

Mortalité des personnes sans-domicile 2012 | 2016

ENQUETE DENOMBRE & DECRIRE

Publié en novembre 2017



DEDICACE

Ce travail est dédié aux hommes et aux femmes « SDF » qui sont décrits dans cette étude

A leurs amis, leurs familles, aux associations qui se sont faites proches

A tous ceux qui vivent à la rue actuellement, et à ceux qui risquent d'y arriver, suite à des expulsions, des incidents de parcours, de soins, de migrations...

A tous les responsables des politiques publiques

A tous les citoyens, pour qu'ils sensibilisent leurs élus.

Table des matières

DEDICACE	Erreur ! Signet non défini.
Table des matières	4
AVERTISSEMENT A LA LECTURE	6
Ce qu'il faut retenir	8
RESUME	10
RECOMMANDATIONS	14
I. PREVENTION DES DECES DES PERSONNES « SDF ».....	14
a. Mesurer les besoins et résultats des politiques publiques	14
b. Prévenir de l'errance	14
c. Prévenir les décès des personnes « SDF »	15
d. Signalements des décès des « SDF »	16
II. AMELIORER L'ETUDE DE LA MORTALITE DES PERSONNES «SDF»	17
A. Animation du réseau France entière	17
B. Croisement avec des bases de données de partenaires	18
C. Perspectives d'études à mener.....	20
ZOOM	22
Suicide chez les personnes « SDF »	22
Famille	27
Hébergement et logement	31
Enquête Dénumérer et Décrire : Résultats	35
1. INTRODUCTION	36
2. OBJECTIFS	37
2.1. Objectifs principaux	37
2.2. Objectifs spécifiques	37
3. METHODE	38
4. RESULTATS	42
4.1. Nombre de décès survenus en France en 2016	42
4.1.1. Nombre de décès signalés au CMDR en 2016 et évolution par rapport aux années précédentes.....	43
4.1.2. Nombre estimé de décès en France	44
4.2. Démographie	46
4.2.1. Genre	46
4.2.2. Age	47
4.2.3. Nationalité	53
4.3. Données sur le temps d'errance et l'hébergement.....	58
4.3.1. Temps passé en situation de rue	58
4.3.2. Derniers lieux de vie	59
4.4. Lieu de décès	61
4.4.1. Région de décès.....	61
4.4.2. Communes.....	63
4.4.3. Lieu où le décès a été constaté	65
4.5. Autour du décès.....	68
4.5.1. Mois de décès	68
4.5.2. Etat du corps et identification.....	72
4.5.3. Analyse médico-légale	74
4.5.4. Causes de décès	75
4.6. Troubles mentaux et addictions.....	83
4.6.1. Troubles mentaux	83
4.6.2. Addictions	85
4.7. Données sur le contexte social et administratif	87

4.7.1.	Situation administrative.....	88
4.7.2.	Enfance, famille et liens sociaux.....	90
4.7.3.	Ruptures et passage en errance.....	92
5.	DISCUSSION.....	94
5.1.	Limitations.....	94
5.2.	Amélioration de l'étude.....	96
5.2.1.	Nombre de décès recensés et exhaustivité.....	96
5.2.2.	Qualité des données.....	97
6.	CONCLUSION GENERALE.....	100
ANNEXES.....		103
Annexe 1 : Références.....		103
Annexe 2 : Equipe en charge du projet et remerciements.....		106
Annexe 3 : Abréviations.....		108
Annexe 4 : Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) : présentation.....		109
Annexe 5 : Contexte.....		111
1.1.	Personnes Sans Domicile.....	111
1.1.1.	Définition.....	111
1.1.2.	Recensement des personnes « SDF » en France.....	113
1.1.3.	Mortalité des personnes sans domicile.....	114
1.2.	Les financements de l'étude Dénombrer et Décrire.....	118
Annexe 6 : Méthode.....		119
1.1.	Dénombrer : méthode et outils.....	119
1.1.1.	Période d'Etude.....	119
1.1.2.	Zone d'étude.....	119
1.1.3.	Population étudiée.....	119
1.1.4.	Sources de signalement des décès.....	121
1.1.5.	Amélioration de l'exhaustivité.....	122
1.2.	Décrire : méthode et outils.....	124
1.2.1.	Recueil de données.....	124
1.2.2.	Saisie des données.....	127
1.2.3.	Analyse des données.....	128
1.2.4.	Aspects éthiques.....	129
1.3.	Mise en œuvre et faisabilité de l'enquête.....	130
1.3.1.	Traitement des dossiers 2014-2016.....	130
1.3.2.	Nombre de contacts et réponse au questionnaire.....	131
1.3.3.	Complétude des données depuis 2012.....	132
1.4.	Signalements des décès.....	138
Annexe 7 : Liste des associations membres du conseil d'administration ou adhérentes au Collectif Les Morts de la Rue (12 juillet 2017).....		142
Annexe 8 : Article de presse sur les chiffres des décès publiés par le CMDR en décembre 2016.....		144
Annexe 9 : Article de presse sur l'hommage aux Morts de la rue en 2016, le 21 mars 2017.....		147
Annexe 10 : Questionnaire standardisé utilisé pour le recueil de données sur les personnes décédées.....		148

AVERTISSEMENT A LA LECTURE

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

1. Notre recensement n'est pas exhaustif.

Il est difficile d'estimer le nombre réel de personnes à la rue décédées. Cette enquête porte sur les cas signalés au Collectif Les Morts de la Rue. Cependant, le travail d'appariement avec le CepiDc en 2013 permet d'estimer **le nombre** de décès total de personnes « SDF » à partir du nombre de décès signalés au Collectif Les Morts de la Rue¹. **Le nombre réel de décès pour 2016 pourrait être 2838**, avec un large intervalle de confiance compris **entre 1489 et 4258**.

Les personnes décédées qui ne nous ont pas été signalées ont peut-être des parcours de vie très différents des personnes dont nous avons appris le décès.

➔ **Nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes « sans domicile fixe » décédées.**

2. Nous n'avons pas pu recueillir l'intégralité des données pour les personnes recensées, beaucoup de données sont donc manquantes.

Il est probable que les données manquantes ne soient **pas aléatoires**, c'est-à-dire que ce n'est pas un hasard si nous n'avons pas l'information (situation trop dure dont la personne n'a pas voulu parler de son vivant, ou à l'inverse situation « normale » qui n'a pas marqué les tiers auxquels nous avons posé les questions).

➔ **Les pourcentages sont calculés sur l'intégralité des personnes recensées, quel que soit le nombre de données manquantes. Il s'agit donc de minimum pour chacune des modalités et il est difficile de prévoir la signification des données manquantes.**

Nous tenions à cet avertissement à la lecture pour deux raisons :

¹ Ce travail effectué en 2013 a porté sur l'appariement des décès entre 2008 et 2010, et a permis d'estimer des coefficients d'exhaustivité. Cet appariement n'a pas été reconduit depuis. Le nombre réel des décès de 2015 est tiré de ces coefficients calculés pour les années 2008-2010, appliqués aux données de 2015.

1. Il est important d'avoir ces limites en tête au moment de la lecture de ce rapport afin de ne pas sur-interpréter les résultats et de faire attention si les chiffres présentés ci-après devaient être utilisés hors de ce contexte.

2. Il est possible de diminuer ces limites en améliorant l'exhaustivité du recensement et la complétude du recueil de données.

Pour cela, il est nécessaire que les personnes disposant de l'information soient sensibilisées au projet Dénombrer et Décrire et nous signalent les décès, ce qui nous aidera à compléter notre recueil de données. Nous espérons que ce rapport emportera leur adhésion.

Ce qu'il faut retenir

2016 marque les 5 ans de l'étude Dénombrer et Décrire, dont l'analyse a porté sur les données consolidées sur ces **5 années, soit 2764 personnes, dont 2369 « SDF » et 395 « Anciennement « SDF »**.

499 décès de personnes « SDF » ont été signalés en 2016.

Nombre de décès

- On note **une progression des signalements des décès depuis 2012**, avec une stabilisation autour de **500 décès par an depuis 2014**.
- Il y aurait eu réellement **13 371 décès de personnes « SDF » entre 2012 et 2016** (Sur la base de l'appariement effectué pour les données 2008-2010). **Seulement 2369**, soit 18%, ont été signalés au CMDR.

Démographie

- L'âge moyen national au moment du décès est resté stable **autour de 49 ans** les trois dernières années. L'âge moyen de décès **est plus élevé en IdF (53 ans), mais est en baisse continue depuis 2012 (4 ans de perdus)**. **En Régions il est plus faible que la moyenne nationale (48 ans) et stable depuis 2012**.
- Les personnes **anciennement « SDF » vivent de plus en plus longtemps (62 ans)**. Elles gagnent en moyenne entre 2012 et 2016, **11 ans de vie** par rapport à la moyenne d'âge au décès des personnes « SDF ».
- Les **femmes « SDF » (9,2% des décès entre 2012 et 2016) meurent plus jeunes** que les hommes (46,3 ans contre 49,9 ans pour les hommes)
- Les **migrants de Calais sont visibles dans les statistiques**, leur moyenne d'âge au décès (26 ans) fait baisser l'âge moyen en Région Hauts-de-France. Leurs causes de décès sont également différentes dues à la **forte fréquence des accidents sur la voie publique**.

La proportion de personnes « SDF » d'origine étrangère décédées est en augmentation (**20% en 2012, 40% en 2016**), comme parmi la population « SDF » vivante.

Vie à la rue : temps et lieux

- Les personnes « SDF » ont passé **en moyenne 10,3 ans à la rue** avant de décéder. Cette durée est constante depuis 2014.
- **Un tiers des personnes « SDF » décédées a vécu ses derniers moments dans des lieux non prévus pour l'habitation (voie publique, abri, squat)**
- La proportion de personnes hébergées en lieux de soins a augmenté (**moins de 5% en 2012, plus de 20% en 2016**) : **meilleure prise en charge ?**

Lieux et causes de décès

- Pour les personnes « SDF » décédées en Ile-de-France (IdF) , on remarque une **augmentation des signalements des décès dans des lieux non prévus pour l'habitation** (rue, abri, campement, tente...) entre 2012 et 2016
- La moitié des causes de décès est toujours inconnue, les **causes externes (agression, accident) sont plus fréquentes en Régions (32%)** qu'en Ile-de-France (22%) où les personnes décèdent davantage de maladie (31%), selon une tendance stable sur 2012-2016.

Paris

- On note une **augmentation de 25% des signalements de décès entre 2015 et 2016** à Paris : hausse réelle ou effet réseau ?
- En 2016, **45% des décès signalés pour la ville de Paris seraient passés par l'IML de Paris** : cette proportion est en augmentation, et serait un bon argument pour une collaboration avec l'Institut médico-légal (IML)
- **Hausse des suicides à Paris en 2016 : 10 suicides** ont été appris pour la seule année 2016 contre 9 pour l'ensemble des 4 années 2012 à 2015 (environ 2 par an)
- **En moyenne 3 décès par an seulement sont relayés par les médias à Paris, alors que la population SDF est concentrée en IdF (45% des décès)**, et que 616 décès ont été signalés en IdF en 5 ans : manque d'engagement et de visibilité des médias ?

Cette année une attention particulière a été portée sur 3 thèmes, qui sont repris dans la partie « ZOOM » :

- Les suicides
- La famille
- L'accès à l'hébergement.

RESUME

CONTEXTE

Le rapport de l'INSEE de 2012 sur les personnes sans-domicile a recensé 141 500 personnes sans domicile en France auxquelles s'ajoutent d'autres personnes non incluses dans ce recensement, notamment les 15 à 20.000 personnes en bidonvilles répertoriées par la DIHAL; soit au total une population concernée d'au moins 161 000 personnes. Depuis 2012, le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) conduit une étude « Dénombrer et Décrire » visant à recenser les décès des personnes « Sans Domicile » et à décrire leurs parcours de vie, leur état de santé et les causes de leur décès. Cette étude scientifique succède à un recueil empirique mis en place depuis 2002. Le Collectif Les Morts de la Rue s'appuie sur un réseau sans cesse grandissant d'associations, d'institutions, de particuliers, ainsi que sur les signalements des médias pour recenser les décès en France. 2016 marque la 5^e année de l'étude scientifique.

OBJECTIFS

Les objectifs principaux de ce travail sont de dénombrer les décès de personnes « SDF » en France entre 2012 et 2016, de **décrire** le parcours des personnes étant ou ayant été « SDF » décédées en France durant cette période et de **mesurer** les évolutions ou les constantes.

METHODES

Une **étude rétrospective** des décès de personnes « SDF » et anciennement « SDF » survenus en 2016 en France et signalés au CMDR est menée tout au long de l'année par les bénévoles du CMDR ; il s'agit de recueillir les informations **à titre posthume, auprès de tiers** ayant connu les défunts.

Différentes actions ont été entreprises pour recenser les décès : animation du réseau, organisation de formations, communication et rapprochement avec des partenaires ciblés, veille active dans les médias et les réseaux sociaux ...

Afin de recueillir les données de vie des personnes (parcours, santé, démarches, suivi social...), un **recueil rétrospectif** des données collectées par les bénévoles et salariés du CMDR a été réalisé à l'aide d'un **questionnaire standardisé**. Une analyse descriptive des données a été réalisée pour les 5 années 2012-2016. Les personnes sont réparties selon leur statut vis-à-vis du logement :

Personne « SDF » = <u>ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</u> :			PERSONNE « ANCIENNEMENT SANS DOMICILE » = n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne « SDF ».
- Dans un lieu non prévu pour l'habitation	- Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation	Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias	
- Dans un centre d'hébergement d'urgence	- Dans un logement squatté	= « PROBABLEMENT SANS DOMICILE »	
- Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence	- Dans le logement d'un tiers		
= « EN SITUATION DE RUE »	- Dans un hôtel (hors situation pérenne)		
	= « HEBERGE »		

RESULTATS

Recensement des décès

Au total, **615 décès** survenus en 2016 ont été transmis au CMDR. Parmi eux, **499 personnes étaient « SDF »** et 116 anciennement « SDF ». **2369 décès de personnes « SDF » ont été signalés depuis 2012.**

D'après une étude menée en collaboration avec l'Inserm-CepiDc en 2013 nous pourrions estimer **le nombre total des décès de personnes « SDF » en France entre 2012 et 2016 à 13371** (entre 6980 et 20056).

Description des personnes décédées

Des résultats partiels

La description qui suit porte sur les décès qui sont signalés au CMDR. Au vu de la faible exhaustivité (environ 17%) et de la part importante des données manquantes, **ces résultats ne peuvent pas être extrapolés** à l'ensemble des décès de personnes « SDF » survenus en France et doivent être interprétés avec précaution.

Signalement des décès

Les sources de signalement des décès diffèrent selon les régions :

En Ile-de-France, ce sont les associations, les partenaires institutionnels, les hôpitaux ; dans les autres régions, ce sont les Collectifs régionaux et les médias. Une différence est notable pour la région Ile-de-France, avec davantage de particuliers signalant des décès.

Données Démographiques

Entre 2012 et 2016 :

- 9% de femmes
- 35 enfants âgés de moins de 15 ans

Age moyen au décès entre 2012 et 2016 :

- « SDF » : 52,7 ans en IdF (en baisse) et 47,5 ans en province (stable), 49,7 ans en moyenne
- Inférieur de près de 30 ans à l'âge moyen au décès des hommes en France : 78,9 ans en 2015
- Plus élevé chez les personnes anciennement « SDF » : 62 ans
- La proportion de décès de personnes étrangères augmente, avec près de 40% en 2016, contre 21% en 2012. Les Polonais, Roumains et Algériens sont les nationalités les plus présentes.

Données sur le décès

- Mois de la majorité des décès : Octobre, Janvier
- Majoration de décès en hiver, comme en population générale
- Augmentation de la proportion de corps retrouvés tardivement en 2016 : 3.1%, en majorité dans les lieux non prévus pour l'habitation, contre 1,6% en 2012
- Parmi les décès de personnes en situation de rue, une augmentation de décès sur la voie publique
- Causes de décès :
 - Près de la moitié des causes de décès ne sont pas connues
 - Parmi les causes connues : en Régions, une majorité de décès par cause externe, 32% (accident, agression) ; en IdF, une majorité de décès par maladie, 31%

Paris, en 2016 :

- Augmentation des décès subissant un examen médico-légal : 67 contre une moyenne de 38 par an entre 2012 et 2016
- Augmentation des suicides : 10 contre une moyenne de 2 par an entre 2012 et 2016

Situation administrative

Précaution de lecture :

La complétude des variables concernant le contexte social reste faible. **Les pourcentages donnés tiennent compte des données manquantes et représentent donc un minimum pour les personnes dont on nous a signalé le décès.** L'interprétation de ces données nécessite une grande prudence.

