié.e.s (coordinatrice et médiateur) et de 25 bénévoles (médecins et accueillant.e.s), **accompagne chaque année environ 160 personnes sans chez soi dans tous les arrondissements de Paris. Parmi ces patient.e.s, en 2022 :**

- 87 % sont des hommes, 13 % sont des femmes,
- La moyenne d'âge est de 47 ans et 17 % ont plus de 60 ans,
- Une grande partie n'a pas de couverture maladie,
- Une majorité sont polypathologiques.

A travers ses actions, Médecins du Monde observe tous les jours les effets délétères de la vie à la rue sur la santé mentale et physique des personnes qui y vivent. **Ainsi, au cours des deux dernières années (2020-2022), 8 personnes suivies par MdM sont décédées en rue, à l'hôpital ou en hébergement.**

²⁷ C'est-à-dire en situation de rue, en habitat de fortune ou en hébergement collectif d'urgence

²⁸ Dans ce chapitre, le terme personne « sans chez-soi » renvoie aux personnes en situation de rue.

²⁹ Moyenne d'âge au décès incluant les personnes en situation de rue et hébergées.

De son côté, le Collectif Les Morts de La Rue (CMDR) souligne également chaque année les liens de causalité entre l'absence de logement et une santé dégradée, et ainsi, une mortalité précoce. En 2022, 32 % des personnes décédées sur l'ensemble du territoire recensées par le CMDR présentaient un problème de santé³⁰, et parmi les décès, 21 % étaient liés directement à des pathologies, psychiques ou somatiques³¹. Le CMDR avait déjà souligné les liens étroits entre errance, santé et mortalité dans son rapport de 2018, dont il est intéressant de tirer les conclusions, 5 ans après.

Ce constat dramatique inquiète d'autant plus le Collectif Les Morts de la Rue et Médecins du Monde dans la perspective des Jeux Olympiques (JO) de Paris 2024, dont l'organisation a déjà des effets délétères sur les populations en situation de précarité et peut ainsi contribuer à une aggravation de la santé mentale et physique des sans chez soi.

Ainsi, ce chapitre « Santé et mortalité des personnes en situation de rue à Paris » cherche à analyser les obstacles d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de rue, dans un contexte particulièrement critique.

METHODES

Afin d'analyser les freins vécus par les personnes « sans chez-soi » ce chapitre, co-rédigé par le Collectif Les Morts de La Rue et Médecins du Monde, s'appuie sur :

- Les situations de 7 personnes décédées entre 2020 et 2022, suivies par MdM, et dont les parcours ont pu être retracés par le CMDR³². Dans ce chapitre, toutes ces personnes ont été anonymisées et des prénoms fictifs, marqués par un astérisque (*), leur ont été donnés.
- Des données sanitaires de MdM sur l'ensemble de leur file active issues de leur outil interne « Dossier Patient Informatisé » (à noter que le programme P2ST rencontre des personnes en rue signalées par des partenaires car souffrant de problématiques de santé ; ainsi les chiffres présentés ci-dessous ne concernent que des personnes dont la santé est dégradée, et non l'ensemble des personnes à la rue à Paris).
- Des entretiens avec des professionnel.le.s travaillant auprès des personnes isolées à la rue en France, et principalement à Paris.
- Des témoignages de personnes à la rue, collectés par MdM dans le cadre d'un temps d'échange collectif organisé en juillet 2023³³. Leurs noms ont là aussi été anonymisés.
- Des comparaisons avec le chapitre sur l'accès aux soins des personnes en situation de rue du rapport Dénombrer et Décrire de 2018 du CMDR³⁴.
- Le chapitre sur l'accès aux soins des personnes en situation de rue du rapport Dénombrer et Décrire de 2018 du CMDR.

³⁰ A noter que 54 % des décès sont de causes mal définies ou inconnues, et que dans 68 % des cas, les données médicales sont manquantes et ne correspondent donc pas à une absence d'antécédents médicaux.

³¹ Causes de décès définies comme maladie/tumeur, maladie/autre, maladie/NSP ou naturelle soudaine.

³² L'une des personnes décédées a été exclue de ce chapitre à la demande de ses proches.

³³ 2 personnes en situation de rue, 3 personnes en centre d'hébergement d'urgence ou en hôtel depuis 3 mois à 2 ans et ayant été en situation de rue.

³⁴ [L'étude Dénombrer et Décrire \(mortsdelarue.org\)](https://mortsdelarue.org)

Pavel, 52 ans

Mort en septembre 2022, en rue

Pavel, 52 ans, était originaire de l'Est de l'Europe. On ne sait pas précisément quand il est arrivé en France, mais il vivait à la rue depuis quelques années.

Il était sympathique et souriant, avait été affecté par la perte de ses deux chiens, confisqués par la police. Il se confiait peu et la barrière de la langue ne facilitait pas l'échange, mais il était apprécié des riverains. Il refusait toute démarche, et refusait entre autres de se laisser examiner ou soigner. Son état de santé s'était dégradé, tant sur le plan psychique que somatique. Les associations qui le connaissaient s'en inquiétaient. On ne sait pas si Pavel souffrait d'addictions, ses antécédents médicaux ou encore de quoi il a pu décéder.

A son décès, les riverains de son lieu de vie ont pris en charge ses funérailles, auquel son frère a pu assister.

RECITS DE 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

SANTÉ EN RUE

De la même manière que les chiffres du sans chez soi en France sont approximatifs, **les études concernant la santé des personnes à la rue sont très peu nombreuses** et demanderaient à être actualisées et plus exhaustives.

Malgré ces limites, **toutes les enquêtes soulignent l'impact direct des conditions de vie à la rue sur la santé**, avec pour conséquence pour les personnes « sans chez-soi » **un état de santé dégradé, un vieillissement prématuré et des décès précoces ; un constat partagé par MdM, les autres professionnel.le.s travaillant auprès des personnes à la rue, et les personnes elles-mêmes à la rue.** Ainsi à Paris en 2023, à la question « Comment estimez-vous votre état de santé général », **29 % des personnes « sans chez-soi » ont répondu « mauvais » ou « très mauvais » (52).**

Dans cette continuité, une amélioration paraît peu probable à court ou moyen terme, notamment dans la perspective des JO de Paris 2024. Différentes associations, dont Médecins du Monde, ont commencé à sonner la sonnette d'alarme sur l'impact de ces JO, qui risque de précariser encore davantage la santé des personnes à la rue, et donc potentiellement jouer sur leurs mortalités. Différentes raisons peuvent être avancées dont :

- Les interdictions de distributions alimentaires qui accentuent la précarité alimentaire dont souffrent déjà une partie des personnes sans chez soi (53),
- Les expulsions répétées (de squats, campements informels, etc) éloignent encore plus les personnes en errance des structures sociales et sanitaires qui les suivent (hôpitaux, centres médico-psychologiques, etc.), ce qui compromet leur accompagnement,
- Les fermetures de places d'hébergement augmentent mécaniquement le nombre de personnes à la rue, et compromet ainsi le maintien d'une bonne santé, notamment mentale (54).

A. La santé somatique

Au niveau somatique, **comme l'indique les enquêtes (10) et le Dr Bertrand Galichon**, médecin au sein des équipes mobiles du Samu Social et de la PASS³⁵ Saint-Louis à Paris, *« les personnes à la rue ont les mêmes pathologies que tout le monde [...]. Mais l'ordre de prévalence n'est pas le même que dans la population générale ».*

Ainsi, **les personnes sans chez soi sont sur-représentées dans les services de réanimation**, et la prévalence de maladies infectieuses ou chroniques telles que le VIH ou les hépatites B et C est plus élevée au sein de cette population (10). A titre d'exemple, **l'incidence de la tuberculose est 30 fois plus élevée chez les personnes sans domicile fixe qu'au sein de la population générale** (10). Parmi les 7 personnes suivies par MdM et décédées entre 2020 et 2022, 2 d'entre elles avaient contracté la tuberculose au cours de leurs années d'errance, et en conservaient des séquelles.

Par ailleurs, **beaucoup de personnes à la rue sont polypathologiques**, avec, selon le Dr Bertrand Galichon, *« plusieurs pathologies qui se donnent la main ».* Ainsi, sur les 160 personnes accompagnées par le programme P2ST de MdM, 54 % présentaient à *minima* deux pathologies. **Parmi les 7 personnes décédées entre 2020 et 2022, 100 % étaient polypathologiques.** Philippe* avait par exemple de graves fragilités pulmonaires, ainsi que des pathologies dermatologiques et digestives.