Exemple : 32% bénéficiaient d'une couverture maladie, 3% n'en avaient pas. Pour les 65% restants, l'information est inconnue.

- Augmentation de la proportion de personnes en situation irrégulière en 2016, à 10,6%
- La majorité des domiciliations administratives connues (18,4%) sont tenues par des associations
- Augmentation des bénéficiaires de l'AME (8,3%) en 2016 contre 4,4% entre 2014 et 2015
- Augmentation de la proportion de personnes sans aucune ressource (10,9%) en 2016 (contre 5,8% en 2014-2015)
- Augmentation de la proportion de personnes refusant toute aide (10,3%) dans les démarches en 2016 contre 6,8% en 2014-2015 et des personnes sans suivi social (8,2% en 2016) contre 5,2% entre 2014-2015

Enfance, famille entre 2012 et 2016

- 26% des personnes ont des enfants
- 14% ont été mariées
- 29% ont des frères et sœurs
- 11% ont communiqué une fois dans l'année avec leur famille
- 7,5% ont rencontré des membres de leur famille au cours de l'année
- 59% des personnes ont été décrites avec des liens sociaux

Ruptures entre 2012 et 2016

Les ruptures les plus fréquemment signalées au cours de la vie sont :

- Immigration (30%)
- Addiction alcool (24,3%)
- Divorce/séparation conjugale (16%)
- Rupture familiale : 13%
- Maladie : 12,3%
- Deuil d'un proche : 9,4%

Récit de vie

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

Nabidullah a 14 ans. Il vient d'Afghanistan et rêve de rejoindre son oncle en Grande-Bretagne.

Nabidullah vit depuis six mois à Calais, dans le grand bidonville qu'on appelle « La Jungle », avec des amis et des connaissances, dans le quartier afghan du campement. Il est le seul de sa famille à avoir traversé et il communique régulièrement avec son oncle et sa tante qui vivent en Grande-Bretagne. Ceux-ci sont très inquiets de savoir leur jeune neveu seul, dans cette jungle. Les décès et violences, à la une dans les médias, ne sont pas pour les rassurer. Mais Nabidullah ne veut pas bénéficier de la protection de mineur isolé en France, il veut passer les rejoindre.

En tentant le passage avec un groupe de compatriotes, il est fauché par un camion qui ne s'est pas arrêté. D'autres membres du groupe sont aussi percutés et blessés. Nabidullah est mort peu après l'accident, à son arrivée à l'hôpital.

Identifié par ses amis, qui ont pu contacter la famille en Grande Bretagne et en Afghanistan, un hommage lui a été rendu dans le campement. Et sa famille et les associations ont pu faire rapatrier son corps en Afghanistan.

RECOMMANDATIONS

I. PREVENTION DES DECES DES PERSONNES « SDF »

a. Mesurer les besoins et résultats des politiques publiques

- **Recenser les populations « SDF »** de la manière la plus exhaustive possible, inclure les personnes vivant en bidonville, les personnes migrantes en errance,
- **Rendre disponibles ces données** pour une meilleure gouvernance,
- **Mesurer les effets des politiques publiques** : suivi et évaluation des projets et de la réinsertion à l'aide d'indicateurs (inclusion sociale).

Cela doit aussi permettre **d'adapter plus vite les moyens déployés face à l'évolution des situations et des publics**. Par exemple, les hébergements d'urgence sont conçus pour des hommes seuls, alors que les familles sont devenues très nombreuses. Les dispositifs restants sont encore très inadaptés.

b. Prévenir de l'errance

Les personnes « SDF » ont souvent un parcours familial compliqué avec, dans l'enfance, des placements en foyers ou en famille d'accueil. **La majorité légale marquant la fin de la prise en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance, ce moment est clé pour favoriser l'insertion, éviter une rupture de droits ou de logement et un passage en errance.**

Les projets « un chez soi d'abord », ont montré leur impact dans d'autres pays, notamment pour les personnes atteintes de problèmes psychiatriques. Leur dynamique doit s'accompagner d'un réel accompagnement au moment de l'intégration d'un logement pour, là encore, éviter les ruptures pouvant fragiliser les personnes.

Il serait intéressant d'élargir ce projet « un chez soi d'abord » pour toutes les personnes « SDF » et pas uniquement pour celles qui ont des problèmes psychiques.

Les personnes « SDF » sont moins de 200 000 sur le territoire français. Mais pour certaines, la sortie de rue demande un accompagnement au long cours, une persévérance dans le suivi. **Les moyens financiers, administratifs et logistiques mis à la disposition des travailleurs sociaux doivent permettre cet accompagnement au rythme des personnes, en prenant en compte le temps :**

- **Il faut à la fois agir vite**, notamment pour ceux qui arrivent de manière récente à la rue, tels que : les migrants qui arrivent avec un fort dynamisme et qu'on ne doit pas laisser

« s'enkyster » dans le bitume ; les jeunes en fin de prise en charge ASE, les familles nouvellement expulsées d'un logement ; les libérés de détention, etc.

- **En même temps, il faut *prendre le temps* !** Le temps à la rue compte double, triple ou plus. Pour en sortir, il faut beaucoup de temps et des parcours souvent sinueux, en montagnes russes, avec des hauts et des bas ; il faut savoir accompagner les personnes avec bienveillance à travers les accès aux droits et retombées à la rue qui font partie du cheminement vers l'autonomie.

Le parc immobilier social, et son intégration dans un tissu urbain, est primordial pour favoriser l'accès au logement des personnes précaires :

- **Développer les logements très sociaux**, afin que les personnes stabilisées passent dans le parc immobilier ordinaire et n'engorgent pas les structures de stabilisation.
- **Sensibiliser les réseaux de quartiers et les riverains** pour que les installations de pensions de familles et logements très sociaux dans leurs quartiers soient acceptables.

c. Prévenir les décès des personnes « SDF »

- **Familles avec enfants**

Une attention particulière pour les familles avec des enfants, en campement ou en hôtel payé par le 115, notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale des femmes et enfants, l'amélioration du confort de vie et de la prévention matérielle des accidents sur les lieux d'hébergement (risque de chute, noyade, etc.) :

- **Sécurité** : fenêtres, entourage des hôtels, sécurisation des alentours des bidonvilles pour éviter les accidents domestiques ou de la route
- **Suivi médical** : stabilisation, notamment pour les personnes habitant en bidonville, pour favoriser l'insertion dans un parcours préventif pour la mère pendant la grossesse et en PMI pour l'enfant. Accompagner les parents dans les démarches préventives.

- **Accompagnement**

L'accompagnement est parfois long et difficile à mettre en place, avec une mise en confiance et une construction d'un lien fragile. Ce lien est un repère pour les personnes qui ont subi de nombreuses ruptures, il faut le protéger, tout en rendant la personne autonome :

- **Éviter les ruptures d'accompagnement entre les différentes modalités de soins et d'hébergement** : cures, de postcures, hébergement, logement...
- **Être particulièrement attentif dans les périodes précédant un changement d'hébergement**, même positif, et les semaines, voire les mois ou les années pour les plus fragiles, qui suivent afin de les accompagner au mieux dans la réadaptation à un mode de vie oublié parfois depuis longtemps. Il ne faut pas que l'accès à un logement

signifie l'arrêt d'un accompagnement, la coupure d'un lien établi avec des travailleurs sociaux. L'accès au logement entraîne souvent la rupture avec un entourage de la rue et, dans beaucoup de cas, amène un isolement supplémentaire à celui vécu à la rue, risquant d'aggraver des conditions physiques et mentales déjà souvent faibles et pouvant amener des facteurs de risques de décès supplémentaires.

- **Suicides**

Les personnes « SDF » souffrant de troubles psychiatriques sont une population fortement à risque selon l'étude Danoise menée à Copenhague, il serait pertinent de mettre des mesures en place pour prévenir les ruptures d'accompagnement spécifique à ce public. Les addictions, les troubles de dépendance aux stupéfiants et les troubles psychiatriques, particulièrement pour le spectre schizophrène, sont des facteurs de risques identifiés du suicide. Quelles sont les mesures spécifiques de l'accompagnement social qui existent ? Sont-elles appliquées ? Lesquelles pourraient être imaginées ? Comment mieux intégrer la prévention du suicide dans les pratiques des accompagnements de ces publics ?

d. Signalements des décès des « SDF »

Après 5 ans de signalements dépendant d'un réseau associatif flottant : **créer un plan d'action multipartenaires pour un réel réseau de signalement, au moins au niveau municipal à Paris, en collaboration avec l'IML et la Police (BRDP, BAPSA), dépendant du Ministère de l'Intérieur, l'Inserm-CépiDC, le Samu Social, les centres d'hébergement, la coordination des maraudes, la RATP, les hôpitaux**, pour mieux connaître le nombre de décès et les causes (notamment suicides et décès sur la voie publique), comme dans les villes américaines de Toronto [1], New York [2] et Denver [3]. Il faudra évidemment impliquer les personnes « SDF » elles-mêmes dans ce projet. La méthode de revue serait systématique et multidisciplinaire

Comment **améliorer l'information sur la cause de décès avec les institutions hospitalières** (notamment en Province) sans lever le secret médical et en préservant la dignité des personnes ?

Une pratique de revue systématique des décès de « SDF » a été effectuée à Indianapolis [4], rassemblant les acteurs médicaux, municipaux et associatifs autour de la question des décès. Cette pratique, empruntée à la médecine (néonatale ou au suivi des patients tuberculeux), appliquée à **des circonstances de décès particulières (suicides, décès hivernaux sur la voie publique remontés par le COGIS)** pourrait permettre une revue de la situation des personnes et des recommandations pour les pratiques de chaque professionnel impliqué dans l'accompagnement des personnes : travailleurs sociaux, médecins, hébergement... Reste à désigner une échelle pour cette initiative : municipale ? Départementale ? Et une tutelle : mairie ? SIAO ? Fédération des Acteurs de la Solidarité ?

Hausse des suicides à Paris : réunion des acteurs pour alerter et comprendre la tendance, revue des décès ?

Les institutions d'accompagnement social, ainsi que le 115, utilisent des logiciels de suivi des personnes. **Il serait pertinent d'harmoniser l'intégration de l'indication des décès afin de faciliter les signalements.** Un dialogue des institutions avec les prestataires techniques pour ces logiciels serait nécessaire pour intégrer cette information capitale dans la clôture d'un dossier et faciliter son traitement et son analyse.

II. AMELIORER L'ETUDE DE LA MORTALITE DES PERSONNES «SDF»

Après 5 ans, l'étude « Dénombrer et Décrire » permet de mettre en lumière de nombreux aspects des décès de personnes « SDF », avec des limitations, mais aussi avec des perspectives de partenariats, d'études et de changements de perspective. Une visibilité financière de 3 ans offre de solides perspectives d'avenir.

A. Animation du réseau France entière

La phase de rappel systématique de l'entourage a concerné la France entière comme les années précédentes. La complétude reste plus basse en Province qu'en IdF : des efforts doivent donc encore être faits pour l'améliorer.

1. Harmonisation du recueil de données dans les collectifs régionaux

Une part importante des décès survenus en province (32%) est signalée par les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue et/ou isolés. Le type de données transmises par ces collectifs est très variable d'un collectif à l'autre (*a minima* le sexe et l'âge des personnes décédées). Une réflexion a débuté dès 2012 avec certains collectifs (Toulouse, Angers) afin de mieux comprendre leur organisation et leur fonctionnement, de lister les données en leur possession et de déterminer de quelle manière chacun de ces collectifs souhaite s'impliquer dans ce projet. Cette réflexion avait déjà porté ses fruits en 2013 et 2014, avec des collectifs transmettant leurs informations de manière plus systématique et plus structurée (notamment Lille, Lyon, Marseille Grenoble, Strasbourg), et transmettant également des contacts à appeler pour remplir le questionnaire. Toutefois, aucun collectif n'est en mesure de remplir les questionnaires, ce travail étant trop lourd pour les bénévoles et ne faisant pas partie de leurs objectifs prioritaires.

2. Travail auprès des directions générales des associations présentes en France entière et des fédérations d'associations

Pour favoriser la diffusion d'informations sur ce projet il serait important de s'appuyer sur des fédérations : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs

Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) ou Fédération Nationale des Samu Sociaux, de l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale).

Une rencontre, au cours de l'année 2016 avec des acteurs régionaux de la Fédération des Acteurs de Solidarité (FAS, anciennement FNARS), a permis une sensibilisation des acteurs sur le contenu de l'étude, une diffusion des outils de signalement et une prise de contact prometteuse pour la suite.

Une convention a été signée avec le Secours Catholique en 2016 et la Fondation Abbé-Pierre soutient l'étude, pour une collaboration concernant notamment le signalement des décès. Ces institutions étant nationalement implantées, nous espérons une bonne amélioration de l'exhaustivité grâce à l'étendue de leurs réseaux.

La collaboration avec les services sociaux des hôpitaux est déjà féconde. Son amplification permettrait une meilleure remontée des informations.

Après 5 ans de travail conjoint et de signalements par les partenaires et les associations, il faudrait institutionnaliser davantage le système de signalement des décès, grâce à un soutien officiel du ministère de tutelle et une coordination des acteurs. Ce travail représente beaucoup d'énergie et de coordination régionale, mais aurait du sens dans la continuité de l'étude et la prise en main institutionnelle du sujet.

3. Recherche active de décès : ciblage des communes et régions

Entre 2012 et 2016, une analyse de la répartition par commune et par région des décès, en rapport avec la population, a permis de mettre en évidence des probables sous notifications dans certaines communes de plus de 100 000 habitants : **Brest, Dijon, Le Havre, Limoges, Nîmes, Reims, Tours**, et certaines régions : **Languedoc-Roussillon, Bourgogne**. Ces « zones blanches » **doivent être étudiées**. Pour cela, il faudrait identifier des sources afin de lancer un processus de recherche active *via* les acteurs sociaux (hébergement, accueil de jour) et les institutions (CCAS, SAIO, 115).

B. Croisement avec des bases de données de partenaires

Le recueil de données du CMDR est un recueil de données rétrospectif, posthume, basé sur les déclarations de tiers, qui, la plupart du temps, ne sont pas des professionnels de la santé. Les causes de décès, soumises au secret médical, sont connues seulement pour la moitié des décès signalés au CMDR. **L'accès aux causes de décès, l'identification des causes spécifiques aux populations « SDF », implique un partenariat avec l'institution responsable du sujet en France, l'Inserm CépiDC.**

Récit de vie

Paul a une enfance chaotique dès sa naissance, écartelé entre sa mère, son père, et ses grands-parents qui, tour à tour, veulent l'élever puis le rejettent. Il arrête l'école très tôt et sa toxicomanie commence à l'adolescence.

Son parcours de logement est discontinu, entre hébergement familial, rue, squats, appartements thérapeutiques, et hospitalisations en hôpital psychiatrique, souvent sous contrainte à la demande de tiers.

Sans domicile depuis 10 ans, il vit de ville en ville, entre jardins publics, chambres d'hôtels quand la « manche » marche bien et hébergement d'urgence quand il fait trop froid. Il aime jouer de la musique et a joué en public dans des maisons de la culture.

Paul vit depuis quelques semaines seulement dans cette petite commune du centre de la France. Il y est retrouvé mort dans un local mis à sa disposition par le centre communal d'action sociale.

Paul, 26 ans, est mort d'une overdose, sans qu'on sache s'il s'agit d'un accident ou d'un suicide.

A sa mort, sa famille s'occupe des funérailles. Sa maman nous contacte pour nous parler de lui et nous raconter son histoire.

Un travail a déjà eu lieu en 2013. Le croisement de ces deux bases de données permet d'estimer le nombre total de décès de personnes « SDF » survenant sur le territoire français et de décrire les causes de leurs décès. Ce croisement devrait être reconduit courant 2017 pour les années 2012-2015.

Le croisement des données du CMDR avec celles du **Samu social de Paris** a partiellement eu lieu en 2014. Le Samu social de Paris recueille des données sociodémographiques sur les appelants au 115 pour un hébergement d'urgence et note le motif et l'issue de l'appel. Ce recueil est aussi basé sur du déclaratif mais est réalisé de façon prospective auprès de la personne elle-même ou du responsable du ménage. La compilation de ces deux bases de données permettra aussi **d'améliorer l'exhaustivité du recensement des décès à Paris.**

Le recueil des décès au cours de la trêve hivernale par les institutions civiles, et transmis au ministère (COGIC et DGCS), représente une base de données non négligeable. Un étayement de la base de données du CMDR avec ces informations contribuerait à l'exhaustivité de l'information. **Depuis 5 ans, et malgré des relances, ces décès n'ont pas été rapportés au CMDR.** Il serait urgent de réfléchir à un partage d'information et un système mutualisé de signalement afin que ce circuit d'information institutionnalisé puisse bénéficier à l'exhaustivité de l'étude Dénombrer et Décrire.

C. Perspectives d'études à mener

L'analyse des données du CMDR permet de décrire les personnes « SDF » ou anciennement « SDF » dont le décès lui a été signalé. Cette description permet d'émettre des hypothèses quant à de potentiels facteurs de risque de mortalité dans cette population. Toutefois, pour vérifier ces hypothèses, il conviendrait de mener une étude au sein de la population des personnes « SDF » ou anciennement « SDF » en comparant les personnes décédées et les personnes en vie. **Un suivi de cohorte tel qu'il a été effectué au Danemark [5] serait une solution idéale pour confirmer certaines tendances (âge, causes de décès) et approfondir l'étude des facteurs de risque de décès dans cette population.** Toutefois, ce travail ne pourra pas être mené par le CMDR : il faudra donc réfléchir à des partenariats avec des universités et/ou des centres d'études sur le sujet, possédant les ressources adéquates.

De plus, afin de définir si les caractéristiques décrites dans ce rapport sont propres aux personnes « SDF » ou sont communes aux personnes en situation de pauvreté, il apparaîtrait intéressant de mener une étude comparant **les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des personnes « SDF » avec celles de personnes logées mais appartenant au cinquième percentile de la population générale française en terme de pauvreté (5% de personnes les plus pauvres).** Les études de cohorte menées récemment en Ecosse [6] ou aux Pays-Bas [7]

montrent que ce type d'études peut être mené à bien et qu'elles apportent des éléments forts comme l'estimation du taux de mortalité et de l'espérance de vie ou encore la part de l'absence de logement personnel dans la surmortalité.

Le travail sur les **taux de mortalité globaux et prématurés en comparaison avec la population générale, après ajustement sur l'âge et le sexe**, permettra d'établir une réelle comparaison des taux de mortalité entre la population des sans domicile et la population générale. Ce type d'étude n'a encore jamais été conduit en France. Une reprise de contact avec des partenaires universitaires potentiellement intéressés par ce type d'étude serait pertinente ; mais il reste la question de la faisabilité et du financement.

Un travail comparable à celui mené en 2013 avec le CepiDC sur les causes de décès, voire les parcours de soins, permettra de mieux connaître les pathologies, les recours aux soins et le parcours entre la ville, l'hôpital, les soins de suite, etc.

Suicide chez les personnes « SDF »

La plupart des suicides sont des actes volontaires, sans ambiguïté. Mais certains décès peuvent poser la question de l'intentionnalité : avec d'un côté les conduites à risque ou équivalents suicidaires (prise de toxiques par exemple) et de l'autre des décès d'apparence accidentelle, mais dont nous ne connaissons pas l'intention (noyades, chutes). Notre définition du suicide est ici restreinte aux cas avérés.

Données existantes sur le suicide chez les personnes « SDF »

Au Danemark, une étude de cohorte auprès de plus de 32 000 personnes « SDF » [5] a identifié des taux de suicide (174/100 000) plus élevés qu'en population générale (11/100 000). Un lien est retrouvé avec des facteurs de risque : schizophrénie, addictions aux substances illicites et à l'alcool, antécédents d'hospitalisation psychiatrique, passages aux urgences hospitalières. Les personnes originaires de pays avec un PIB faible et moyen ont moins de risque de se suicider ; les femmes avec des antécédents psychiatriques ont été identifiées comme des groupes à risque.

A Toronto, on observe aussi davantage de suicides chez les personnes « SDF » fréquentant les centres d'hébergement que dans la population générale [8].

Ces résultats se retrouvent à Sydney où le suicide représente 23% des causes de mortalité des personnes « SDF » [9] et à Los Angeles (18%) [8].

En France en 2009, l'étude SAMENTA [10] a montré que 21,8% des personnes sans logement ont tenté de se suicider au cours de leur vie (contre 0,5% en population générale) [11]. 15% des hommes « SDF » et 10% des femmes « SDF » présentent un risque suicidaire. L'étude met aussi en évidence la plus grande prévalence des facteurs de risque de suicide : 27% des personnes « SDF » ont une consommation excessive d'alcool et 28,6% de stupéfiants ; 31,5% .présentent des problématiques psychiatriques lourdes.

Nos résultats : qu'en est-il des suicides survenus entre 2012 et 2016 et signalés au CMDR ?

69 suicides ont été signalés entre 2012 et 2016. Si les nombres annuels de suicides signalés en Régions semblent irréguliers, une forte augmentation apparaît en IdF en 2016 comparativement aux quatre années précédentes, avec 13 décès signalés dans l'année (dont 10 à Paris), contre une moyenne de 2,5 par an entre 2012 et 2016. Les personnes décédées en IdF ne se connaissaient pas et ne fréquentaient pas les mêmes lieux.

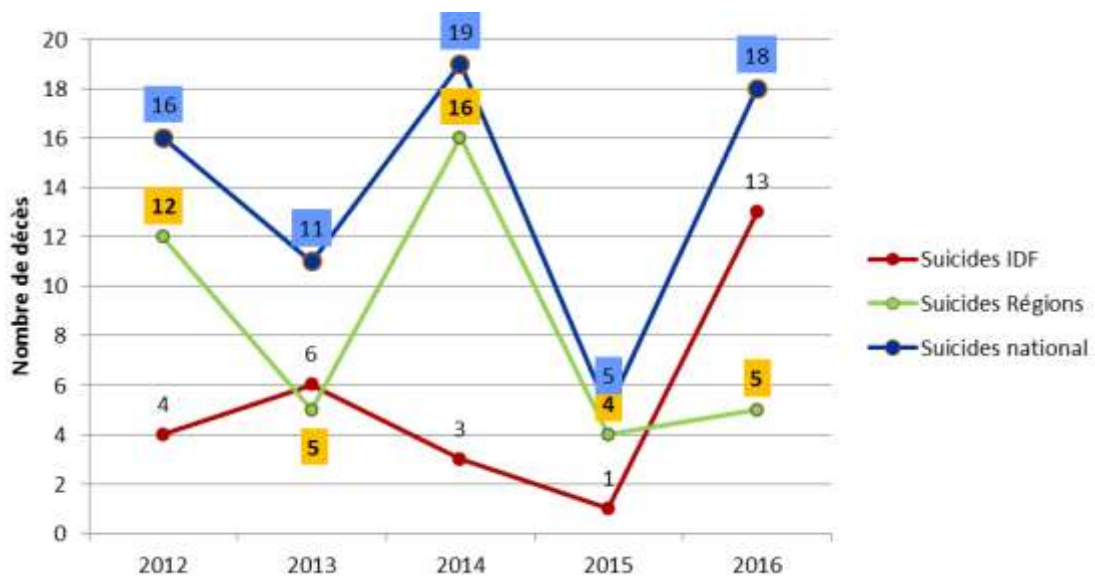


Figure 1 : Suicides signalés au CDRM entre 2012 et 2016

Après le constat d'une hausse des suicides à Paris en 2016, nous avons effectué une analyse plus spécifique sur ces 10 personnes et leurs parcours.

La même analyse a été pratiquée pour les décès hors de la ville de Paris : 11 décès en 2016 dont 3 en IdF. Le faible nombre de suicides limite la portée de l'analyse mais offre néanmoins des éléments intéressants sur les facteurs de risques.

Notre étude conforte la présence des facteurs de risque de suicides connus (maladie psychiatrique, antécédent de tentative de suicide), un ratio homme/femme élevé proche de celui de la population des personnes « SDF » décédées et des éléments importants dans les circonstances de décès (notamment les ruptures récentes dans l'hébergement ou le parcours de soins). Nous n'avons que très peu d'informations sur l'existence d'addictions, un facteur de risque de suicide avéré. Ces personnes étaient pour moitié en situation de rue, certaines étaient hébergées, pour les autres l'information ne nous est pas parvenue.

Éléments singuliers : on remarque la proportion importante de personnes nées hors de France et un temps d'errance toujours supérieur à un an, allant jusque 10 ans.

La modalité du suicide est majoritairement la pendaison - comme en population générale en France - mais on remarque en 2016 à Paris un caractère spectaculaire fréquent avec 6 pendaisons dans des lieux publics très fréquentés (places, centre commercial, notamment).

Les facteurs de risque tels que les addictions et les maladies psychiatriques sont présents dans les parcours de ces personnes, quoique le faible effectif ne permette pas d'analyser davantage. Les ruptures de parcours de soins, de prise en charge, notamment à l'issue de cures, et les deuils sont également présents. Parmi les décès parisiens de 2016, 8 personnes sur 10 sont nées à l'étranger, une dans les DOM-TOM et « placée » en métropole. Ce facteur d'immigration n'a

pas été identifié comme un risque dans l'étude danoise [5], mais il est probable qu'il joue un rôle dans l'intégration sociale et l'accès aux droits, influant sur la situation de précarité de la personne.

L'analyse des parcours de 2369 personnes « SDF » décédées entre 2012 et 2016 a mis en évidence les éléments suivants :

- Des tendances suicidaires moins fréquentes (53 personnes, soit 2,4%) qu'en population générale vivante (3,9%) [11][11]
- Des antécédents de tentative de suicide beaucoup plus fréquents (39 personnes, soit 1,7% contre 0,5% en population générale) [11].
- Parmi ces 65 personnes présentant ces tendances et/ou antécédents suicidaires, 4 personnes sont effectivement décédées d'un suicide avéré, et deux d'un événement externe d'intention non déterminée. Ces données restent incomplètes et sujettes à des risques de biais importants.

En résumé : un double paradoxe

A la lecture des travaux sur le suicide chez les personnes « SDF », on s'attendrait à ce que le CMDR recense de nombreux décès par suicide. De fait les facteurs de risque apparaissent plus fréquents dans la population SDF que dans la population générale. Or, premier paradoxe, si des suicides nous sont signalés, il apparaît lors de la comparaison entre 2008 et 2010 avec la population générale standardisée sur l'âge et le sexe [12] que le suicide est, en France, moins fréquent chez les personnes « SDF » (5% des décès, soit 35 décès sur 693 décès) qu'en population générale (9% des décès). Ceci est explicable par le fait que l'intention suicidaire n'est pas toujours décelable par le médecin dans d'autres circonstances interprétées comme accidentelles (noyade, chute, overdose etc.), mais aussi par la sous notification des décès de personnes « SDF », ce qui tendrait à sous-estimer le taux de suicides.

Le second paradoxe est que le taux de suicide des personnes « SDF » en France est nettement plus faible que dans d'autres populations de personnes « SDF » de métropoles américaines, canadiennes ou australiennes. Il est possible que les suicides soient sous déclarés en France ou classés en « cause indéterminée », mais aussi que les personnes présentant ces facteurs de risque décèdent de causes accidentelles. En effet, les facteurs de risque pour le suicide et pour ces causes accidentelles pourraient être les mêmes, comme démontré dans l'étude de cohorte à Copenhague.

Recommandations.

- 1- **Prévention** : Les facteurs de risque sont connus, les moments de passage à l'acte parfois repérables : il paraît possible d'identifier les personnes les plus à risque et d'envisager des préventions. On peut suggérer, pour ces populations très fragiles, notamment lorsqu'elles sont nées hors de France, en errance depuis plus d'un an, de faciliter l'accompagnement lors de moments difficiles, de privilégier la continuité dans la prise en charge à l'issue d'une hospitalisation ou d'une cure (notamment l'été ou lors

des périodes de fin d'année). La mise en œuvre de ces mesures nécessiterait une coordination entre les acteurs des soins, du logement et de l'accompagnement social.

- 2- **Analyse rétrospective** : La revue systématique des décès, pratique empruntée à la médecine, a été testée à Indianapolis, concernant les suicides de personnes « SDF ». Un panel interdisciplinaire, réunissant police, travailleurs sociaux, médecins et psychiatres, revoit systématiquement les décès par suicide de personnes « SDF » survenus dans cette ville et procède à des recommandations à intégrer dans les pratiques des professionnels impliqués dans l'accompagnement de ces personnes. Cette pratique pourrait être expérimentée en France à l'échelle d'une commune (Paris par exemple, étant donné la hausse alarmante en 2016), afin que les pratiques des travailleurs sociaux puissent bénéficier des retours d'expérience dans leur pratique.
- 3- **Un « chez soi d'abord »** : Les projets de « Housing-first », à destination des personnes souffrant de troubles psychiatriques et notamment schizophrènes, ont un réel impact sur les pensées suicidaires des bénéficiaires [13] et donc sur le passage à l'acte. Ce type de projet innovant existe en France, sans que l'impact sur les risques suicidaires n'ait été évalué, ni qu'une phase pilote n'ait été créée pour une population « SDF » ne manifestant pas de troubles psychiatriques.

Récit de vie

Originnaire d'Afrique subsaharienne, Aya est en France depuis un an. Elle a fui la guerre. Deux de ses frères sont morts dans cette guerre, les autres et leur père ont émigré dans différents pays européens. Sa mère seule est restée au pays. Aya a traversé plusieurs pays, à pied, en bateau, par train, dans des conditions particulièrement difficiles. Le voyage a duré plus d'un an. En France, elle est seule.

A son arrivée, Aya est une jeune femme pleine d'espérance qui veut enfin vivre en paix dans cette capitale dont elle est avide de découvrir la culture, les musées, les musiques, la liberté. Aya aime chanter.

Mais sa santé est fragile. Des troubles graves de la personnalité ont été diagnostiqués.

Aya a été marquée par cette vie qu'elle fuyait. Le quotidien du conflit, un mariage arrangé à l'adolescence, des violences subies durant le voyage la rendent particulièrement vulnérable.

La procédure de demande d'asile a été longue et elle n'a pas d'hébergement durant ce temps. Des proxénètes profitent de son isolement et de sa fragilité. Lorsqu'Aya obtient le statut de demandeur d'asile, elle est hébergée en CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile), en logement « éclaté », c'est-à-dire en chambre d'hôtel. Elle se retrouve seule et sans protection. Elle est suivie par une association d'accompagnement des migrants.

Aya, 25 ans, est morte en 2016 en se jetant sous un train trois jours après sa sortie d'hôpital psychiatrique.

Famille

Les données de l'INSEE (2012)

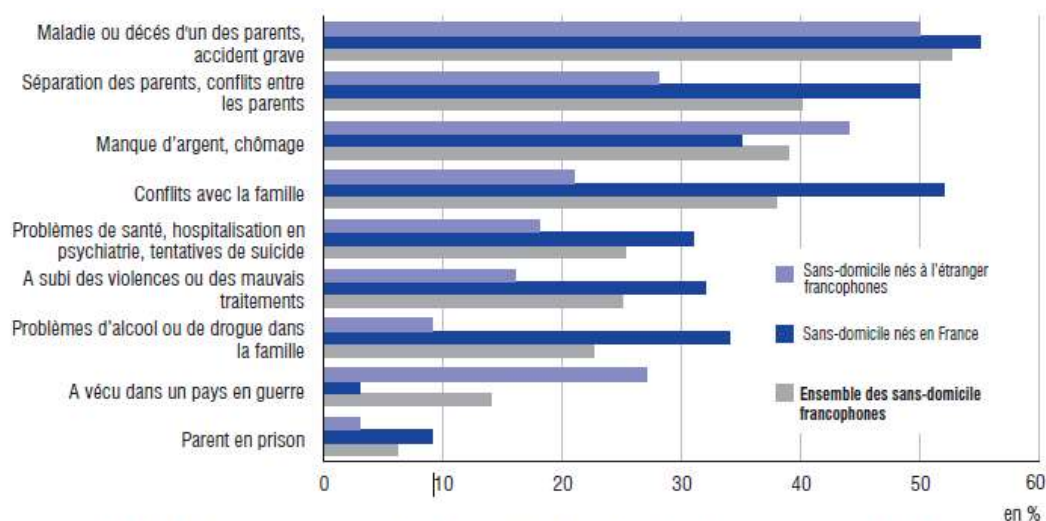
Ces informations ont été recueillies auprès de personnes sans domicile - en vie - fréquentant des lieux d'assistance ou d'hébergements [14].

La majorité d'entre elles (86%) ont vécu un évènement douloureux lié à l'environnement familial. Plus de 50% des personnes signalent la survenue d'un problème de santé grave, un handicap ou même le deuil de leur père, de leur mère ou d'un autre proche (contre 16 % en population générale pour les personnes âgées de 25 à 65 ans). En outre, 40% d'entre elles ont des parents séparés ou en conflit pendant l'enfance (14 % en population générale pour les personnes âgées de 25 à 65 ans). L'enfance de ces personnes « SDF » ayant été placées est marquée par des évènements graves. Au moins 60 % des personnes « SDF » nées en France ont subi des violences ou des mauvais traitements ; cette proportion est de seulement 2 % en population générale.