Cette sur-représentation de certaines pathologies et leur coexistence disproportionnée par rapport à la population générale est directement liée aux conditions de vie des personnes à la rue. Comme

³⁵ Les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) sont des services au sein des hôpitaux permettant une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Il y a également des PASS mobiles.

le souligne Ibrahim*, qui vit à la rue depuis plusieurs mois : « *Les conditions de vie ne permettent pas d'être en bonne santé : on mange difficilement, on dort difficilement, on ne peut pas aller à l'hôpital* ».

A titre d'exemple, **les maladies chroniques, comme le diabète, ou cardiovasculaires, comme le cholestérol, « sont accentuées par les produits donnés par les distributions alimentaires, riches en matières grasses, en sucre et en protéine, pensées pour répondre à la faim mais pas aux problématiques de nutrition »**, selon Laury Lesueur, psychologue clinicienne travaillant à l'association Aux captifs, la libération. **Parmi les 7 personnes mortes de la rue et suivies par MDM, la plupart d'entre elles souffraient de malnutrition ou de dénutrition.**

Les pathologies dont souffrent les personnes sans chez soi sont liées aux causes de leurs décès (estimations du CMDR). Même si seulement 46% de décès ont une cause connue lorsque ces derniers sont dus à des problématiques médicales, en 2022 le CMDR recense que 2 % des décès étaient dus à des tumeurs, 11 % à des maladies de l'appareil circulatoire, et 4 % à des maladies autres (de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, infectieuses et parasitaires, du système nerveux ou autres).

Derrière chacun de ces chiffres se cachent des situations dramatiques : ainsi, parmi les personnes suivies par MDM et décédées, Piotr* souffrait d'épilepsie, Georgi* était marqué par des années à combattre le VIH et Julien* souffrait d'une pathologie cardiaque et d'un asthme chronique. Dans la majorité des cas, **ces pathologies étaient connues et non prises en charge de manière satisfaisante.**

Enfin, des pathologies spécifiques, comme les problématiques bucco-dentaires ou rhumatologiques, sont observées sur le terrain, et pourraient nécessiter une orientation vers les urgences hospitalières ou les PASS bucco-dentaires lorsqu'elles existent. Cependant, dans les faits, ces problématiques semblent peu soulignées, ce qui peut révéler **une absence de priorisation de ces problématiques par les personnes concernées ou une impossibilité de pouvoir intervenir directement en rue (manque d'informations, d'orientations, etc).**

B. Santé mentale

En parallèle des problématiques de santé somatiques, **la santé mentale est également un sujet central pour les personnes en situation de rue, comme le soulignait déjà le Collectif Les Morts de la Rue dans son rapport de 2018.**

Selon l'étude SAMENTA publiée en 2010 par l'Observatoire du Samu-Social et l'INSERM, **la santé mentale des personnes à la rue est plus dégradée que celle de la population générale.** En effet, **près d'un tiers des personnes en rue présentaient un trouble psychiatrique sévère** (troubles psychotiques, troubles sévères de l'humeur, troubles anxieux), **contre 4% dans la population générale (55).** Certains troubles sont particulièrement sur-représentés : ainsi, les troubles psychotiques sont 8 à 10 fois plus nombreux chez les personnes sans chez soi que dans l'ensemble de la population (56).

Les fragilités et pathologies psychiatriques des personnes en rue diffèrent en fonction des profils des personnes concernées. Ainsi, selon le Dr Corinne Launay, cheffe de service au Pôle Psychiatrie Précarité du GHU Paris, en charge de 4 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et d'une consultation pour migrant, « *les pathologies présentées par les personnes migrantes vont être davantage de l'ordre du stress post-traumatique, en lien avec ce qu'elles ont pu vivre dans leur pays, pendant l'exil et aujourd'hui* ». Les personnes appartenant à des **minorités de genre** (femmes, personnes LGBTQI+) sont aussi susceptibles de devoir vivre avec des stress post-traumatiques liés à des violences sexuelles (57). Pour les personnes n'ayant pas vécu de parcours d'exil, les pathologies

vont surtout être « *des troubles anxieux, des dépressions, des consommations importantes³⁶, des psychoses* ».

Parmi les personnes suivies par MdM et décédées, Georgi* était en forte souffrance psychique, a priori du fait de sa situation de rue et de sa pathologie chronique (VIH). Quant à Youssouf*, il souffrait de stress post-traumatique, lié sans doute à son ancienne activité de tireur d'élite. Enfin, l'état psychique de Pavel* s'était dégradé très nettement dans les derniers mois avant son décès. **Et selon les données du CMDR, les pathologies psychiques représentent près de 15 % des antécédents médicaux connus pour les personnes sans chez soi décédées au cours de l'année 2022.**

La santé mentale peut être à la fois une cause et une conséquence de la vie à la rue. Cause, car les pathologies psychiatriques peuvent favoriser une rupture des liens sociaux et sociétaux, et mener ainsi à une vie très précaire, sans ressources humaines et matérielles. **Le risque d'exclusion sociale est ainsi plus élevé pour les personnes atteintes de troubles psychotiques,** en particulier de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de troubles dépressifs majeurs, par rapport à la population générale. Pour le Dr Bertrand Galichon, « *les personnes en rue souffrant de maladies psychiatriques n'ont strictement rien à faire en rue : ce sont des patients extrêmement lourds, dont personne ne veut, même les psychiatres.* »

Conséquence de la vie à la rue car les personnes sans domicile fixe souffrent d'une errance permanente, sont exposées à divers types de violences et vivent dans un sentiment d'insécurité élevé, qui peut créer plusieurs troubles (état d'anxiété important, état dépressif, dégradation de l'image de soi, sentiment d'inutilité sociale) et une forte souffrance psychique. Comme l'explique Manon*, une femme qui a passé plusieurs mois à la rue à Paris, « *lorsqu'on est à la rue, avec les conditions de vie précaires [...] on est exposé aux maladies chroniques, au stress, à l'anxiété. Et quand l'état mental n'est pas en place, ça devient aussi une grosse maladie.* ».

Ces fragilités et pathologies psychiatriques sont en lien direct avec l'espérance de vie réduite des personnes à la rue comme le souligne une étude de l'IRDES portant sur la population générale publiée en 2018 : la mortalité prématurée des personnes souffrant de problématiques de santé mentale est quatre fois plus importante que celle de la population générale sans pathologie mentale (58). Car si, comme le souligne le Dr Corinne Launay, « *les personnes meurent rarement d'une psychose, ou d'un stress post-traumatique* », en revanche leurs décès sont plus souvent liés à des morts violentes.

La mortalité précoce des personnes en rue peut aussi s'expliquer par les liens négatifs entre la présence de troubles psychiatriques et le diagnostic et la prise en charge de troubles somatiques coexistants. En effet, selon le concept de « diagnostic overshadowing », lorsqu'une personne souffre de problèmes de santé mentale, et particulièrement lorsque ceux-ci sont « visibles », le personnel de soins peut se focaliser sur cette problématique uniquement. Les symptômes décrits par la personne vont alors être imputé à son problème de santé mentale, plutôt que de rechercher ce qui sur le plan somatique pourrait induire ses effets (59).

Enfin, du fait que la psychiatrie souffre d'une « *mauvaise image* », selon le Dr Corinne Launay, « **les gens ne reconnaissent pas forcément leurs troubles** » et peuvent ainsi nier leur pathologie. Cette auto-stigmatisation peut amener la personne à renoncer à l'aide proposée, et à ne pas recourir aux droits et aux soins auxquels elle a droit.

Cet effet cumulatif des comorbidités avait déjà été mis en valeur dans le rapport 2018 du CMDR, qui soulignait que la conjugaison des difficultés physiques, psychiques et sociales avaient un effet multiplicateur plus qu'additif.

³⁶ De substances psychoactives.

Youssef, 38 ans

Mort en décembre 2020

Originaire du Sénégal, Youssef avait 38 ans. Il avait été conducteur d'engin et tireur d'élite, et souffrait de stress post-traumatique, qui aurait entraîné une consommation d'alcool importante.

Youssef avait un fils, et il restait très attaché à son ex-femme et à son fils, même s'il avait conscience que son addiction rendait difficile de maintenir le contact avec eux. Son divorce l'avait conduit à la rue, et ses dernières années, il avait enchaîné périodes à la rue et hospitalisation.