Au moins 15 % des personnes « SDF » ont été placées dans leur enfance au titre de la protection de l'enfance (DDASS, aide sociale à l'enfance ou protection judiciaire de la jeunesse), que ce soit en famille d'accueil, en institution ou en foyer (2 % des personnes en population générale). Cette proportion atteint même 26 % parmi les personnes « SDF » nées en France.

Pour les amis : environ deux tiers des personnes « SDF » francophones, qu'elles soient nées en France ou à l'étranger, rencontrent des amis au moins une fois par mois, contre 85 % des personnes en population générale.

La tendance est la même pour ce qui concerne les contacts à distance (téléphone, courrier, etc.) avec les amis ou la famille. Ainsi, sans être socialement isolés, les personnes « SDF » entretiennent moins de liens sociaux que les autres personnes.



Champ : sans-domicile francophones de 18 ans ou plus vivant dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants de France métropolitaine.

Lecture : 40 % des sans-domicile déclarent que, dans leur enfance, leurs parents s'étaient séparés ou étaient en conflit.

Sources : Insee/Ined, enquête auprès des personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution de repas 2012.

Figure 2 : Evènements graves vécus pendant l'enfance, enquête INSEE 2012

L'étude du CMDR sur le parcours des personnes « SDF » décédées et leur lien avec la famille

Pourquoi était-il important de parler des familles malgré le faible taux de réponse sur l'enquête ?

Lorsque nous accompagnons les proches en deuil d'une personne qui vivait à la rue, nous sommes parfois surpris par l'investissement des familles retrouvées : la quête des enfants voulant savoir comment était leur père, la recherche de fratrie dispersées par les placements ou la détresse de parents face à la disparition d'un enfant. Nous découvrons après le décès qu'il existe des liens entre le défunt et sa famille. Cette famille bien souvent existe malgré les ruptures volontaires ou involontaires, la distance géographique ou même malgré le fait d'avoir été passée sous silence. Les informations pour l'étude étant recueillies en grande partie auprès des partenaires sociaux après le décès, cette faible description montre combien les personnes « SDF » ont du mal à parler de leurs liens familiaux à ceux qui les accompagnent. Les raisons n'en sont pas connues. On peut imaginer, entre autres, la pudeur, la mise à distance de douleurs et souffrances, la reprise de contact vue comme impossible, la culpabilité, la honte et la détresse de ne plus voir ses enfants.

Parmi les personnes pour lesquelles les données sont renseignées, entre 2014 et 2016 :

- Au moins 60% des personnes ont des enfants
- Au moins 39% ont été mariées
- Au moins 96% ont des frères et sœurs
- Au moins 31% ont communiqué une fois dans l'année avec leur famille
- Au moins 24%% ont rencontré des membres de leur famille au cours de l'année (cette proportion est évaluée à 37% parmi les personnes « sans domicile » et 80% en population générale, selon l'INSEE)

Comment les familles sont prévenues du décès ?

La famille est recherchée par les commissariats ou les hôpitaux, qui informent du décès. Lorsqu'elles sont prévenues à temps, elles s'occupent des funérailles ou du rapatriement dans la région ou le pays d'origine. Même avec de faibles moyens, aidées par la famille élargie ou les communautés, elles obtiennent les fonds nécessaires. Les familles ignorent fréquemment que le défunt était « SDF » et dans de nombreux cas la rupture est si grande que les institutions ne parviennent pas à retrouver les proches qui parfois ne se trouvent pas si loin géographiquement.

Les familles et l'entourage récent

Lorsque la famille a été retrouvée et s'occupe des funérailles, elle est sous le choc et ne pense pas à associer les connaissances récentes aux obsèques, elle n'a pas conscience des liens tissés par leur proche dans sa vie actuelle. Il arrive que les amis, davantage présents les derniers

mois ou années, se sentent dépossédés. Les échanges entre ces deux entourages permettent une meilleure connaissance du défunt, recollant les éléments d'une vie fractionnée. Les associations ou travailleurs sociaux sont médiateurs. L'équipe « Proches en Deuil » du CMDR accompagne parfois ce processus.

Les associations se sentent parfois démunies quand une famille apparaît à l'occasion d'un décès et que le défunt ne leur en avait jamais parlé. Difficile de ne pas juger ces absents, encore plus lorsque la rencontre se fait juste pour récupérer les effets personnels.

Dans d'autres situations, les familles recherchaient activement, mais de manière infructueuse, la personne décédée. Le CMDR est contacté par un enfant naturel, un adolescent en quête d'identité, une mère, un frère... Nombreuses sont les familles qui apprennent le décès, des années après, par la publication des noms sur le site du CMDR, relayée au moment des hommages collectifs par certains médias. L'équipe Proches en Deuil du CMDR est présente pour les mettre en lien avec les associations et amis de leur proche, avec lesquels ils peuvent reconstituer une part d'histoire qu'ils ignoraient. Nous les accompagnons dans les démarches administratives (recherche des causes du décès, transfert possible de la sépulture etc.), Des espaces de parole leur sont aussi proposés.

45 familles nous ont contactées spontanément en 2016, d'autres nous ont rejoints orientées par des amis ou des associations.

Il existe aussi le réseau amical et social (liens sociaux du défunt existant avant le décès) qui, en l'absence de la famille, a souvent la volonté d'accompagner le défunt, de lui rendre hommage. Il peut s'occuper des funérailles.

Récit de vie

A 21 ans, Jean Pierre quitte sa famille du Sud-Ouest, une famille nombreuse qui a connu des déboires, notamment la perte du logement quand Jean Pierre avait 10 ans. Le père bâtit alors une cabane dans un bidonville, où ils vivent avec ses 9 frères et sœurs. A l'école il défend sa place parmi ses camarades en se classant le premier.

Jean Pierre a été chauffeur plus de 20 ans. Métier qu'il a aimé et dans lequel il était apprécié. Il ne s'est jamais marié, n'a pas eu d'enfants.

C'est sa maladie qui le mènera à la rue, il y a 5 ans, ne lui permettant plus d'exercer son métier : il ne peut alors plus payer son loyer et quitte son domicile vers l'hôpital. Il est alors expulsé de son logement. C'est une des raisons pour lesquelles sa maladie a été prise en charge tardivement. Il n'avait plus de lien avec sa famille et évoquait une rupture très ancienne. Cultivé, il aime lire, il est curieux.

Les années précédant son décès, outre de brefs séjours à l'hôpital ou des périodes dans les lits halte soins santé, il était fréquemment à la rue. Depuis un an, il est hospitalisé en quasi continu avec de brefs séjours à la rue ou à l'hôtel lors de rares répit. Par moments, il refuse les soins. Jean-Pierre, 66 ans, est mort à l'hôpital d'une maladie pulmonaire.

A la mort de Jean-Pierre, les services sociaux et l'état civil de l'hôpital n'ont pas retrouvé sa famille. Ses funérailles ont été prises en charge par la Ville et le Collectif Les Mort de la Rue l'a accompagné.

Sa famille a appris son décès par la publication de son nom sur le site lors d'un hommage. Sa sœur aînée nous a raconté leur enfance.

Hébergement et logement

Le nombre de personnes « SDF » serait estimé à 141 500 en 2012 selon l'INSEE et est probablement en augmentation selon les tendances des études de l'INSEE [15] ou encore le nombre d'appels au 115 [16]. Entre 2001 et 2012, le nombre de personnes sans domicile est passé de 86 000 en 2001 [17] à 141 500 en 2012 [15], soit une augmentation de 64,5%. Mais en 2001, la méthodologie d'enquête n'incluait pas certaines personnes, notamment les non francophones. La hausse réelle des personnes sans domicile a donc été moindre que ces +64,5%. Le nombre de personnes en bidonville [18] est assez constant depuis 2000 mais n'a été compté ni en 2001, ni en 2012 par l'INSEE et cela n'a donc pas d'impact sur les chiffres officiels des personnes « SDF ».

En 2004, il y avait 51 103 places d'hébergement pour personnes sans domicile ; en 2012, 101 000 places étaient disponibles [19]. En 2015, ce chiffre est monté à 110 000 places [20], soit une hausse de +97,6% des hébergements de 2004 à 2012 et de 115,3% de 2004 à 2015.

On constate donc une amélioration relative de la disponibilité des hébergements avec davantage d'ouvertures de places que d'augmentation du nombre de personnes à héberger, même s'il reste environ 50 000 personnes à héberger en 2015 (y compris les habitants des bidonvilles). Il faut y ajouter l'amélioration très sensible de la qualité d'une partie du parc avec la mise aux normes des hébergements, notamment pour les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et pensions de famille. Seuls restent médiocres quelques hébergements d'urgence avec remise à la rue en journée et dont les prises en charges sont très brèves.

Ce rapport du CMDR montre l'hétérogénéité de la population « SDF », avec des besoins spécifiques selon les groupes et les problématiques.

- Pour les personnes vivant en bidonville d'origine dite « Rom », les liens familiaux, y compris en famille élargie, sont très forts et doivent être considérés dans les propositions de relogement.
- Les familles et mères monoparentales logées dans les hôtels du 115 avec des enfants ont des besoins spécifiques en termes de stabilité et d'accompagnement pour un suivi médical et pour l'accès à la scolarité. [21]
- Les personnes dépendantes aux stupéfiants ont besoin d'un accompagnement spécifique à leur problématique, souvent cumulée avec une poly-addiction et des troubles mentaux. Pour ces populations fortement à risque de suicide, l'accès au logement ne suffit pas : il faut un accompagnement réel dans la durée.
- Les personnes souffrant de troubles mentaux notamment de psychose bénéficient, dans certains programmes expérimentaux, d'un accès à « un logement d'abord » sans passage par des structures d'hébergement intermédiaires (housing first), avec un accompagnement adéquat [13]. Il apparaît que ces initiatives ont des impacts positifs sur la santé mentale et physique des personnes.[22], [23]

- Les personnes très isolées, marginales, restent difficiles à atteindre. Davantage isolées, cachées, elles décèdent dans les lieux non prévus pour l'habitation où elles se sont installées. Ces personnes peuvent être réticentes aux solutions proposées de mise à l'abri ou de stabilisation ; le travail d'accompagnement est très long : des recherches de solutions d'hébergement acceptables sont nécessaires, avec une inclusion active de la personne afin qu'elle s'approprie les solutions proposées.

Deux barrières d'accès à l'hébergement social peuvent être identifiées :

- Les droits administratifs
- Les problématiques d'occupation des lieux liées aux habitudes de vie, aux problématiques psychiatriques.

La difficulté d'accès au logement est multicausale : financière, mais également due à un engorgement du parc locatif social. Les personnes ayant des ressources financières et la capacité de se mobiliser pour les démarches devraient pouvoir accéder à un logement personnel. Elles libéreraient ainsi des places en hébergement pour les plus vulnérables ou sans droits. Le Collectif des Associations Unies (CAU), dont le CMDR est membre, porte de nombreuses propositions à ce sujet afin que l'accès aux hébergements sociaux se fasse en priorité pour les personnes qui ne peuvent pas avoir accès à un logement pour des raisons sociales plutôt que financières (www.collectif.associations-unies.org).

Récit de vie

Michel est né dans un village du Sud-Ouest de la France. Benjamin de sa fratrie, il a été élevé par ses parents, quand les aînés ont été confiés aux grands-parents. Apprenti dès 14 ans, puis ouvrier chez un constructeur automobile, il y a travaillé pendant 35 ans. Il était célibataire, avait son logement, restait en lien avec sa famille, ses frères, neveux et nièces, son père...

Puis, il est licencié pour une altercation sur son lieu de travail. Il se retrouve à la rue, vient à Paris, coupe les liens avec sa famille, par honte. Une association qui fait du travail de rue le rencontre, tisse des liens, il reprend fierté, notamment par des ateliers créatifs où il peut s'exprimer et être apprécié. Il est alors restitué dans ses droits et touche un minima social, ce qui lui permet, avec le soutien de l'association, d'intégrer un hôtel qu'il paie régulièrement et où il vit une dizaine d'années.

Michel s'investit dans plusieurs associations. Il estime avoir beaucoup reçu et trouve normal de donner à son tour. Il est décrit par les associations comme d'une grande disponibilité.

Il tombe amoureux. Il va rejoindre sa compagne chez elle et résille alors sa chambre d'hôtel. Trois mois plus tard, ils rompent : Michel se retrouve à la rue. Il n'ose en parler à personne. N'a pas d'argent de côté. Il est sans filet. La honte à nouveau. Michel marche la nuit, car il a peur de se faire agresser, et dort le jour. Il a des contacts avec les différentes associations où il a été bénévole, mais à aucune il n'ose dire ce qui lui arrive. Il va voir un travailleur social, tente d'appeler le 115 : on lui dit que les hébergements hivernaux seront bientôt disponibles. Mais il ne veut pas de lieux collectifs, qui lui paraissent dégradant. Le temps passe. Il se fatigue jusqu'au jour où il craque et en parle à un permanent associatif d'une association où il est bénévole, qui va le soutenir dans ses démarches.

Il approche à cette époque de l'âge de la retraite et a donc la possibilité de revenus réguliers. Michel sera aiguillé vers une association qui accueille et aide au logement des personnes âgées. Par ce biais, il accède à un hôtel social où il réside un an avant de rejoindre une résidence logement.

C'est ainsi que Michel s'est retrouvé chez lui, locataire en titre. Michel portait sa clé comme un trophée autour de son cou, ne la quittant jamais.

Michel a alors repris contact avec sa famille.

Peu après une fête associative, 6 ans après son accès au logement, Michel a fait une chute dans le métro et a été hospitalisé pour une jambe cassée. Au lendemain de sa sortie, il a été retrouvé chez lui, mort.

Sa famille s'est occupée de le faire rapatrier au village familial. Ses amis et les associations étaient présents pour lui dire au revoir.

Enquête Dénombrer et Décrire :

Résultats

1. INTRODUCTION

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

S'il est déjà compliqué de recenser les personnes « SDF » vivantes, cette tâche s'avère encore plus difficile pour les personnes décédées. Une évaluation des sources d'information concernant les décès de personnes « SDF » a mis en évidence la richesse et la diversité des signalements de décès au CMDR. Suite à ce constat, il a été décidé d'allouer des moyens au CMDR pour approfondir ce travail de recensement et de description des personnes « SDF » décédées : **l'enquête « Dénombrer et Décrire » était créée, en 2012.**

Depuis 2012, l'équipe du CMDR a donc renforcé ses outils et ses méthodes de travail et œuvre avec le réseau des partenaires pour **un meilleur signalement des décès et pour une description plus précise des personnes**, dans le but de décrire cette population, dont on ignore tout ou presque.

Ce rapport est le fruit de ces 5 années de travail et vise à présenter une consolidation des résultats, à mettre en évidence des tendances. Ce travail présente de nombreuses limites, mais également un énorme potentiel qui reste à explorer.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectifs principaux

- Estimer le nombre de décès de personnes vivant à la rue entre 2012 et 2016.
- Décrire les personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées entre 2012 et 2016.
- Déceler d'éventuelles évolutions au fil des années.

2.2. Objectifs spécifiques

- Améliorer l'exhaustivité du recueil de données concernant les décès des personnes vivant à la rue survenus en France.
- Elargir le recueil systématique de données aux décès survenus en France dans l'ensemble des régions.
- Décrire les causes de mortalité des personnes vivant ou ayant vécu à la rue entre 2012 et 2016 en France.
- Décrire le parcours social des personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées entre 2012 et 2016 en France.
- Emettre des comparaisons selon l'année, la région de décès, le genre, et la situation de rue, identifier des tendances.
- Mieux comprendre les parcours de ces personnes avant leur décès.
- Faire des hypothèses sur des facteurs de risque de mortalité dans cette population,
- Evaluer l'impact potentiel des politiques publiques.
- Emettre des recommandations quant à la prise en charge des personnes en situation de rue.

3. METHODE

La méthode d'étude est décrite ici, de manière succincte, pour faciliter la lecture ; pour plus de détails se reporter en annexe 3.

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

Personne « SDF » = <u>ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</u> :			PERSONNE ANCIENNEMENT « SDF » = n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne « SDF ».
- Dans un lieu non prévu pour l'habitation - Dans un centre d'hébergement d'urgence - Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence = « EN SITUATION DE RUE »	- Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation - Dans un logement squatté - Dans le logement d'un tiers - Dans un hôtel (hors situation pérenne) = « HEBERGE »	Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias = « PROBABLEMENT SANS DOMICILE »	

Ces trois catégories suivantes : actuellement en situation de rue, « hébergés » et probablement « SDF » seront regroupées sous le terme des **personnes « SDF »**.

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité

Yves a perdu son logement il y a 6 mois à la suite de son divorce. Après une période passée chez divers amis, il n'a plus d'autre choix que de s'adresser au 115 pour avoir un lieu où dormir. Parfois ça décroche après de nombreux appels, et Yves est orienté vers des centres d'hébergement d'urgence, ou des hôtels. Mais souvent la ligne reste muette, et Yves ne peut se résoudre à dormir dans la rue. Il erre toute la nuit, entre bus de nuit, trams, et bars, et marche pour finir de longues heures avant le petit matin. Et finalement s'écroule dans des lieux discrets : bibliothèques, lavomatics, ou accueils de jour, où il pique un somme en attendant sa lessive. **Yves est en « situation de rue ».**

Marco a vécu quelques années dans une tente sous un périph, avant que sa santé défaillante ne l'oblige à « se ranger » comme il dit. Avec son assistante sociale et sa tutelle, (tutrice) ils ont réussi à trouver une place dans un centre de stabilisation, où il a sa chambre, sa clé, mais partage les communs avec les autres : cuisine, salon, TV... Les travailleurs sociaux du centre veillent sur les hébergés, animent les journées et soirées pour s'assurer qu'ils ne s'isolent pas trop, et les accompagnent dans la vie du lieu : ménage, rangement, etc. Ça se passe bien, les démarches sont déjà en cours pour l'obtention d'un logement social encore plus autonome. **Marco est « hébergé ».**

Nous avons appris le décès de Moussa par la presse, qui le décrit comme un SDF d'une quarantaine d'années. Un passant l'a retrouvé, au matin, dans un parc. Après des recherches auprès de la mairie, d'associations d'hébergement et de services pour les personnes « SDF », il s'avère qu'il n'est connu de personne dans la commune ; il n'a pas fait de démarche auprès de la mairie, ni appelé le 115. Aucune adresse connue sur l'acte de décès... Peut-être était-il de passage... peut-être avait-il un logement quelque part, et était trop en galère pour se payer une nuit d'hôtel ? Sans d'autres éléments, **nous le considérons comme « probablement SDF ».**

Manu a passé 15 ans à la rue, entre addictions, dépression, et galères de la vie. Peu à peu, il en a eu marre de cette vie, et surtout il a eu envie d'autre chose...de paix, de repos... alors il s'est calmé sur la fête, a fait les démarches pour obtenir ses papiers et ses droits à la retraite, et après quelques années d'allers retours entre rue et centres de stabilisation et quelques découragements, il s'est finalement installé dans un appartement social ; son éducateur l'aide à habiter le lieu. Pas facile au début, enfermé entre 4 murs, les copains lui manquent, il s'ennuie... mais il tient un jour après l'autre, trouve à jardiner, prend un petit chien. Ça fait un an qu'il est chez lui. **Manu est un ancien « SDF ».**

Les décès sont signalés par les partenaires associatifs, les médias, les partenaires institutionnels tout au long de l'année. Le recueil de données est un **recueil rétrospectif posthume auprès de tiers**, réalisé à l'aide d'un questionnaire (en annexe), comprenant les données relatives à l'identité, les causes et circonstances du décès, le parcours de santé, la situation administrative, l'enfance et la famille, les ruptures.

Les données sont ensuite saisies sur la base de données en ligne Voozanoo®, et analysées annuellement de manière descriptive. La stratification de la population est effectuée pour certaines analyses selon la situation d'hébergement, le sexe, l'âge, la région de décès.

Les données 2012 et 2013 ont été importées sur la base de donnée Voozanoo, rendant possible une analyse conjointe. Toutefois, pour des raisons de formats de variable et de saisie, tous les items des questionnaires n'ont pas pu être importés.

L'analyse consolidée sur 2012-2016 porte donc sur les variables suivantes :

- Démographie : âge, sexe, nationalité, situation de rue
- Lieu de décès : commune, région, endroit où le décès a été constaté
- Décès : état du corps, décomposition, causes de décès, suicide
- Source de signalement des décès
- Troubles mentaux et addictions
- Dernier lieu de vie et temps d'errance

Récit de vie

Marian, né en Pologne, arrive en France il y a 15 ans. Il dit avoir voulu mettre à distance des conflits familiaux et un souci avec la justice. Il reste en lien téléphonique régulier avec une de ses sœurs en Pologne.

Il s'exprime un peu en français, mais préfère rester avec des compatriotes, plus à l'aise pour communiquer dans sa langue.

Un accident de la voie publique deux ans auparavant l'a laissé un peu handicapé, il ne peut marcher trop longtemps.

Il fréquente régulièrement les hébergements ouverts par grand-froid, qu'il alterne avec des temps en squats ouverts avec des compatriotes et des passages par la rue.

Marian est dépendant alcoolique, ce qui a compliqué la stabilité dans les hébergements et les lieux de soins qu'il quitte de lui-même quand la tension devient trop importante.

Marian, 42 ans, est mort à proximité d'un centre commercial du nord de la France. La mort n'avait pas de cause externe.

Après son décès, sa famille a été retrouvée et s'est occupée du rapatriement en Pologne.

4. RESULTATS

Les résultats de 2012-2016 sont stables pour la majorité des variables, avec une complétude croissante depuis le début de l'étude (minorée en 2016).

Le travail d'appariement avec le CépiDc sur l'estimation de l'exhaustivité a permis d'évaluer la proportion de décès connus par le CMDR à près d'un 6^e des décès, une faible proportion des décès, dont la majorité reste silencieuse.

Il est aussi **impossible d'extrapoler ces résultats** à l'ensemble des décès survenus dans la population des personnes « SDF » et anciennement « SDF » entre 2012 et 2016 en France. Il convient donc d'être **prudent dans l'interprétation** des résultats. L'interprétation est d'autant plus délicate que nous sommes également confrontés à un **nombre important de données manquantes**. Les pourcentages exprimés dans les résultats et repris dans la discussion tiennent compte de ces données manquantes et doivent donc être considérés comme des minimums. Néanmoins, il s'agit là de l'analyse de la base de données la plus complète portant sur le sujet de la mortalité des personnes « SDF », selon l'étude CEMKA EVAL de 2011 [24].

4.1. Nombre de décès survenus en France en 2016

Résumé : Nombre de décès survenus entre 2012 et 2016 et signalés au CMDR

2016

• **499 « SDF » et 116 anciennement «SDF » décès survenus en 2016** et signalés au CMDR*

• Estimation du nombre réel de décès de personnes « SDF » entre 2012 et 2016 d'après un appariement des données de 2008-2010 avec le CépiDc : **2579**, soit plus de 5 fois le nombre signalé

(* décès connus au 8 avril 2017)

2012-2016

• **2369 décès de personnes « SDF » survenus entre 2012 et 2016** et signalés au CMDR, soit une moyenne de 473 en moyenne par an

• Estimation du nombre réel de décès de personnes « SDF » entre 2012 et 2016 d'après un appariement des données de 2008-2010 avec le CépiDc : **13371**, soit près de 6 fois le nombre signalé

4.1.1. Nombre de décès signalés au CMDR en 2016 et évolution par rapport aux années précédentes

Au 8 avril 2017, 615 décès de personnes « SDF » ou anciennement « SDF » ont été signalés au CMDR.

Statut vis-à-vis du logement		Décès	
		N	%
	«SDF»	499	81
	Anciennement «SDF»	116	19
	Total	615	100,0

Tableau 1 : Nombre décès de personnes «SDF» ou anciennement «SDF» survenus en France en 2016 et signalés au Collectif Les Morts de la Rue, en fonction du statut vis-à-vis du logement (N=615).

Un travail de compilation des décès signalés au CMDR depuis sa création en 2002 a été effectué au cours de cette année 2016, portant à **4962 le nombre de décès de personnes « SDF » et anciennement « SDF » connus par le CMDR.**

Le nombre de décès connus par le CMDR a fortement augmenté entre 2006 et 2008, s'est stabilisé autour de 400 décès par an, avant d'augmenter à 439 décès en 2012, à 517 décès en 2013 et 570 décès en 2014. En 2015, cette tendance à la hausse se poursuit avec 598 décès. En 2016, 615 décès sont signalés au CMDR, Cette progression est présentée en figure 13.

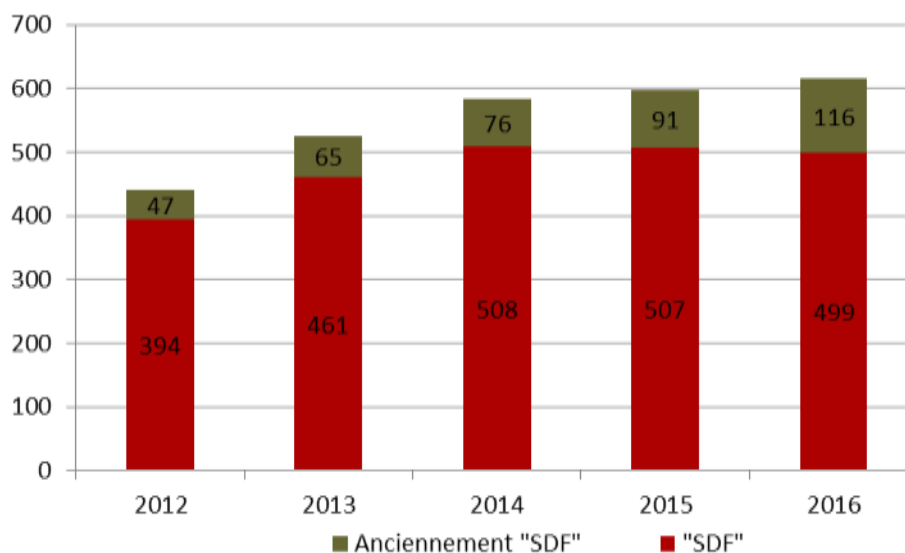


Figure 3: Nombre de décès confirmés signalés au Collectif Les Morts de la Rue, par année de survenue du décès entre 2012 et 2016

On remarque la progression du nombre de signalements de décès de personnes Anciennement « SDF », passé de 47 en 2012 à 116 en 2016, soit plus du double en 5 ans.

On note surtout la progression du nombre de décès de personnes « SDF », le nombre de signalements a augmenté de plus de 25% les deux premières années de l'étude mais s'est **stabilisé depuis 2014, avec environ 500 décès par an signalés au CMDR.**

En 2012-2013, l'étude Dénombrer et Décrire est encore en cours de développement, notamment au niveau des sources de signalement de décès. Les signalements augmentent. Il est difficile de savoir si cette progression reflète une réalité d'augmentation de décès, ou si elle est due à une meilleure connaissance du CMDR par les partenaires et le public.

A partir de 2014, le nombre de décès signalé par an est stable. Toutefois, étant donné la variabilité des sources entre les années, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que cette stabilité reflète la réalité.

4.1.2. Nombre estimé de décès en France

Le travail d'appariement des bases de données des décès de 2008 à 2010 avec le CépiDc a permis d'estimer l'exhaustivité des données recueillies au CMDR² [25]. Celle-ci est plus élevée pour l'Ile-de-France que pour les autres régions, reflétant la région de prédominance de l'implantation du CMDR et de ses activités. Le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** présente es calculs du nombre estimé de décès à partir des taux d'exhaustivité estimés par l'appariement effectué en 2013 avec l'Inserm, portant sur les décès des années 2008-2010.

	Ile-de-France	Province	Total
Nombre de décès signalés 2016	227	272	499
Exhaustivité moyenne probable	24%	15%	
Nombre de décès estimé moyen	946	1813	2759
Exhaustivité minimum	16%	10%	
Nombre de décès estimé	1419	2720	4139
Exhaustivité maximum	54%	27%	
Nombre de décès estimé	420	1007	1428

Tableau 2 : Nombre de décès estimé en France pour 2016 d'après les taux d'exhaustivité calculés lors de l'appariement de la base de données CMDR avec la base de données CepiDC en 2013 pour les décès 2008-2010

² C. Vuillermoz and A. Aouba, "Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010," *BMC public ...*, 2014

	Ile-de-France	Province	Total
Nombre de décès signalés 2016	969	1400	2369
Exhaustivité moyenne probable	24%	15%	
Nombre de décès estimé moyen	4038	9333	13371
Exhaustivité minimum	16%	10%	
Nombre de décès estimé	6056	14000	20056
Exhaustivité maximum	54%	27%	
Nombre de décès estimé	1794	5185	6980

Tableau 3 : Nombre de décès estimé en France pour 2012-2016 d'après les taux d'exhaustivité calculés lors l'appariement de la base de données CMDR avec la base de données CépIDC en 2013 pour les décès 2008-2010

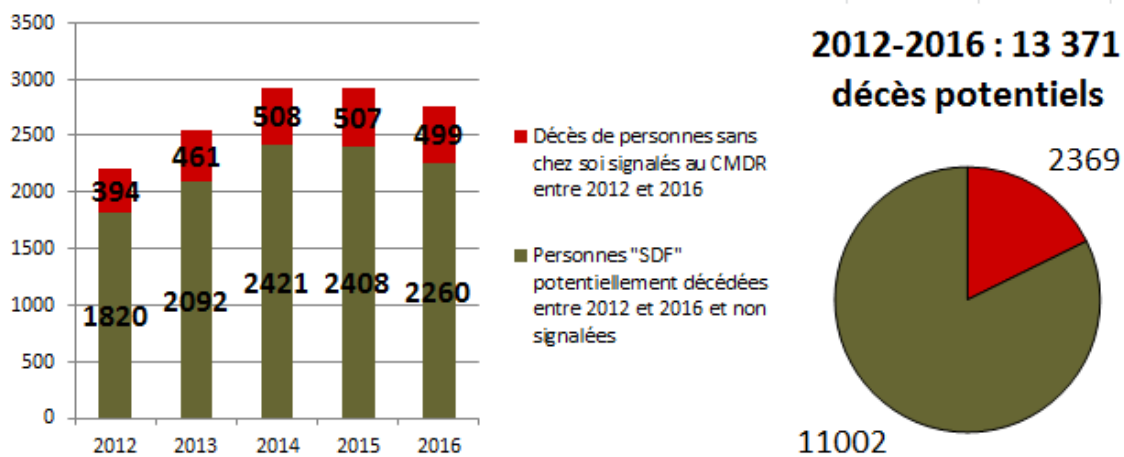


Figure 4 : Estimation des décès non signalés au CMDR chaque année depuis 2012, d'après les paramètres de l'appariement avec le CépIDC sur les données 2008-2010

Si on utilise les résultats de l'appariement pour les données 2008-2010, appliqués aux chiffres de 2012-2016, **le nombre national de décès pour l'année 2016 est estimé entre 1489 et 4258 décès, avec une moyenne estimée à 2838 décès.** Selon le même calcul, **il y aurait eu 13 371 décès de personnes « SDF » entre 2012 et 2016, dont seulement 18%, soit 2369, sont connus du CMDR.**

Toutefois, le nombre de décès signalés au CMDR ayant augmenté depuis 2010, et la complétude des variables permettant l'appariement s'étant améliorée, **nous pouvons supposer que l'exhaustivité est meilleure, et que ces chiffres sont surestimés** (voir section 5.1.1). Un nouvel appariement est prévu pour les années 2012-2016 qui permettra une nouvelle estimation de l'exhaustivité.

4.2. Démographie

Résumé : Démographie des personnes « SDF » décédées entre 2012 et 2016

- Les **femmes représentent 9,2%** des décès de « SDF » signalés au CMDR entre 2012 et 2016
- L'âge moyen de décès des « SDF » **49,7 ans en moyenne** entre 2012 et 2016 reste plus faible que la population générale et constant depuis 2012.
- **Les femmes décèdent plus jeunes (46,3 ans en moyenne** entre 2012 et 2016) que les **hommes (49,9 ans en moyenne** sur la même période). L'âge moyen de décès est plus élevé en **Ile-de-France (53,3 ans) mais a baissé de 4 ans depuis 2012**
- Les personnes **anciennement « SDF »** ont un âge moyen au décès de **61,6 ans, soit 11 ans de plus.**
- La proportion de personnes « SDF » d'origine étrangère décédées est en augmentation (20% en 2012, 40% en 2016), comme parmi la population « SDF » vivante.

4.2.1. Genre

Les femmes représentent 40% des personnes « SDF » selon l'INSEE, mais la majorité est hébergée en hôtel ou en lieu d'hébergement pour « SDF ». **Parmi la population des personnes en situation de rue, elles seraient 1800 et 1900³, représenteraient plutôt 10% des 18 000 personnes en situation de rue selon l'INSEE en 2012 [15].**

Globalement entre 2012 et 2016, les femmes représentent 9,2% des décès signalés au CMDR. Les femmes ont toujours représenté une minorité de personnes parmi les décès des personnes « SDF », cette proportion variant peu depuis 2012, avec un maximum de 11% de femmes décédées en 2013, et un minimum de 7% de femmes décédées en 2014.