Youssef était à jour dans ses démarches, il avait une domiciliation, une couverture médicale mais pas de suivi médical stable. Il avait été pris en charge à plusieurs reprises pour des problèmes de traumatologie, avait eu plusieurs pancréatiques aiguës et avait eu plusieurs épisodes de sevrage alcoolique, compliqués de délirium tremens. Une demande de LHSS avait été faite, sans succès par manque de place.

Après ses hospitalisations, l'état de Youssef se dégradait lors de ses retours en rue. Il était difficile de l'orienter vers le soin. Moins d'une semaine avant son décès, Youssef avait pu intégrer un CHRS. Il est décédé d'une crise cardiaque. Ses funérailles ont été organisées par sa famille, dont son fils et son ex-compagne.

RECITS DE 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

C. Consommations de substances psychoactives

Les personnes à la rue sont également concernées par les enjeux de consommation de substances dites psychoactives (alcool, drogues illicites, médicaments détournés de leurs usages originels) du fait de la vie à la rue et de ses impacts.

Ainsi, **près de 30 % des personnes « sans chez-soi » présentent une dépendance ou une consommation régulière à ces produits** (56), et la substance la plus consommée est, du fait de son prix et de son accessibilité, l'alcool. Par ailleurs, **une partie des personnes en rue sont polyconsommatrices**, comme l'explique Laury Lesueur, psychologue clinicienne spécialisée dans la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) : « *l'alcool va se retrouver auprès des consommateurs de crack, d'héroïne, de cocaïne.* ». Sur les 7 personnes connues par Mdm et décédées de la rue, 5 consommaient de l'alcool, et parmi elles, 2 étaient également consommatrices d'autres produits psychoactifs.

Si en termes de prévalence, ces chiffres ne diffèrent pas radicalement de la population générale³⁷, l'impact des consommations ne sera pas le même à la rue que dans un environnement plus classique. En effet, selon Matthieu Fieulaine, spécialiste de la RdRD en alcool : « *Les conditions d'existence des gens laissés à la rue sont telles que même avec des faibles consommations, l'impact sera beaucoup plus important sur une personne à la rue que sur une personne [...] ayant accès à l'hygiène, aux soins, à l'intimité, à un chez soi, etc.* ».

Par ailleurs, les « bénéfiques » associés à la prise de substances psychoactives ne sont pas les mêmes en rue qu'ailleurs. En effet, ces substances, et particulièrement l'alcool, ont des fonctions anxiolytiques et anesthésiantes qui représentent un vrai bénéfice pour les personnes en rue. Comme l'explique Ibrahim*, en rue depuis deux ans : « *C'est à cause des conditions de vie à la rue que les personnes consomment. Personne n'est né ivre ou drogué, y'a quelque chose qui nous pousse à consommer ces choses* ». Dans ce contexte, les arrêts complets de l'alcool sont extrêmement difficiles.

En parallèle, **chez certaines personnes à la rue, les troubles psychiatriques se mêlent à ces consommations importantes, comme le souligne l'étude SAMENTA** : « *près de la moitié (49 %) des personnes atteintes de troubles psychotiques présentent une dépendance à au moins un produit psychoactif* » : alcool (30 % des situations) et cannabis (également 30 % des situations) (56).

A l'instar d'une femme interrogée en 2018 par le CMDR dans le cadre de son rapport, Kevin*, à la rue pendant un an et souffrant de problèmes psychiatriques sévères évoque cette double-fragilité : « *J'ai augmenté [ma consommation] à la rue. Je suis passé à 2 paquets de cigarettes et à 4-5 bières par jour. Parce que j'étais angoissé. C'était pour compenser. Moi quand je bois de l'alcool, ça me calme. Quand je fume, ça me calme aussi. Les deux ensembles, ça me calme* ».

L'entremêlement des enjeux psychiatriques et de consommation rendent difficile la prise en charge de ces patient.e.s, pour lesquels les services de psychiatrie considèrent qu'un sevrage est nécessaire avant toute prise en charge psychiatrique, et que les services d'addictologie vont être tentés d'orienter en psychiatrie. Cependant, dans certains centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), des consultations avec des professionnels de santé mentale (psychiatres ou psychologues) sont proposées.

La consommation importante de produits psychoactif peut entraîner des conséquences sur la santé somatique des personnes à la rue : augmentation du risque de cancer, de pathologies

³⁷ Selon l'enquête SAMENTA, 20 % des personnes interrogées déclarent une dépendance à l'alcool. Dans la population générale, selon la MILDECA, 24 % des personnes majeures consomment au-delà des seuils de consommations à moindre risque.

cardiovasculaires, de maladies du foie et du tube digestif, de troubles neurologiques, etc. *A contrario*, **le manque d'alcool peut également entraîner des conséquences graves pour les personnes alcoolodépendantes** : anxiété, agitation, palpitations, vomissements, etc.

Ainsi, Youssouf* a souffert dans les mois avant sa mort de forts maux de tête, de vomissements, et de douleurs particulièrement importantes au ventre, a priori liés à sa forte consommation d'alcool. Il avait également vécu plusieurs épisodes de pancréatite aiguë (2014, 2015, 2016, 2018). Il est décédé à 38 ans d'un arrêt cardiaque.

Ainsi, **la forte prévalence des consommations chez les personnes à la rue a un impact sur les décès précoces de cette population, en cas de surconsommation ou de sous-consommation/de manque** : si l'espérance de vie est déjà très réduite pour les personnes à la rue de manière générale, elle est encore réduite de 10 ans pour les personnes consommant, comme l'indiquait déjà le rapport de 2018 du CMDR.

A noter que les décès liés à des sous-consommations sont très peu documentés, comme l'explique Matthieu Fieulaine : « *Ce qui doit certainement passer sous les radars, c'est le nombre de personne se trouvant soit à la rue, sans accès à l'alcool, soit dans des structures d'hébergement qui interdisent l'alcool. Du coup, ils font un delirium tremens³⁸ au milieu de la nuit, et finissent par décéder à l'hôpital. Mais la mort liée à un sevrage brutal d'alcool ne figure pas dans les enquêtes³⁹.* »

D. Soins et prise de traitement

Le programme « Pas de Santé Sans Toit » de MdM aux côtés de nombreux.ses professionnel.le.s du sans chez soi observe le difficile, voire impossible, suivi sanitaire et médical des personnes en rue.

En effet, **les conditions de vie complexifient énormément l'observance des traitements** (absence de pilulier, d'accès à l'eau potable, à une douche, etc.), tandis que certaines contraintes thérapeutiques sont incompatibles avec la vie en rue (immobilité d'un membre inférieur, etc.) et que les effets secondaires de certains traitements sont tout à fait inadaptés à la vie en rue (sommolence, diurétique, etc.) ou à la prise associée de produits psychoactifs (interférence, etc.). Ainsi, **les actions des maraudes sanitaires et médicalisées sont nécessairement limitées**, et tentent de « *limiter les dégâts* », comme l'atteste Vanessa Gimeno, infirmière au Samu-Social de Paris et chargée des cas complexes⁴⁰.

A titre d'exemple, **le seul moyen pour Julien*, suivi par MdM, de survivre à sa pathologie cardiaque avancée aurait été de prendre un traitement lourd et complexe**. Mais compte-tenu de la vie à la rue, cette attention quotidienne était extrêmement difficile, et les effets secondaires des médicaments très difficiles à vivre sans accès à l'hygiène (nécessité de se rendre régulièrement aux toilettes). De la même manière, **Georgi* ne prenait que sporadiquement son traitement anti-VIH**, ce qui a contribué à considérablement dégrader son état de santé, et a participé à son décès précoce.

Par ailleurs, comme le soulignait déjà le CMDR en 2018, **le suivi d'un.e patient.e vivant en rue peut être complexifié par l'éloignement géographique entre son lieu de vie et sa structure de prise en charge (hôpital, centre de santé, etc.)**. Ainsi, pour les personnes en errance souffrant d'une pathologie psychiatrique, l'accès aux centres médico-psychologiques (CMP) peut être extrêmement complexe.

³⁸ Le delirium tremens est une urgence médicale liée à un sevrage trop brutal, pouvant conduire à des hallucinations, des poussées de fièvre, des crises d'épilepsie, un risque de coma, voire au décès de la personne.

³⁹ Le Collectif Les Morts de la Rue, alors même qu'il est l'observatoire de la mortalité des personnes sans chez soi en France, n'a ainsi aucune donnée à fournir sur le sujet.

⁴⁰ Les cas complexes suivies par Vanessa Gimeno sont des personnes en situation de rue, mais pas uniquement. Elles ont des problématiques de santé, administrative et sociale, de comportement pas toujours adapté. Il s'agit alors de mobiliser les acteur.rice.s afin de trouver la prise en charge la plus adaptée pour la personne.

N'ayant pas d'adresse déclarée, leur sectorisation et donc leur affectation à un CMP peut dépendre alors davantage des places disponibles et non pas du lieu de vie de la personne. Ainsi, certaines personnes en rue sont obligées de traverser Paris pour consulter leur psychologue ou leur psychiatre, et peuvent ainsi décrocher de leurs soins.

Dans le contexte de l'organisation des JO à Paris en 2024, l'éloignement géographique des personnes à la rue en dehors de la capitale, dans les communes limitrophes ou en région (60), va complexifier, voire rendre impossible, leur accès aux structures et professionnel.le.s qui les suivaient : centres de santé, hôpitaux, médecins libéraux, etc. Ces ruptures dans leur accès aux droits et aux soins risquent d'avoir des conséquences dramatiques sur la santé des personnes « sans chez-soi ».

Ces difficultés réelles peuvent alimenter de manière consciente ou inconsciente des préjugés de soignant.e.s, et les pousser à différencier leur accompagnement et leur prescription en fonction des personnes. Comme l'explique le Dr Galichon, certain.e.s soignant.e.s peuvent être tenté.e.s de se dire : *“Comme je ne suis pas sûr de l'efficacité du traitement que je vais t'apporter parce que tu ne vas pas le suivre, bon bah tu peux dégager”*.

En résumé, la vie à la rue et ses conséquences impactent de manière extrêmement négative la santé des personnes « sans chez-soi ». Les problématiques d'addictions et de santé mentale vont ainsi souvent se cumuler aux problématiques de santé somatique, avec des effets cumulatifs renforcés par les conditions d'existence.

LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES À LA RUE

Les freins à l'accès aux droits et aux soins des personnes à la rue sont présents à chaque étape de leur prise en charge comme le montre bien le Levesque Framework (61), et sont directement liés aux conditions d'accueil et d'accompagnement proposées par les établissements et services sanitaires et médico-sociaux – conditions dégradées principalement en raison d'une embolisation de dispositifs déjà saturés.

En amont, ces obstacles peuvent empêcher une personne à la rue présentant des difficultés de santé d'être prise en charge au moment opportun. Des pathologies qui auraient pu être bénignes ne sont ainsi prises en charge qu'à un moment critique, et seront alors incurables ou durablement invalidantes du fait de ce diagnostic tardif. En aval également, certaines personnes « sans chez-soi » ne bénéficient pas d'un suivi médical et social adéquat à la suite d'un passage dans une structure de droits et de soins (hôpital, centre de rééducation, centre de cure, etc.).

Cumulés, ces entraves à l'accès aux droits et aux soins peuvent avoir des conséquences sur la volonté et la capacité des personnes à la rue à solliciter les services auxquels elles ont droit. Cette exclusion, parfois couplée à une forme « d'auto-exclusion » subie, peut aboutir à la dégradation, parfois extrême, de l'état de santé des personnes sans chez soi et conduire ainsi à des décès précoces.

A. Les limites structurelles des dispositifs médicaux et médico-sociaux

Si le territoire parisien est densément fourni en termes de structures sanitaires et médico-sociales généralistes et spécialisées (hôpitaux, Permanences d'Accès aux Soins de Santé, Centres Médico-Sociaux, Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, Lits Halte Soins Santé, etc.), **les limites structurelles de ces dispositifs rendent impossible un accompagnement de qualité de l'ensemble des patient.e.s, et particulièrement des personnes en situation de très grande précarité.**

Piotr, 49 ans

Mort en décembre 2021

Piotr avait 49 ans, et avait vécu dans différents pays d'Europe avant d'arriver en France en 2019. Il parlait un peu le français, et essayait de l'apprendre.

Il avait alterné hébergement d'urgence et rue, il était en demande de logement et de sevrage d'alcool. Il avait déjà fait plusieurs cures, mais sans succès.

Il souffrait de troubles neurologiques, avec problèmes de repérages spatiotemporels et de mémoire, du fait d'un grave accident. Il était aussi épileptique, et avait besoin d'un traitement quotidien qu'il n'avait pas. Il est décédé après avoir souffert pendant quelques jours.

Piotr était en lien avec sa tante, il était apprécié des riverains et des maraudes, il avait aussi des compagnons de rue. On se rappelle de lui pour son sourire enfantin, et pour le plaisir qu'il avait à dessiner ou à écouter de la musique, en particulier du métal, de la musique lyrique.

RECITS DE 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

- L'inadaptation des structures de droits et de soins

Certaines contraintes imposées par des dispositifs ouverts à l'ensemble de la population ou réservés exclusivement aux personnes « sans chez-soi » apparaissent déconnectées des besoins spécifiques des personnes à la rue, et peuvent ainsi contribuer à les exclure. Force est de constater que cette réalité, déjà soulignée par le CMDR dans son rapport de 2018, perdure : horaires d'ouverture trop restreintes, modalités de prises de RDV complexes, absence d'interprétariat, etc.

A titre d'exemple, « l'injonction à l'invisibilité récurrente et généralisée de la consommation d'alcool » observée par Matthieu Fieulaine, spécialiste de la Réduction des Risques et des Dommages, incarnée dans la très grande majorité des structures sanitaires et médico-sociales (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour, hôpitaux, etc.) par une prohibition totale, **contribue à entraver l'accès aux soins des personnes à la rue alcoolodépendantes.**

En rue, **Médecins du Monde rencontre ainsi régulièrement des personnes refusant de se rendre à l'hôpital malgré un état de santé extrêmement dégradé par crainte d'un sevrage imposé.** Traumatisées par des sevrages passés, certain.e.s patient.e.s déclarent préférer mourir plutôt que de revivre cette expérience décrite comme « horrible ».

- Le sous-dimensionnement des structures de droits et de soins

L'immense majorité des structures de droits et de soins disposent de moyens matériels, humains et financiers insuffisants pour faire face à l'augmentation et à la diversification des personnes vivant à la rue (62). Ainsi, pour Laury Lesueur, **« l'ensemble des dispositifs est saturé » ; une saturation déjà identifiée en 2018 par le Collectif Les Morts de la Rue comme l'une des barrières majeures dans l'accès aux soins des personnes à la rue.**

A titre d'exemple, à Paris, le nombre de places en Lits Halte Soins Santé (LHSS) est largement insuffisant face aux demandes⁴¹. **Ainsi, des personnes « sans chez-soi » présentant de graves problématiques de santé sont condamnées à rester en rue ou à vivre dans des centres inadaptés à leurs besoins sanitaires.** Julien*, l'un des patients suivis par Médecins du Monde et décédé en 2021, aura attendu deux ans avant d'intégrer un LHSS, malgré une pathologie cardiaque avancée nécessitant un traitement et des soins quotidiens. Finalement, il mourra à l'hôpital un mois après avoir enfin obtenu une place en LHSS.

Cette situation est d'autant plus inquiétante que les LHSS parisiens dont les places sont largement insuffisantes face aux demandes, subissent les limites d'autres dispositifs de soins, et accueillent ainsi des personnes dont les situations relèveraient davantage de structures type LAM (Lit d'Accueil Médicalisé) ou SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)⁴².

Augmenter le nombre de lits est un incontournable mais pas seulement, avec des demandes en attente d'entrée en LHSS révélatrices des besoins des structures et services médicaux et médico-sociaux. Les interventions pluridisciplinaires « aller vers/hors les murs » sont en cours de développement suite au Ségur de la Santé, mais face à l'ampleur de la demande, ces solutions ne sont pas assez nombreuses pour couvrir l'ensemble des besoins.

⁴¹ Le Samu-Social de Paris dispose de 170 places de LHSS, répartis dans 6 sites. Le groupe SOS propose 40 lits dans le LHSS de Maubeuge.

⁴² Ministère des Solidarités et de la Santé, *Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)*, 2018 : « Les LHSS peuvent se révéler être des accueils « par défaut » lorsqu'ils accueillent les cas suivants : 1. Des situations médicales trop lourdes (en termes de niveau de dépendance pour la plupart), relevant de LAM selon les décrets, mais qui sont actuellement prises en charge en LHSS, du fait d'un manque de places installées en LAM. 2. Des personnes accueillies qui relèveraient de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mais que les services sociaux hospitaliers ne parviennent pas à orienter en SSR, même quand ils disposent d'une couverture sociale. En effet, certains SSR seraient réticents à accueillir un public sans domicile, de peur de ne jamais réussir à faire sortir ces personnes du service. » (63)

Dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes malades chroniques, et d'augmentation importante du nombre de personnes sans chez soi, il conviendrait d'améliorer, notamment, l'accès aux structures de droit commun et de renforcer et déployer l'offre d'hébergement et hors les murs et des structures et services adaptés.