³ Calcul effectué à partir des chiffres de l'INSEE : 81 000 personnes adultes sans domicile (voir p 113), dont 38% de femmes : 30780 femmes sans domicile. Parmi elles, 6% sont sans abri, à la rue ou en hébergement d'urgence avec remise à la rue le matin : 1847 femmes « sans abri »

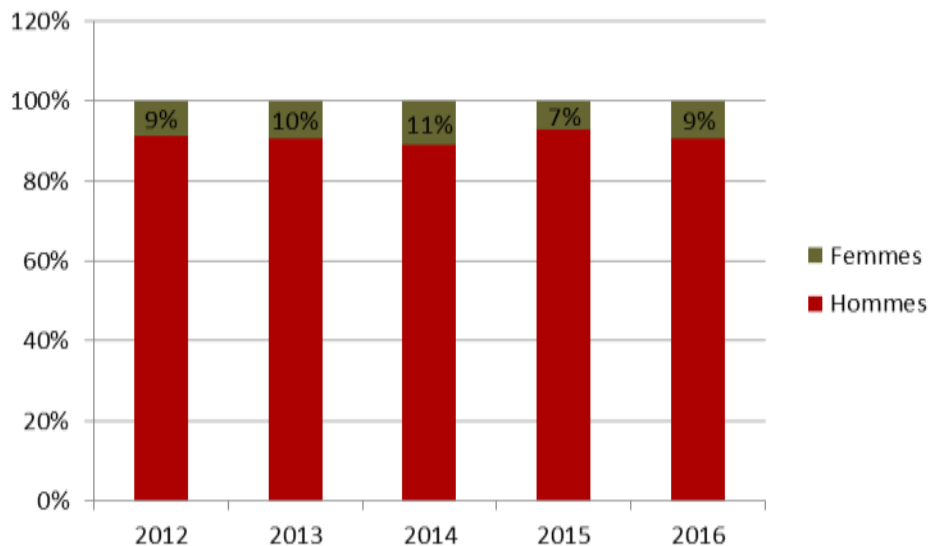


Figure 5 : Proportion de femmes parmi les personnes « SDF » (N=2369)

4.2.2. Age

L'âge est renseigné pour 89% des personnes (« SDF » et anciennement « SDF confondus»). La complétude s'est améliorée au cours des années, notamment avec la systématisation de la demande de l'acte de décès en cas de manque d'information sur l'âge. Ainsi, la proportion de personnes avec un âge inconnu est passée de 20% en 2012 à moins de 10% en 2016.

Nous dénombrons sur l'ensemble de la période 2012-2016 **47 mineurs de moins de 18 ans, dont 35 mineurs de moins de 15 ans.**

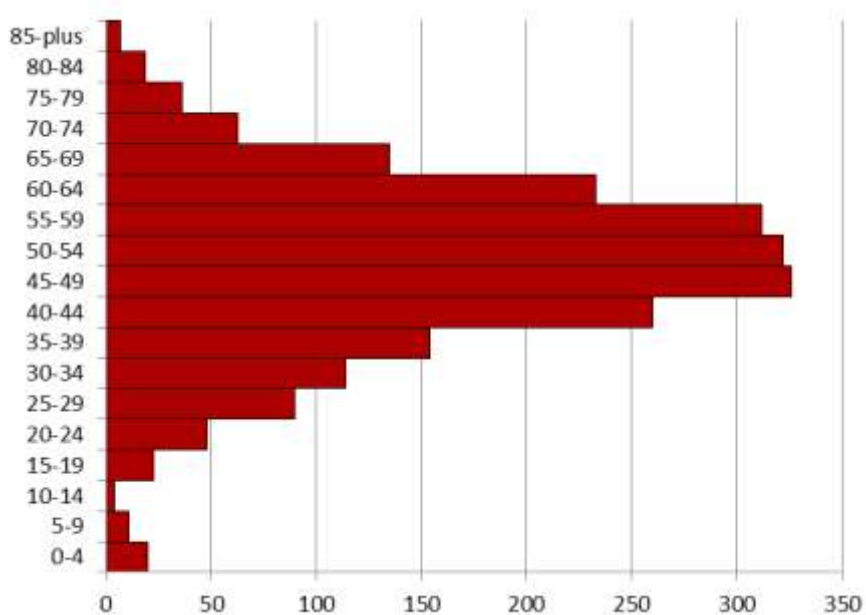


Figure 6 : Répartition en classes d'âge des personnes « SDF »

Les personnes âgées de 40 à 60 ans représentent 50% des décès signalés. **Les décès prématurés (c'est-à-dire des personnes âgées de moins de 65 ans au décès) représentent 81% des décès, toutes années confondues. En population générale, ils représentent 20% des décès.**

La répartition des âges de la population des personnes SDF est décrite sommairement dans l'étude de l'INSEE publiée en 2012 [15]. Toutefois, elle ne permet pas une standardisation.

	Population générale INSEE 2016	Décès en population générale INSEE 2016	Population « SDF » INSEE 2012	Décès « SDF » CMDR 2012-2016
18-29 ans	18,0%	0,7%	27,0%	6,8%
30-49 ans	33,1%	4,1%	50,0%	36,0%
50 ans et plus	48,9%	95,1%	23,0%	47,6%

Tableau 4 : Comparaison des classes d'âge en population générale, et des populations des « SDF » de l'INSEE (2012 [15]) et des « SDF » dont le décès est signalé au CMDR entre 2012 et 2016

Les plus jeunes de 18 à 29 ans sont comparativement plus présents parmi les personnes « SDF » (27%) que dans la population générale (18%). Ils sont également plus nombreux parmi les décès dans les décès rapportés au CMDR, environ 7 fois plus.

Les personnes âgées de plus de 50 ans représentent moins du quart des personnes « SDF », mais près de la moitié des personnes en population générale. Ils représentent près de la moitié des décès de « SDF » signalés au CMDR, contre plus de 95% des décès en population générale selon l'INSEE.

Les jeunes sont donc sur représentés parmi les personnes « SDF » et les décès « SDF », comparativement à la population générale. Inversement, les personnes de plus de 50 ans sont sous représentés dans la population « SDF » et les décès « SDF ».

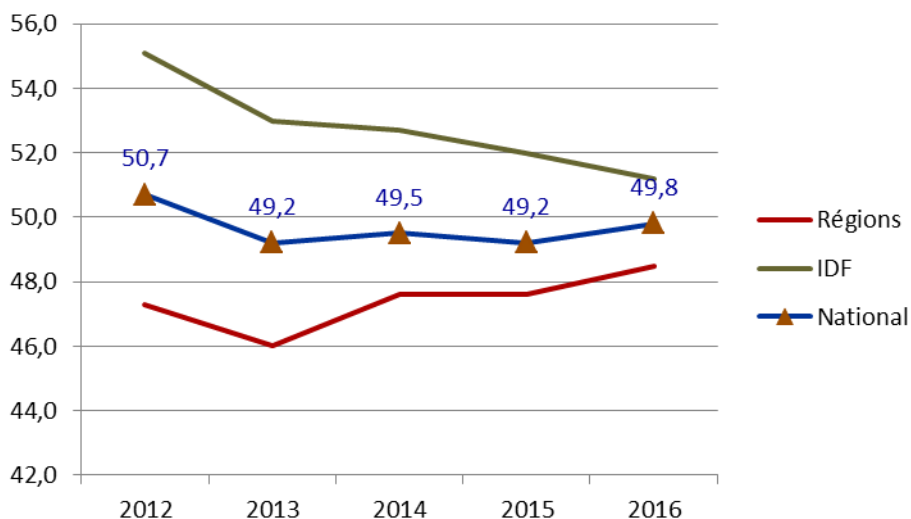


Figure 7 : Age moyen du décès selon la région et l'année de décès, parmi les « SDF » (N=2369).

L'âge moyen de décès des personnes « SDF », tous genres et régions confondus, est de 49,7 années entre 2012 et 2016.

Les femmes parmi les personnes « SDF » meurent plus jeunes : 46,3 ans d'âge moyen de décès pour les femmes, contre 49,9 ans pour les hommes.

Les anciens de la rue meurent plus tard, et parmi eux, les femmes encore plus tard que les hommes : 61,6 ans pour les hommes contre 63 ans pour les femmes.

Il apparaît donc que les femmes décèdent plus tôt que les hommes quand elles sont « SDF », mais rétablissent la tendance d'un âge de décès plus tardif après le retour dans un domicile.

L'âge de décès varie entre Ile-de-France et Régions, pour les personnes « SDF » : ainsi en **Ile-de-France on remarque une baisse continue de l'âge moyen de 4 ans, entre 2012 (55 ans) et 2016 (51 ans). En Régions, l'âge est plus faible (48 ans), mais la tendance semble à la hausse.**

L'âge moyen de décès plus faible en Régions qu'en Ile-de-France pourrait être dû à **l'impact des migrants dont l'âge moyen au décès est très faible (26 ans)**, mais également au fait que les décès ont été essentiellement appris par **les médias, qui rapportent majoritairement les décès violents de personnes souvent jeunes.**

Les décès des 35 enfants ont un impact sur l'âge moyen de décès, qui dépasse les 50 ans (50,4 ans) lorsque l'on les exclut de l'analyse.

Les décès accidentels des migrants souvent très jeunes impactent également l'âge moyen de décès au niveau national, qui passe à 51 ans quand cette population est exclue de l'étude.

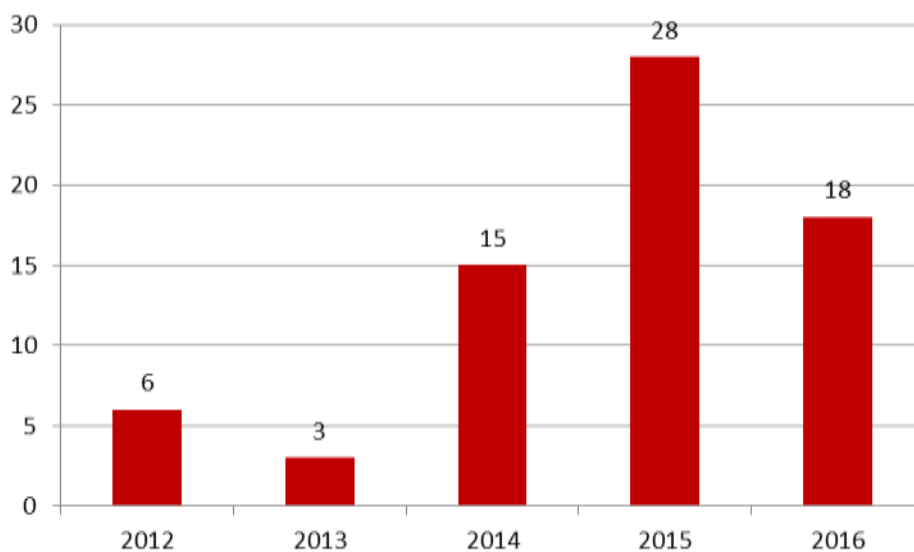


Figure 8 : Nombre de migrants décédés en France entre 2012 et 2016 et signalés au CEMDR (N=70)

	Age moyen national des populations « SDF » à leur décès.
Population globale « SDF » (N=2080)	49,7 ans
Population « SDF » sans les enfants de moins de 15 ans (N=2045)	50,4 ans
Population « SDF » sans les enfants de moins de 15 ans et sans les migrants (N=1998)	51,0 ans

Tableau 5 : Evolution des âges moyens de l'âge moyen de décès selon les populations incluses

Une analyse particulière de l'âge de décès des personnes « SDF » par région montre **une amplitude d'âge de plus de 13 ans entre la région présentant l'âge le plus faible (Guyane, 40,7 ans), et le plus élevé (Ile-de-France, 53,3 ans).**

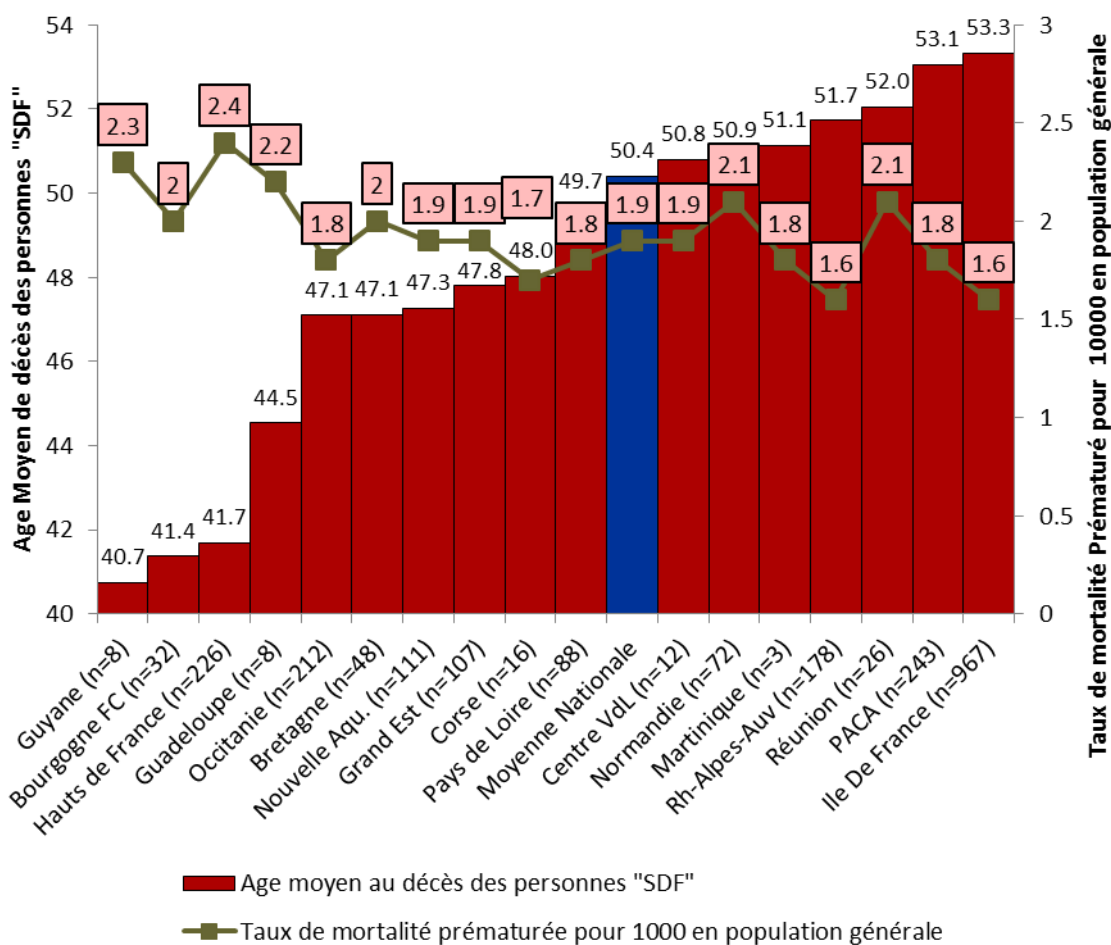


Figure 9 : Age moyen de décès selon la région de décès, parmi les « SDF » de plus de 15 ans (histogramme rouge) (N=2046), et taux de mortalité standardisée pour 1000 des 0-64 ans en population générale (chiffre dans le carré rose) (INSEE) Lecture : en Guyane le taux de mortalité prématurée (moins de 64 ans) en population générale est de 2,3/1000, et l'âge moyen au décès pour les personnes « SDF » est de 40,7 ans

En Guyane, avec seulement 8 décès, tous violents (expliquant la faible moyenne d'âge) et appris par les médias, une sous-estimation des décès est fortement probable. La population y est estimée 252 338 en 2014 [26]. Le nombre de SDF en Guyane est inconnu.

On remarque aussi la différence entre Guadeloupe, avec 400 186 habitants, 8 décès SDF signalés, pour une moyenne d'âge de 44,5 ans et la Réunion avec 842 767 personnes, 26 décès et une moyenne d'âge de 52 ans. Sans connaître le nombre de personnes SDF dans ces départements, il est difficile de pouvoir comprendre les différences.

L'âge faible pour la région « Hauts-de-France » (41,7 ans) est dû aux décès de migrants très jeunes qui font baisser la moyenne d'âge. Le plus jeune avait 13 ans, le plus âgé 54 ans, pour une moyenne d'âge globale de 26 ans.

La comparaison du **taux moyen de mortalité prématurée des moins de 65 ans (en population générale)** entre les régions permet **d'identifier les régions où les personnes meurent plus jeunes, et donc où potentiellement les facteurs de décès prématurés sont les plus fréquents** [27]. Plus une population décède âgée, plus ce taux est faible.

En mettant en rapport ce taux de mortalité prématurée et l'âge moyen au décès des personnes « SDF » signalées au CMDR, (courbe verte et étiquettes roses sur la figure ci-dessus), on remarque une inversion de tendance entre le faible âge au décès des personnes « SDF » et le taux de mortalité « prématurée », avant 65 ans. **Il semble que plus le taux de mortalité prématurée en population générale est élevé, plus l'âge moyen de décès des personnes « SDF » est faible.**

Les régions détonnant dans la tendance sont la Bourgogne et l'Occitanie, qui ont un faible taux de mortalité prématurée en population générale mais un âge moyen au décès des personnes « SDF » très bas.

Au contraire, des départements avec des forts taux de mortalité prématurée en population générale telle que la Normandie ou la Réunion présentent des âges moyens de décès des personnes « SDF » supérieurs à la moyenne.

Ceci interroge sur l'hétérogénéité des situations selon les régions, et l'impact des facteurs de risques de décès en population générale, sur les personnes « SDF ».

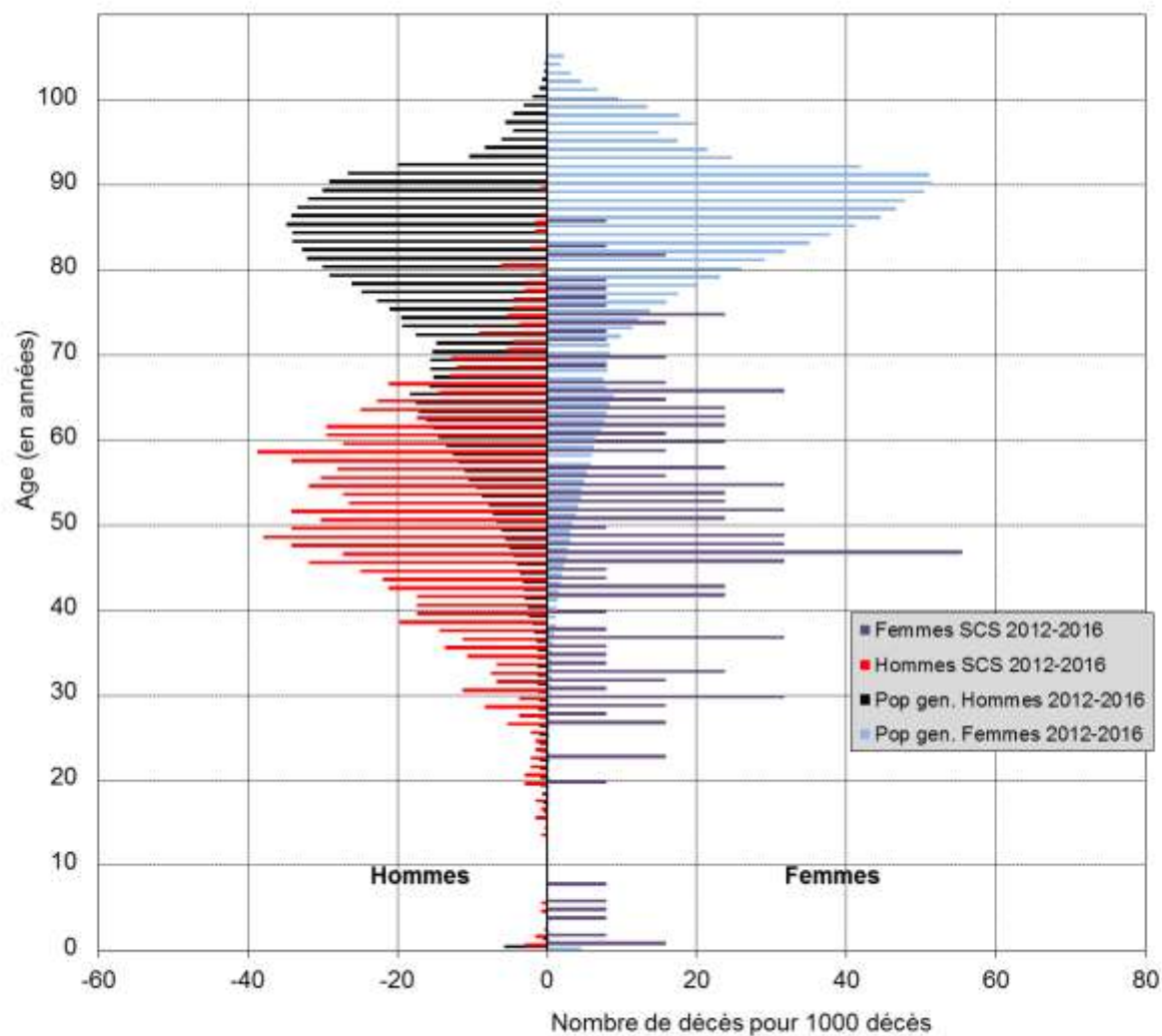


Figure 10 : Pyramide des âges au décès pour les personnes décédées « SDF » en 2012-2016 (n=1444 personnes avec l'âge disponible, 1318 hommes et 126 femmes)

Les pyramides des âges montrent des aspects résolument différents entre la pyramide pour la population générale et celle pour la population « SDF ». **En effet, la majorité des personnes « SDF » décède plus tôt que la population générale.** Chez les femmes, les faibles effectifs résultent en un histogramme plus marqué, mais comparable à celui des hommes, sauf pour les très bas âges, et les âges très avancés. Ceci s'explique là encore par les faibles effectifs.

Pour les anciens de la rue, une hausse de l'âge moyen s'observe à partir de 2013, avec toujours un âge moyen plus élevé en Ile-de-France que dans les autres régions :

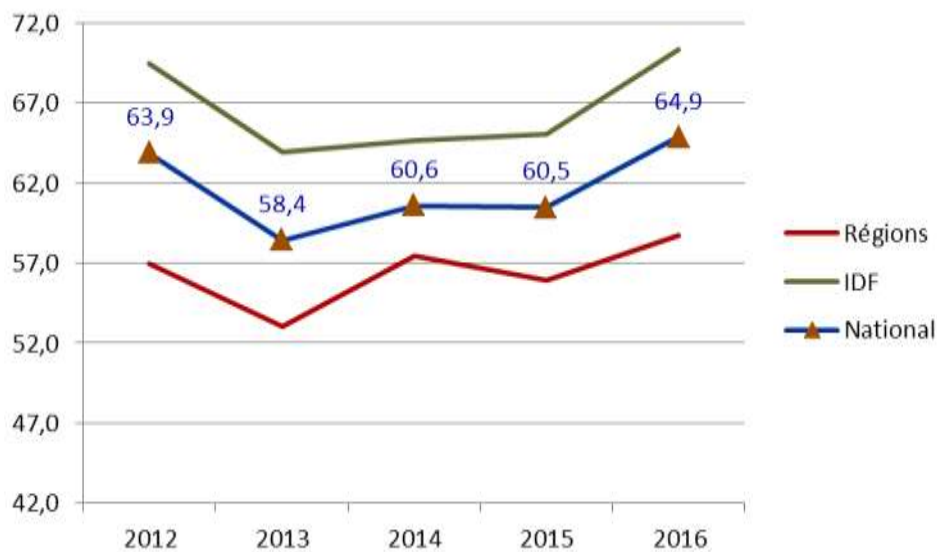


Figure 11 : Age moyen du décès selon la région et l'année de décès, parmi les «Anciens de la Rue» (N=395).

4.2.3. Nationalité

La complétude de la variable nationalité ainsi que celle du pays de naissance s'est améliorée depuis 2012, là encore avec la démarche de demande d'acte de décès.

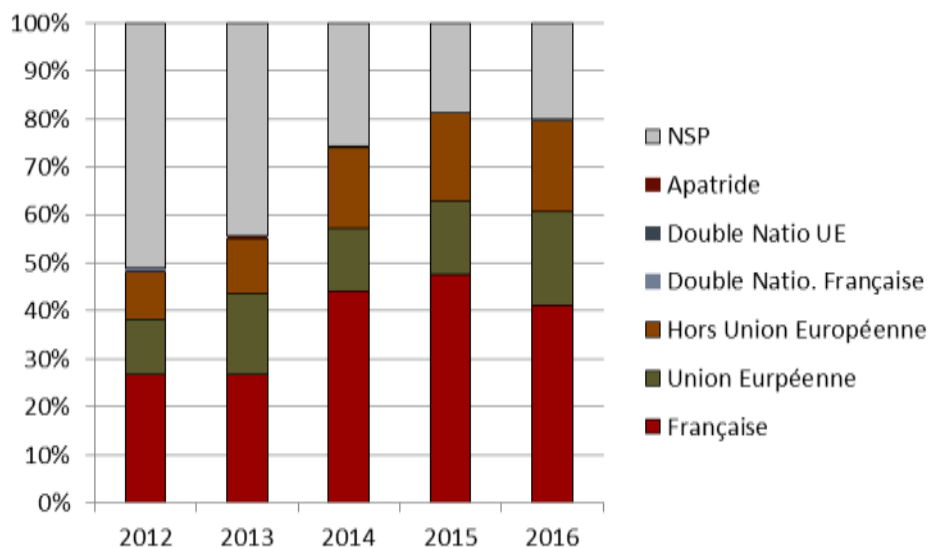


Figure 12 : Nationalités parmi les décès des personnes « SDF » (N=2369)

Parmi les personnes de nationalité française, 66 personnes nées hors du territoire français ont été naturalisées, soit 6% des 1100 personnes déclarées de nationalité française. 732 personnes, soit 31% des personnes « SDF » décédées, sont de nationalité inconnue. Il est probable qu'une majorité de ces personnes soit française, étant donné leur patronyme.

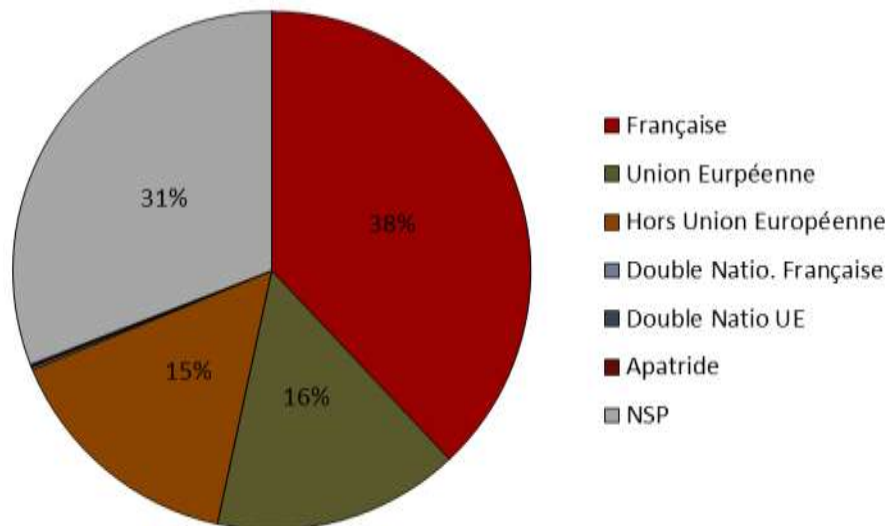


Figure 13 : Proportion de nationalités parmi les décès des personnes « SDF », 2012-2016, N=2369

La proportion de personnes françaises (nées en France ou naturalisées) parmi les personnes « SDF » se rapproche de celle décrite dans l'enquête de l'INSEE (44%), pour les années 2014-2016. **Sur les 5 années, la proportion de décès de personnes françaises représente 38% des décès.** Sur l'ensemble des personnes « SDF » décédées entre 2012 et 2016, les décès de personnes françaises représentent la majorité des décès de personnes dont la nationalité est connue.

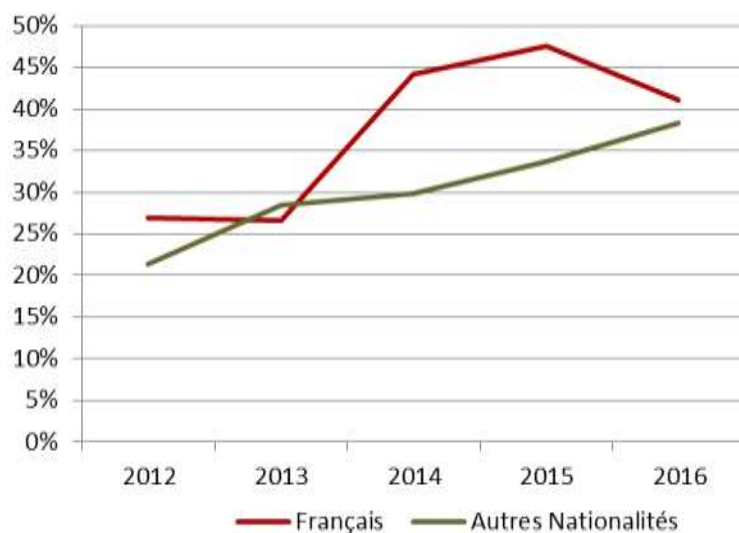


Figure 14 : Evolution de la proportion des nationalités parmi les personnes « SDF »

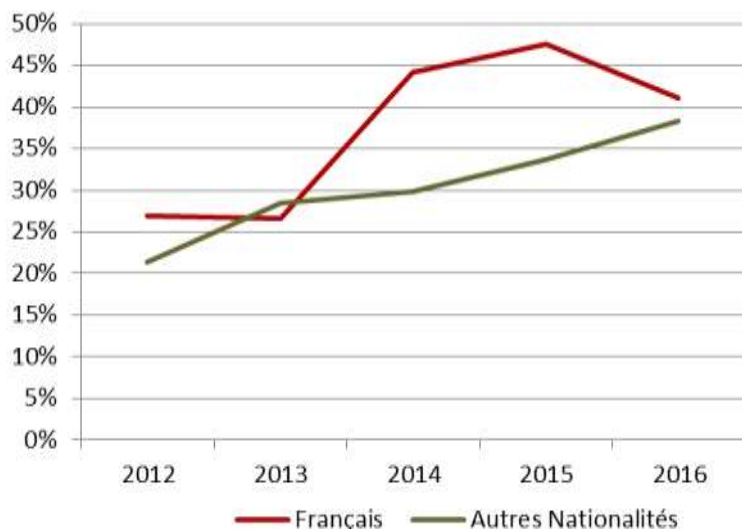


Figure 14), ce qui est cohérent avec les résultats de l'enquête INSEE de 2012 [15]. Ce résultat est à prendre avec précaution à cause de la proportion de personnes « SDF » décédées dont la nationalité reste inconnue.

Total 2012-2016

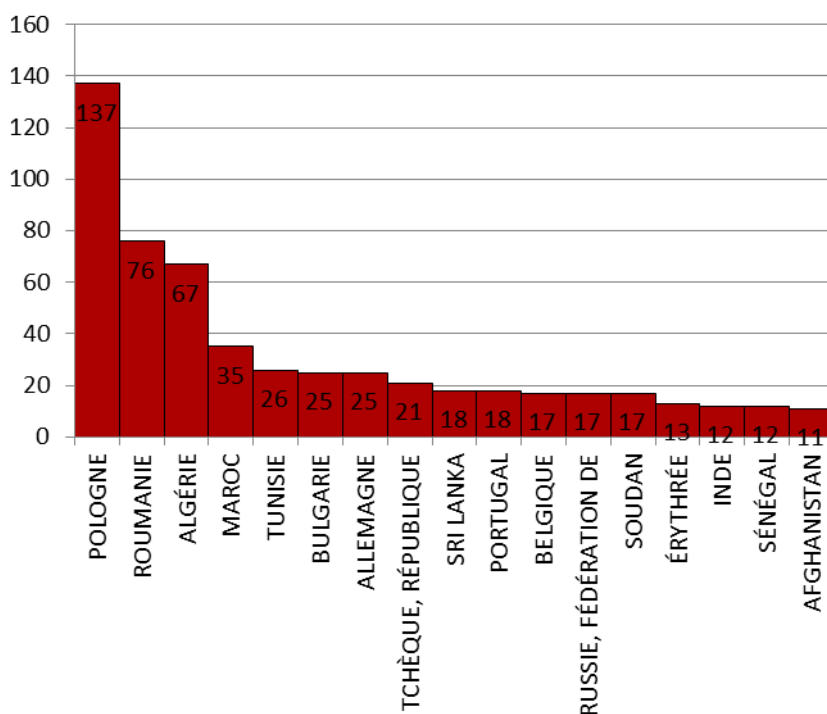


Figure 15 : Pays de naissance pour lesquels l'effectif de personnes « SDF » décédées est supérieur à 10 parmi les décès des personnes « SDF », 2012-2016 (N=2369)

Les pays de naissance hors de France les plus représentés parmi les personnes « SDF » décédées sont la **Pologne**, avec **137 décès en 5 ans**, suivie de la **Roumanie**, avec **76 décès**.