Ce manque de moyens se retrouve aussi dans le secteur de la psychiatrie, avec nombre de pathologies psychiatriques réclament un suivi régulier et au long court, voire la nécessité parfois d'une prise de traitement régulier. Les centres médico-psychologiques (CMP) doivent opérer ce suivi. **Or, ces centres tout comme le reste des équipes de soins psychiatriques subissent une désertion des médecins et des soignants. De ce fait, l'obtention d'un premier rendez-vous est parfois impossible ou obtenue dans des délais importants** (souvent d'un ou deux mois).

- Le manque de coordination entre les acteurs des différents secteurs

Alors qu'il est difficile pour la plupart des personnes à la rue de se repérer dans la complexité des démarches administratives et de santé, **les professionnel.le.s qui les accompagnent se mettent souvent difficilement en lien entre eux**. Le rapport du Collectif Les Morts de la Rue de 2018 soulignait déjà plusieurs raisons à cette difficulté de coordination : décalage entre les priorités de chaque secteur, défiance du secteur médical vis-à-vis du secteur social, etc.

Des pertes d'informations, des retards dans les suivis peuvent ainsi être considérables, et parfois extrêmement dommageables notamment en termes de santé pour la personne concernée. Ainsi, si une personne sans domicile fixe retourne à la rue à la suite d'une hospitalisation et qu'elle égare ou se fait voler ses papiers, il sera souvent très difficile pour les maraudes qui reprendront son suivi d'accéder à ses informations sociales et/ou médicales.

Georgi, 59 ans

Mort en décembre 2022

Georgi était âgé de 59 ans et serait arrivé en France à la suite du décès de sa femme au pays.

Il était à la rue depuis plus de 10 ans, avait eu quelques hébergements d'urgence mais ne pouvait prétendre à plus du fait de sa situation irrégulière. Il avait travaillé à son arrivée en France, mais avait été obligé d'arrêter du fait de ses problèmes de santé.

Il était en souffrance psychique, puisqu'il avait du mal à accepter sa situation en France et notamment de ne pas pouvoir aider sa famille. Il avait du mal à accepter aussi le VIH, et était dans le déni de sa maladie. A cause de cela, il était en rupture de traitement. Il avait un suivi hospitalier et par le Samusocial, mais l'année précédant son décès avait été marqué par de nombreuses hospitalisations et une dégradation de son état de santé. Il est décédé à la rue, après s'être enfui des urgences d'un hôpital, des suites de ses problèmes de santé chroniques et de ses conditions de vie.

Il avait beaucoup de charisme, arrivait à toucher les gens, malgré la barrière de la langue. Il avait des amitiés très fortes, et était très débrouillard. A son décès, Georgi a été rapatrié dans son pays, ce qui lui aurait plu du fait de son attachement à sa famille et à sa terre d'origine.

RECITS DE 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

B. Le manque de formation des soignant.e.s aux enjeux du sans chez soi

En parallèle des limites organisationnelles des structures sanitaires et médico-sociales évoquées ci-dessus, **l'accès aux droits et aux soins des personnes à la rue souffre d'une absence totale de formation des professionnel.le.s aux enjeux du sans chez soi et aux conséquences de la vie à la rue, comme le soulignait déjà le Collectif Les Morts de la Rue en 2018.**

- Une méconnaissance profonde des enjeux de la précarité

Selon le Dr Corinne Launay, cheffe de service au Pôle Psychiatrie Précarité du GHU Paris, **il existe une « profonde méconnaissance de la problématique » du sans chez soi de la part des soignant.e.s.** Au cours de leurs études, les aides-soignant.e.s, infirmier.e.s et médecins n'ont que de très rares informations à la fois sur les droits et les besoins spécifiques des personnes en situation de très grande précarité. Au-delà de cela, il peut exister aussi un **désintérêt du personnel soignant pour ce public**, dont l'intrication des problématiques sociales rend plus complexe la mise en œuvre de la prise en charge par les soignant.e.s.

Sans aucune formation, **il est ainsi très difficile pour un.e professionnel.le.s d'appréhender les attentes et les efforts d'adaptation que peut représenter pour une personne à la rue le fait de se rendre par exemple à l'hôpital, et particulièrement dans un service d'urgences.** Comme le souligne le Dr Bertrand Galichon, *« la qualité du regard porté par les soignants sur ces personnes-là est l'un des freins majeurs de leur accessibilité aux soins ».*

- Des préjugés tenaces et délétères

A toutes les étapes de la prise en charge d'une personne à la rue, **les professionnel.le.s peuvent ainsi, de manière consciente ou inconsciente, manifester des préjugés se traduisant par des gestes tangibles, qui instaureront eux-mêmes un rejet implicite des personnes concernées.**

Ainsi, selon le Dr Bertrand Galichon, lors de l'examen médical d'une personne sans chez soi, un.e soignant.e peut être tenté.e de mettre des gants, car *« il y a un truc qui peut le révolter dans le fait d'ausculter un patient SDF ».* De la même manière, Matthieu Fieulaine dénonce une *« tendance à la psychiatrisation généralisée de la misère, où l'on soupçonne n'importe quelle personne à la rue d'être un peu folle »*, ce qui engendre une peur que les personnes à la rue *« pètent un plomb à tout moment ».*

Or, comme l'explique Laury Lesueur, **« la personne présente se rend bien compte de cette situation et cela installe une tension, une difficulté à rentrer en relation et à être en confiance pour être soigné. Les personnes ont l'impression de revivre un rejet de manière plus manifeste parce que c'est eux qui rentrent dans la structure et qu'on les en met dehors ».**

- Les difficultés à comprendre une temporalité et des besoins différents

L'absence de formation des soignant.e.s rend complexe, voire impossible, leur compréhension de la réalité du quotidien des personnes en rue, notamment dans leur rapport à l'espace : attendre plusieurs heures dans une salle d'attente d'hôpital peut être extrêmement difficile à gérer pour une personne vivant en permanence en extérieur, car vécue comme *« une forme d'enfermement »* (Dr Bertrand Galichon). Cette attente sera d'autant plus difficile si aucun besoin de la personne n'est sondé ou satisfait : impossibilité de fumer, de boire, etc.

Par ailleurs, **les professionnel.le.s peuvent avoir des difficultés à appréhender l'ordre des priorités de certaines personnes à la rue**. La santé peut par exemple devenir secondaire par rapport à l'objectif prioritaire qui sera de dormir dans un endroit sûr, ou de manger. **Ces priorités concurrentes (64) peuvent aboutir à des décisions jugées illisibles par les travailleur.se.s sociaux.ales ou les soignant.e.s**. Par exemple, comme l'explique Alexandre Baroin, médiateur en santé au sein du programme « Pas de Santé Sans Toit » de MdM *« la non-prise d'un traitement incompatible avec le fait de faire « la manche », car provoquant des somnolences, peut ainsi être tout à fait légitime pour une personne dont c'est la seule source de revenu, et donc de subsistance »*.

C. Des situations de discriminations courantes

Pour le Dr Bertrand Galichon, **« les discriminations envers les personnes à la rue sont constantes », et les empêchent d'accéder à leurs droits et aux soins**. Dans les centres de cure par exemple, les personnes à la rue ne sont très souvent pas admises car *« on les soupçonne de ne pas vouloir se servir, mais de vouloir un endroit où dormir »*, comme l'explique Matthieu Fieulaine, pour qui ces différences de traitement sont *« abusives »*, et *« attentatoires aux droits des personnes »*.

En effet, de **nombreux.se.s soignant.e.s sont convaincu.e.s de l'échec annoncé des potentiels soins** donnés à une personne à la rue, en raison **d'inquiétudes légitimes** (absence de stabilisation, de logement, parfois d'entourage), **renforcées par des préjugés décalés** (incapacité à comprendre, etc.). **En conséquence, certains traitements, soins ou services ne vont pas être proposés aux personnes « sans chez-soi », avec un impact direct sur leur état de santé.**

Par ailleurs, **la saturation structurelle de l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, comme évoquée plus haut, exclue de fait les personnes en situation de très grande précarité**, notamment au niveau de l'accès aux droits. Vanessa Gimeno rencontre ainsi très régulièrement des *« personnes sans suivi social depuis des années, sans ressources et sans couverture médicale »*. **Or, cette absence d'accès aux droits de santé** (sécurité sociale, Aide Médicale d'État, etc.) **est « un des freins principaux qu'on identifie dans l'accès aux soins des personnes à la rue »**, selon Alexandre Baroin.

Une étude réalisée à la demande de la Défenseure des droits a ainsi permis de montrer que les démarches administratives pour accéder à l'AME sont complexes et les refus de soins en médecine de première ligne sont nombreux (65).

Dans les structures hospitalières, l'engorgement des différents services crée une mise en concurrence des personnes, dont les personnes en situation de très grande précarité ressortent perdantes. En effet, dans le cadre d'une gestion hospitalière plus *« administrative »* (Dr Bertrand Galichon), **les personnes à la rue sont vues comme des « bed blockers », des patient.e.s dont la durée de séjour est plus longue que la moyenne, en raison de la complexité de leur situation**. Les patients ne sont alors plus vus comme tels mais comme un lit occupé, avec la suspicion permanente d'abuser des services.

Ces freins à la sortie pour ces patients « bloqueurs de lits ou bloqués » sont de différentes natures : une absence de toit, une situation administrative bloquée ou complexe, une attente de place dans le secteur médical, médico-social ou social, un projet d'orientation inexistant en lien avec une pathologie trop lourde, etc.

De la même manière, **le secteur de la psychiatrie n'est pas épargné, et limite de fait l'accès des personnes à la rue aux soins psychiatriques**. Selon le Dr Launay, du fait de la fermeture de nombreux lits en psychiatrie, l'accès aux soins hospitaliers et surtout leur maintien dans la durée se réduit

fortement et cela encore plus pour les personnes sans chez soi. Si « *autrefois, on pouvait garder des personnes hospitalisées plusieurs années tant qu'elles n'avaient pas un hébergement fixe, aujourd'hui ça ne se fait plus* ». De plus, l'adressage vers les secteurs par le biais des centres médico-psychologiques (CMP) est aussi mis en difficulté du fait du manque de personnel dans les CMP. Cela ne représentant que 10 à 20% des orientations psychologiques ou psychiatriques pour les personnes sans chez soi à Paris qui sont suivies par les EMPP (toujours selon le Dr Launay). De ce fait, les différentes échelles de la trajectoire de soins sont saturées, rendant le système d'adressage des patients inefficace.

D. Les refus de soins comme mécanisme de défense

Face à ces nombreux obstacles, et dans une logique d'anticipation et d'évitement de potentielles situations d'exclusion, beaucoup de personnes en rue refusent d'être accompagnées au niveau des droits et des soins. Lorsqu'ils se manifestent alors que l'état de santé de la personne est extrêmement dégradé, ces refus de soins peuvent être incompréhensibles pour les professionnels du social et du médical. Il est ainsi essentiel de les analyser comme une conséquence et non une cause des difficultés d'accès aux soins, et de considérer qu'il est possible de les lever.

- Le refus d'un monde médical inadapté

Les préjugés et comportements différenciés de certain.e.s soignant.e.s décrits ci-dessus peuvent dissuader certaines personnes à la rue de se rendre dans des structures de soins. Vanessa Gimeno, infirmière responsable des parcours complexes au sein du Samu Social, rencontre ainsi régulièrement des personnes « sans chez-soi » qui se disent « *traumatisées par des prises en charge qui se sont mal passées* ».

Pour Matthieu Fieulaine, spécialiste de la Réduction des Risques et Dommages en alcool, il est important de comprendre que « *les gens qui ne veulent pas se soigner ou prendre soin d'eux ça n'existe pas* ». Pour lui, « *les personnes ne sont pas dans le refus de soin, mais dans le refus d'un certain soin qui ne reconnaît pas leurs besoins, leurs attentes légitimes, et qui construit un modèle qui ne tient absolument pas compte de leur réalité* ».

Conscient.e.s des inadaptations, certaines structures cherchent à interroger leurs propres pratiques, et à les faire évoluer à travers l'usage de la médiation en santé, la création de lien, le respect de la temporalité de la patiente ou du patient, etc.

Mais « *le coût psychologique, physique et parfois financier à se déplacer dans une structure de soin* » peut rester trop important par rapport « *à la forte probabilité de ne pas être hospitalisé, malgré un état de santé dégradé* », comme le souligne Alexandre Baroin.

Philippe, 62 ans

Mort en janvier 2022

Philippe avait 62 ans. Il disait être à la rue depuis une trentaine d'année, et avait alterné entre rue et hébergement chez des connaissances, en hôtel ou avec des associations.

Il avait deux enfants, et le décès d'un de ses enfants encore nourrisson a été le point de bascule pour lui. Son placement en détention et la séparation d'avec sa compagne ensuite l'ont mené à la rue.

Deux ans avant son décès environ, les associations avaient tiré la sonnette d'alarme face à un état de santé qui se dégradait. Il refusait les prises en charge sanitaire, en arguant d'une mauvaise prise en charge par le passé dans un hôpital parisien. Il refusait aussi toute démarche sociale.

Il était en besoin de soins pour des problèmes pulmonaires après avoir déjà contracté la tuberculose. Il souffrait aussi de dépression, avec une tentative de suicide l'ayant mené à être hospitalisé. Après avoir été stabilisé, il avait arrêté tout traitement, fragilisant de nouveau sa santé mentale. Philippe avait également une addiction à l'alcool.

Le courant de 2021 avait vu l'état de Philippe se dégrader considérablement, avec des passages en hospitalisation mais avec simplement des prises en charge médicales courtes malgré son état alarmant. Il avait commencé à être en demande de soins, avant d'osciller de nouveau entre refus et de demande de prise en charge.

Au début de l'année 2022, Philippe était démoralisé et avait renoncé à un parcours de soins. Il est décédé en rue d'un AVC, avec une amie à ses côtés. Ses funérailles ont été organisées par le Collectif, avec la présence de nombreux membres d'association l'ayant accompagné.

Philippe était très cultivé et aimait beaucoup lire. Son livre favori était « Ne tirez pas sur l'oiseau moqueur ».

RECITS DE 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

- Un réflexe de défense classique, accentué par les conditions de vie

S'il est complexe pour toute personne malade d'intégrer la dégradation de son état de santé, **la vie et la rue et ses conséquences peuvent rendre d'autant plus difficile cette acceptation**. Ainsi, selon le Dr Bertrand Galichon, « **une personne à la rue peut refuser le soin par réflexe de défense** » ; réflexe qui ne sera pas nécessairement levé par les soutiens auxquels ont accès les personnes connaissant une forme de stabilité – des proches, des moyens financiers, etc.

Pour des personnes « sans chez-soi », ce réflexe de défense pourra se traduire par une difficulté à évoquer sa santé, à échanger avec du personnel soignant et à accepter les examens médicaux. Ainsi, pour Laury Lesueur, psychologue au sein de l'association « Aux captifs, la libération », le « *contact corporel avec un autre peut être compliqué pour une personne à la rue* », particulièrement dans une « *interaction de soin, qui implique de dévoiler sa vulnérabilité, son corps abîmé, et par là d'avouer qu'on n'arrive plus à en prendre soin* » (66).

- Le refus comme conséquence d'une autre priorisation

Par ailleurs, **dans un contexte de nécessaire priorisation compte-tenu de la pluralité de besoins primaires non-satisfaits (se nourrir, se laver, s'habiller, etc.)**, « *la personne s'allège de ce qui lui paraît superficiel* », comme l'indique le Dr Bertrand Galichon : une toux, une douleur non-invalidante, etc. La santé est alors considérée comme secondaire, **jusqu'à ce que la pathologie devienne trop douloureuse ou handicapante**, rendant difficile, voire impossible, la satisfaction des besoins primaires (67), comme le soulignait déjà le Collectif Les Morts de la Rue dans son rapport de 2018.

Ainsi, plusieurs personnes suivies par Médecins du Monde et décédées ont formulé une demande claire d'accompagnement médical uniquement lorsque leur état de santé était extrêmement dégradé.

- Une honte intériorisée

Parce qu'elles font partie intégrante de la société, **les personnes à la rue intègrent les normes et valeurs qui constituent celle-ci, et donc les stigmates associés et peuvent nourrir vis-à-vis d'elles-mêmes un fort sentiment de honte** (de soi, de leur situation, de leurs conditions de vie, de ne pas être « capable » de maintenir son corps en état (66), etc.). **Cette honte peut être accentuée par la consommation de substances psychoactives** (alcool, cannabis, crack, etc.), comme le souligne Laury Lesueur, psychologue clinicienne spécialisée dans la Réduction des Risques et des Dommages.

Or, « *en perdant le sentiment de leur propre valeur, [les personnes à la rue] ne se sentent plus légitimes pour recevoir des soins, ne se perçoivent plus comme dignes d'être soignées, comme des personnes dont l'intégrité physique et la vie auraient de la valeur et abandonnent toute demande de soin* » (66). **La honte de soi, née dans le rapport à autrui mais aussi du fait d'un stigmate intériorisé, apparaît donc comme un puissant ressort du refus de soins.**

Par ailleurs, **les stigmates associés à certains types de maladies peuvent accentuer ce sentiment de honte, et ainsi justifier un refus de soin de la part des personnes concernées**. Ainsi, pour le Dr Corinne Launay « *certain patients peuvent refuser de reconnaître leur troubles psychiatriques* », dont l'image est très dégradée dans la société. De la même manière, des pathologies chroniques encore considérées comme « dégradantes » peuvent nourrir une forme de refus de soin, comme le montre la situation de Georgi, décédé d'une absence de traitement au VIH.

Julien, 34 ans

Juillet 2022

Julien est décédé à 34 ans, après un parcours d'errance ayant commencé dès ses 17 ans avec sa mère, avant que quelques périodes d'incarcération et d'hébergements se succèdent.

Julien avait été très marqué par le décès de sa mère, et celui de sa sœur, décédée à la suite d'une hospitalisation, ce qui aurait constitué un grand traumatisme pour lui. Il aurait aussi eu une compagne et deux enfants.

Julien était asthmatique, et souffrait d'une pathologie cardiaque à un stade très avancé. Avant d'intégrer le CHU, Julien refusait les soins. Il était en rupture de traitement, du fait de la complexité de ce dernier et des effets secondaires associés. Il bénéficiait d'un suivi hospitalier au niveau cardiaque, mais ses tentatives de suivi en CSAPA pour ses addictions n'avaient pas tenu, malgré sa demande d'accompagnement. Il était régulièrement hospitalisé, mais repartait en rue dès qu'il allait mieux. Il avait exprimé à plusieurs reprises des idées noires, et exprimait une grande tristesse.

Les derniers mois avant son décès, son état s'était dégradé et avait nécessité plusieurs hospitalisations. Une mesure de protection judiciaire avait pu être mise en place. Julien avait intégré un CHU 2 ans avant son décès, et avait ensuite pu accéder à un LHSS. Il en avait d'ailleurs fugué rapidement après son intégration, mais l'avait réintégré peu de temps avant sa mort. Il est décédé à l'hôpital des suites de ses problèmes cardiaques.

RECITS DE 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

CONCLUSION

En conclusion, par ce chapitre, **le Collectif Les Morts de la Rue et Médecins du Monde partagent ici leurs inquiétudes d'une terrible réalité : les personnes sans chez soi, dont l'espérance de vie est estimée à 49 ans, éloignées de l'accès aux droits et aux soins et dont l'état de santé est dégradé, ont une espérance de vie bien plus basse que le reste de la population.**

Il est ainsi urgent d'agir face à ces situations humaines dramatiques, d'autant plus que la situation n'est pas nouvelle : pour rappel, le Collectif Les Morts de la Rue mène son action depuis 20 ans (2003-2023) et le programme « Pas de Santé Sans Toit » de Médecins du Monde fonctionne depuis 30 ans (1993-2023).

Le contexte est d'autant plus alarmant que, ces dernières années, plusieurs lois et engagements nationaux ont suscité de l'espoir pour mettre fin au sans chez soi, et n'ont finalement pas rempli leurs promesses. Ainsi, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, promulguée en 1998 et préparée avec les personnes concernées, devait permettre « un changement d'approche et d'échelle dans la mise en œuvre des politiques publiques » pour garantir à tou.te.s un plein accès aux droits : emploi, logement, santé, éducation, citoyenneté et culture.

Plus récemment, **la loi DALO (Droit Au Logement Opposable), promulguée en 2007, et le plan quinquennal pour le Logement d'Abord, mis en œuvre de 2017 à 2022, ont réaffirmé le droit fondamental à un logement pour l'ensemble de la population.**

Près de 30 ans plus tard, force est de constater que l'accès de tou.te.s à ces droits fondamentaux n'est toujours pas effectif alors que les situations de précarités autant sociales, qu'économiques ou sanitaires ne cessent de se démultiplier. Elles ne concernent pas seulement les marges de la population, mais son organisation sociale d'ensemble, et touchent aux fondements de notre société.

Dans la continuité de ce travail, **Médecins du Monde travaille actuellement sur une étude visant à creuser spécifiquement les besoins en santé des personnes à la rue**, en interrogeant directement une partie des 160 personnes suivies par le programme « Pas de Santé Sans Toit ». Cette enquête détaillée paraîtra courant 2024.

REFERENCES

1. OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Understanding and Tackling the Complex Challenges of Homelessness and Health ». Disponible sur: <https://www.oecd.org/housing/data/affordable-housing-database/>
2. Shinn M. Homelessness, Poverty and Social Exclusion in the United States and Europe. *European Journal of Homelessness* [Internet]. déc 2010; Disponible sur: <https://www.feantsaresearch.org/download/article-1-23498373030877943020.pdf>
3. Vandentorren S, Chauvin P. Health and Health Care for Homeless People in Various Contexts. *Int J Environ Res Public Health*. 10 mai 2018;15(5):948.
4. Wesley Mission. Perceptions of homelessness in Australia How to make our compassion count [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.wesleymission.org.au/wp-content/uploads/2021/09/Perceptions-of-Homelessness-Report.pdf>
5. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. janv 2018;391(10117):241-50.
6. Marpsat M, Yaouancq F. Avant-propos L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. : INSEE; 2016 p. 7-24. (Économie et statistiques). Report No.: 488-189.
7. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. juill 2013.
8. Fondation Abbé Pierre. L'État du mal logement en France 2023 [Internet]. Paris, France; 2023 Report No.: 28. In. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/28e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2023>
9. Charlemagne A, Courouve L., Bonte J. Étude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans chez soi. Étude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion social (ONPES). Cemka Eval; 2011 févr p. 82. Report No.: 2009-199.
10. Cha, O. La santé des sans chez soi. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 5 févr 2013;197(2):277-91. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/09/pages-de-277-292.pdf>
11. Organisation mondiale de la santé. CIM-11. 2022. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>.
12. FEANTSA. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion. 2007. Disponible sur: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>.
13. Vuillermoz C., Aouba A, Grout L, Vandentorren S., Tassin F., Vazifeh L. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. *BMC public health*. 7 juill 2014;14:690.
14. Fédération des acteurs de la solidarité. Barometre enfants à la rue. 2022; Disponible sur: <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2022/09/Barometre-2022-vf2.pdf>

15. Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 26 avr 2000;283(16):2152-7.
16. Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 13 avr 2004;170(8):1243-7.
17. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 4 août 2004;292(5):569-74.
18. Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2001;103(2):105-10.
19. Hwang SW, Lebow JM, Bierer MF, O'Connell JJ, Orav EJ, Brennan TA. Risk factors for death in homeless adults in Boston. *Arch Intern Med*. 13 juill 1998;158(13):1454-60.
20. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 12 juill 2003;327(7406):81.
21. Beijer U, Andreasson S, Agren G, Fugelstad A. Mortality and causes of death among homeless women and men in Stockholm. *Scand J Public Health*. mars 2011;39(2):121-7.
22. Hawke W, Davis M, Erlenbusch B. Dying without Dignity: Homeless Deaths in Los Angeles County: 2000 – 2007 [Internet]. Disponible sur: <https://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>
23. Hwang SW, Orav EJ, O'Connell JJ, Lebow JM, Brennan TA. Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann Intern Med*. 15 avr 1997;126(8):625-8.
24. Romaszko J, Cymes I, Dragańska E, Kuchta R, Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS One*. 2017;12(12):e0189938.
25. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):189-95.
26. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, Gissler M, Wahlbeck K, Eriksson JG. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. *J Epidemiol Community Health*. 24 juill 2017;jech-2017-209166.
27. Gambatese M, Marder D, Begier E, Gutkovich A, Mos R, Griffin A, et al. Programmatic impact of 5 years of mortality surveillance of New York City homeless populations. *Am J Public Health*. déc 2013;103 Suppl 2(Suppl 2):S193-198.
28. Arnaud A., Vandentorren S. Enquête HYTPEAC « HYgiène de la Tête aux Pieds: Ectoparasitoses et Affections Cutanées ». Observatoire du Samusocial de Paris; 2013 déc [Internet]. Disponible sur: https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/hytpeac_web_0.pdf
29. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de la Cohésion Sociale. Instruction interministérielle du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44119>
30. Calsyn RJ, Morse G. Homeless men and women: commonalities and a service gender gap. *Am J Community Psychol*. août 1990;18(4):597-608.
31. North CS, Smith EM. A comparison of homeless men and women: different populations, different needs. *Community Ment Health J*. oct 1993;29(5):423-31.

32. Fischer PJ, Breakey WR. The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol.* nov 1991;46(11):1115-28.
33. Tsai J, Rosenheck RA, Kane V. Homeless female U.S. veterans in a national supported housing program: comparison of individual characteristics and outcomes with male veterans. *Psychol Serv.* août 2014;11(3):309-16.
34. Zugazaga C. Stressful life event experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *J Community Psychol.* nov 2004;32(6):643-54.
35. Fries L, Fedock G, Kubiak SP. Role of Gender, Substance Use, and Serious Mental Illness in Anticipated Postjail Homelessness. *Soc Work Res.* 1 juin 2014;38(2):107-16.
36. Nyamathi AM, Leake B, Gelberg L. Sheltered versus nonsheltered homeless women differences in health, behavior, victimization, and utilization of care. *J Gen Intern Med.* août 2000;15(8):565-72.
37. Byrne T, Montgomery AE, Fargo JD. Unsheltered Homelessness Among Veterans: Correlates and Profiles. *Community Ment Health J.* févr 2016;52(2):148-57.
38. O'Connell JJ, Mattison S, Judge CM, Allen HJS, Koh HK. A public health approach to reducing morbidity and mortality among homeless people in Boston. *J Public Health Manag Pract JPHMP.* 2005;11(4):311-6.
39. Montgomery AE, Szymkowiak D, Marcus J, Howard P, Culhane DP. Homelessness, Unsheltered Status, and Risk Factors for Mortality: Findings From the 100 000 Homes Campaign. *Public Health Rep Wash DC* 1974. nov 2016;131(6):765-72.
40. CALGARY POINT-IN-TIME COUNT REPORT. 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.calgaryhomeless.com/wp-content/uploads/2023/01/CHF-PiT-Count-Report2022.pdf>
41. Tsai J, Kaspro WJ, Kane V, Rosenheck RA. National comparison of literally homeless male and female VA service users: entry characteristics, clinical needs, and service patterns. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2014;24(1):e29-35.
42. Jainchill N, Hawke J, Yagelka J. Gender, psychopathology, and patterns of homelessness among clients in shelter-based TCs. *Am J Drug Alcohol Abuse.* nov 2000;26(4):553-67.
43. Roncarati JS, Baggett TP, O'Connell JJ, Hwang SW, Cook EF, Krieger N, et al. Mortality Among Unsheltered Homeless Adults in Boston, Massachusetts, 2000-2009. *JAMA Intern Med.* 1 sept 2018;178(9):1242.
44. Roll CN, Toro PA, Ortola GL. Characteristics and experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *J Community Psychol.* mars 1999;27(2):189-98.
45. Kim MM, Ford JD, Howard DL, Bradford DW. Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health Soc Work.* févr 2010;35(1):39-48.
46. Tsai J, Rosenheck RA, Decker SE, Desai RA, Harpaz-Rotem I. Trauma experience among homeless female veterans: correlates and impact on housing, clinical, and psychosocial outcomes. *J Trauma Stress.* déc 2012;25(6):624-32.
47. Baker CK, Cook SL, Norris FH. Domestic Violence and Housing Problems: A Contextual Analysis of Women's Help-seeking, Received Informal Support, and Formal System Response. *Violence Women.* juill 2003;9(7):754-83.

48. Hamilton AB, Poza I, Washington DL. « Homelessness and trauma go hand-in-hand »: pathways to homelessness among women veterans. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2011;21(4 Suppl):S203-209.
49. Pavao J, Alvarez J, Baumrind N, Induni M, Kimerling R. Intimate partner violence and housing instability. *Am J Prev Med*. févr 2007;32(2):143-6.
50. Washington DL, Yano EM, McGuire J, Hines V, Lee M, Gelberg L. Risk factors for homelessness among women veterans. *J Health Care Poor Underserved*. févr 2010;21(1):82-91.
51. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Aube Linden I, Noel F, Krausz M. Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. juin 2014;28(2):443-52.
52. Atelier Parisien d'Urbanisme (2023). Les personnes sans chez soi à Paris, la nuit du 26 au 27. [Internet]. Disponible sur:
https://www.apur.org/sites/default/files/nuit_solidarite_2023_paris.pdf?token=46ACxPvB
53. Tribune de Médiapart (2023, octobre 17). *Interdiction des distributions alimentaires à Paris : nourrir l'errance et l'isolement*. Consulté à l'adresse : <https://blogs.mediapart.fr/les-invites-de-mediapart/blog/171023/interdiction-des-distributions-alimentaires-paris-nourrir-l-errance-et-l-isolement>
54. Boyer P. pour Slate (2023, juin 1). *Transfert de sans chez soi avant les JO 2024: qu'en pensent les premiers concernés ?* Consulté à l'adresse : <https://www.slate.fr/story/247604/jeux-olympiques-paris-2024-transfert-sans-chez-soi-deplaces-ile-de-france-regions-province-sdf-inquietude>
55. Santé Publique France. (s. d.). *Santé mentale et COVID-19*. Consulté à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
56. Laporte, A., & Chauvin, P. (2004). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Observatoire du Samu social. <https://inserm.hal.science/inserm-00471925>
57. Fondation Abbé Pierre. (s. d.-a). *27e rapport sur l'état du mal-logement en France 2022 | Fondation Abbé Pierre*. Consulté à l'adresse <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/27e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2022>
58. Coldefy, M., & Gandré, C. (2018). *Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée*. IRDES. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>
59. Molloy, R., Munro, I., & Pope, N. (s. d.). *Understanding the experience of diagnostic overshadowing ass... : JBI Evidence Synthesis*. Consulté à l'adresse https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2021/06000/Understanding_the_experience_of_diagnostic.7.aspx
60. Monnet B. pour Néon (2023, mai 24). Avant les Jeux Olympiques, le gouvernement souhaite transférer des sans chez soi hors de Paris. Consulté à l'adresse : <https://www.neonmag.fr/societe->

politique/avant-les-jeux-olympiques-le-gouvernement-souhaite-transférer-des-sans chez soi-hors-de-paris-560761

61. Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
62. Uniopss. (2023, septembre 22). *Rentrée sociale 2023-2024 - Il est temps que le quinquennat social commence !* Uniopss. <https://www.uniopss.asso.fr/actualites/rentree-sociale-2023-2024-il-est-temps-que-quinquennat-social-commence>
63. Direction générale de la Cohésion sociale Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)*. Direction générale de la Cohésion sociale Ministère des Solidarités et de la Santé. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_parcours_personnes_accueillies_lam_lhss_rapport_final.pdf
64. Gelberg, L., Gallagher, T. C., Andersen, R. M., & Koegel, P. (1997). Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 87(2), 217-220. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.2.217>
65. Défenseur des Droits (2023). *Éclairages - Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état*. Consulté à l'adresse : <https://www.defenseurdesdroits.fr/eclairages-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-complementaire-sante-solidaire-et-de>
66. Coulomb, L. (2022). Chapitre 4. Les interactions entre soignants et soignés sans domicile au prisme de leurs fragilités identitaires. In *Le soin des personnes sans domicile : Entre malentendus et négociations* (p. 121-146). Presses universitaires de Rennes. <http://books.openedition.org/pur/151080>
67. Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26(3), 5-34. <https://doi.org/10.1684/ss.2008.0301>

VIVRE
A LA RUE
TUE !

| L'étude complète DÉNOMBRER & DÉCRIRE se trouve sur le site
<http://www.mortsdelarue.org/spip.php?article320>

COLLECTIF
Les **MORTS**
de La **RUE**

<http://www.mortsdelarue.org>
<https://www.facebook.com/mortsdelarue>
5 rue Léon Giraud - Paris 75019
mortsdelarue@wanadoo.fr
Tél 01 42 45 08 01