Le Maghreb est également fortement représenté, avec l'**Algérie (67 décès)**, le **Maroc (35 décès)** et la **Tunisie (26 décès)**.

On remarque également des décès de personnes migrantes originaires d’Afrique Sub-saharienne : Soudan, Erythrée, ou encore de pays d’Orient ou du Moyen-Orient (Sri Lanka, Inde, Afghanistan).

Les Polonais sont majoritairement des hommes (91%), dont le tiers ont passé plus de 5 ans à la rue. 40% étaient domiciliés, signe d’une intégration administrative. Ils sont morts plus jeunes que la moyenne nationale, à 47,5 ans en moyenne. L’addiction à l’alcool était décrite pour près de la moitié d’entre eux, plus que la moyenne constatée parmi les décès signalés au CMDR (37%).

Les caractéristiques démographiques sont différentes selon les nationalités : parmi les Roumains figurent 8 enfants de moins de 15 ans, aucun parmi les Polonais et les Algériens. Ces derniers meurent plus âgés que les autres, à 66 ans en moyenne.

Parmi les personnes de nationalité roumaine, de nombreux ressortissants appartiennent à la communauté Rom qui, vivant en bidonville ou en squat, sont considérés comme « SDF ». Un nombre important de morts nous échappe car sont signalées surtout les morts accidentelles et/ou très précoces (enfants). Les décès de personnes plus âgées à l’hôpital après des années de vie dans des conditions indignes et insalubres, ne sont pas signalés par la famille ou les travailleurs sociaux.

Les causes de décès varient selon les nationalités également : il y a davantage de causes de décès connues (70%) pour les Roumains, avec également une plus forte proportion de décès de cause violente (30%), contre (13%) pour les Algériens, lesquels meurent davantage de maladie.

Ces différences illustrent les divers facteurs de risque de décès au sein de la population hétérogène des personnes « SDF ».

Parmi les personnes nées à l’étranger, figurent 34 mineurs. Ces enfants, tous nés de parents non français, vivaient majoritairement dans des conditions insalubres (bidonvilles) ou non sécurisées (hôtels).

Globalement les décès d’enfants sont peu fréquents, et représentent 1,5% des décès de personnes « SDF » entre 2012 et 2016. On remarque un pic en 2013 avec 15 enfants, dont la majorité vivait en bidonville dans la communauté dite « Rom ». Toutefois on remarque une progression de 2014 (5 décès) à 2016 (8 décès).

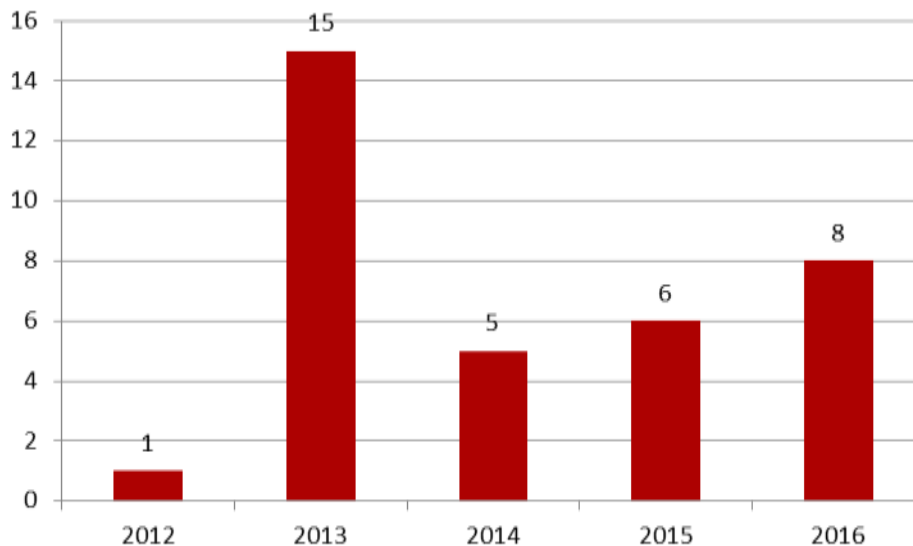


Figure 16 : Nombre d'enfants « SDF » de moins de 15 ans décédés entre 2012 et 2016 (N=35)

Nous distinguons 3 types de profil parmi les enfants de moins de 15 ans décédés entre 2012 et 2016 :

- Les enfants roms originaires de pays de l'Est, vivant en campement ou en squat, avec leur famille ; ils sont victimes d'incendies, d'accidents de la route ou de maladies congénitales à la naissance. 21 décès ont été signalés au CMDR entre 2012 et 2016.
- Les enfants de parents d'origine africaine hébergés par le 115, pour certains décédés en très bas âge, voire à la naissance. 4 enfants sont décédés simultanément en 2013 lors d'un drame à St-Ouen-l'Aumône, près de l'hôtel où ils étaient hébergés avec leur famille. Un autre est tombé par la fenêtre de l'hôtel où il était accueilli. Au total 9 décès ont été signalés entre 2012 et 2016
- En 2016, un jeune migrant isolé de Calais âgé de 13 ans qui tentait de passer en Angleterre, et l'enfant d'une jeune femme érythréenne ; celle-ci fut victime d'une collision avec un train en tentant de passer la frontière, alors qu'elle était enceinte. L'enfant est né prématurément mais n'a pas survécu.
- En 2015, un jeune réfugié tchétchène, décédé accidentellement alors qu'il est hébergé avec sa famille.

4.3. Données sur le temps d'errance et l'hébergement

Résumé : Hébergement et temps d'errance

Temps passé à la rue

- Les personnes « SDF » ont passé **en moyenne 10,3 ans à la rue** avant de décéder. Cette durée est constante depuis 2014.

Dernier lieu de vie

- **Un tiers des personnes « SDF »** décédées a vécu ses derniers moments dans des lieux non prévus pour l'habitation (voie publique, abri, squat)
- **Augmentation de la proportion de personnes hébergées en lieux de soins** : moins de 5% en 2012, plus de 20% en 2016

4.3.1. Temps passé en situation de rue

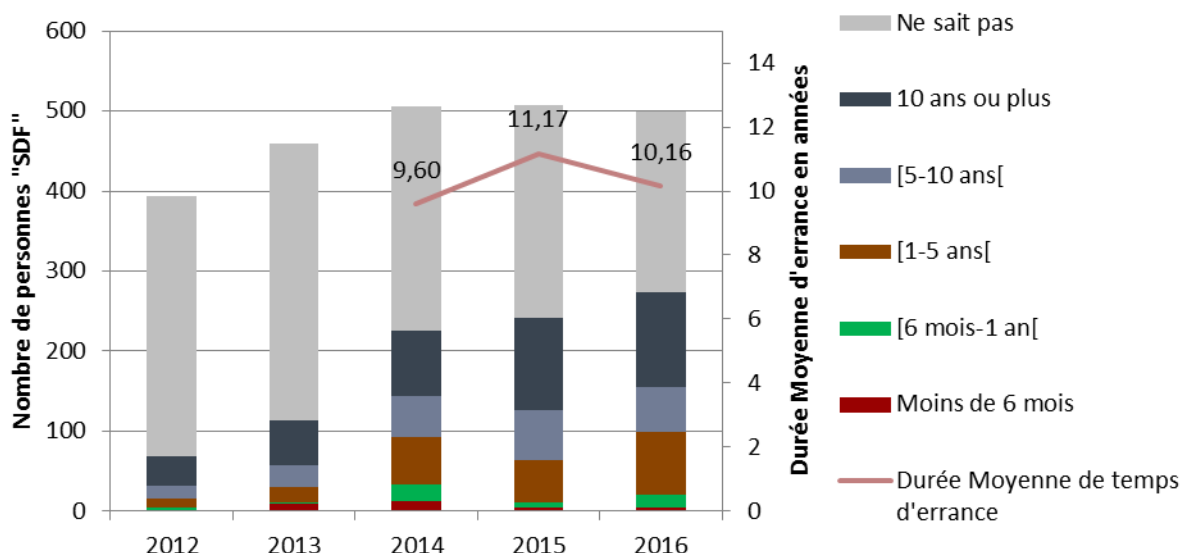


Figure 17 : Temps d'errance en classes et durée moyenne d'errance pour les personnes « SDF » 2012-2016 (N=2369)

Le temps passé en errance est mieux renseigné chaque année, malgré une forte proportion de personnes pour lesquelles il reste inconnu. **Il semble osciller autour de 10 ans, et être en baisse pour 2016. Il est de 10,3 ans en moyenne sur les 3 années 2014-2015-2016.**

Cette durée reste très longue. Ceci est probablement dû au fait que les personnes identifiées comme « SDF » dont le décès est signalé au CMDR sont en situation d'errance depuis longtemps, ce qui contribue à leur identification comme « SDF » ; les personnes en errance depuis moins longtemps, plus discrètes, sont moins susceptibles d'être identifiées comme telles, à moins qu'elles ne s'adressent à des dispositifs d'aide pour « SDF ».

4.3.2. Derniers lieux de vie

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Parov était connu du quartier, il avait son coin de manche face à l'épicerie du quartier. Il dormait dans un recoin d'une cour d'immeuble où il avait fini par se faire accepter des riverains qui l'aidaient. Il vivait là, en bonne entente avec le voisinage, depuis une quinzaine d'année.

Joséphine était une habituée du 115, elle avait réussi à stabiliser son hébergement pour éviter trop de transports à elle et son enfant. Elle logeait dans un hôtel en banlieue depuis 4 mois, dans la même chambre, et avait fini par s'attacher un peu à ce lieu.

Lucas avait un matelas attitré depuis 1 an dans un squat bien connu de la ville ; il avait réussi à s'imposer face aux anciens. Mais d'autres nouveaux mettaient une sale ambiance, il allait repartir, ce ne sont pas les squats qui manquent quand on sait chercher...

Vincent ne savait jamais où il allait dormir ; quand il finissait par obtenir une chambre avec le 115, il n'arrivait jamais à la garder, à cause des soirées dans les squats ou à la rue avec les copains et parce qu'il oubliait de rentrer, à cause aussi des passages aux urgences pour ivresse aigue, et les hospitalisations psy quand ça n'allait vraiment pas... Sa sœur l'accueillait à la sortie d'hospitalisation, mais la cohabitation était impossible, et Vincent repartait dans la rue ou en squat.

Les derniers lieux de vie (dernières 24 heures) sont connus pour environ 70% des personnes « SDF » entre 2012 et 2016.

Pour les personnes « SDF », on remarque une augmentation de la proportion des personnes décédées lors de leur séjour en lieu de soins (moins de 5% en 2012, plus de 20% en 2016). Ceci peut être dû à l'augmentation du temps de séjour en hôpital, une meilleure prise en charge médicale ou encore au profil des personnes dont les décès sont signalés au CMDR. En 2016, de nombreuses personnes sont décédées en unité de soins longue durée, notamment à Nanterre, ou également en soins palliatifs, où ils ont été considérés comme hébergés, car la durée de séjour dépassait les 3 mois.

La proportion des personnes vivant sur la voie publique, ou en squat, au moment du décès, reste identique (autour de 30%), ainsi que la proportion de personnes hébergées dans des structures accueillant les personnes « SDF » (15%).

Les derniers lieux de vie (dernières 24 heures) sont logiquement mieux renseignés pour les personnes anciennement « SDF » : ils sont stabilisés, voire suivis dans leur fin de vie. Pour ces personnes stabilisées, la proportion de personnes ayant séjourné principalement dans des lieux de soins au cours des derniers mois de vie augmente entre 2012 et 2016.

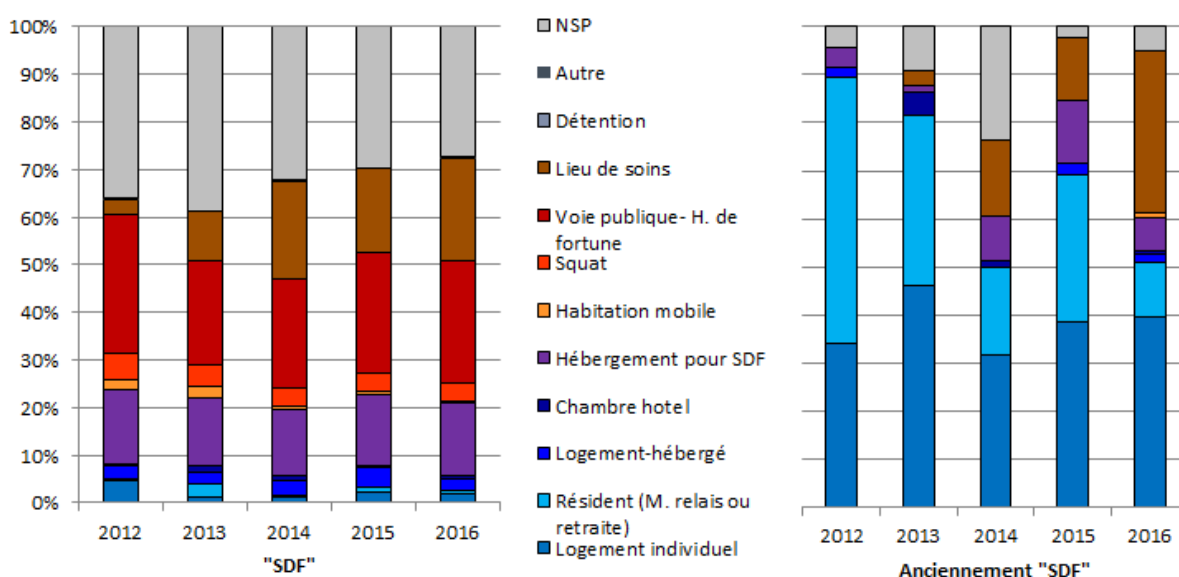


Figure 18 : Dernier lieu d'habitation (dernières 24h) pour les personnes « SDF » (N=2369) et anciennement « SDF » (N=395)

4.4. Lieu de décès

Résumé : Lieu de décès

- **Augmentation de 25 % des décès en Ile-de-France et à Paris** entre 2015 et 2016
- **Augmentation des décès constatés sur la voie publique** et en abri entre 2012 et 2016, pour les personnes en situation de rue
- **Augmentation des décès dans des lieux non prévus pour l'habitation** en Ile-de-France : de 27% en 2012 à 48% en 2016
- **Décès dans des lieux non prévus pour l'habitation** hors Ile-de-France : 60% entre 2012 et 2016, avec une augmentation à 70% en 2016

4.4.1. Région de décès

D'après l'INSEE, en 2012, **45% des personnes « SDF » étaient implantées en Ile-de-France**. Cette proportion avait augmenté de 84% entre 2001 et 2012 [28]. Du fait de l'implantation du Collectif Les Morts de la Rue à Paris depuis 2002 et suite au développement de son réseau, une forte proportion des décès est rapportée dans la région Ile-de-France. **Cette proportion a fortement augmenté en 2016, avec un pic à 225 décès**, soit une hausse de près de 40% par rapport à 2012.

Les décès de personnes « SDF » en Ile-de-France représentent près de 41% des décès signalés entre 2012 et 2016, et la population de personnes « SDF » recensée en Ile-de France représente 45% des personnes « SDF ». Il semblerait donc que les proportions soient cohérentes. Toutefois, nous savons que la totalité des décès n'est pas signalée au CMDR, il est donc difficile de se prononcer. Ce chiffre varie aussi selon les années, on voit dans la figure 19 que les décès de l'Ile-de-France représentaient entre 42% et 45% du nombre de décès en 2012 et 2013. Cette proportion redescend en 2014 et 2015, avant de remonter en nombre et en proportion en 2016. Quelles pourraient être les raisons de cette augmentation ?

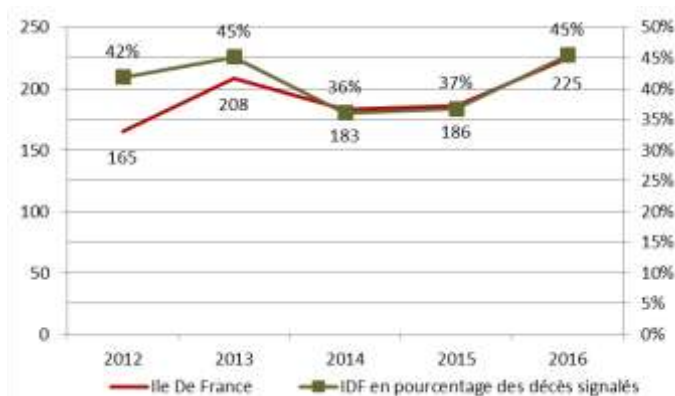


Figure 19 : Nombre de décès de personnes « SDF » en Ile-de-France, et proportionnellement aux décès rapportés en France entière

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	% Total
Ile-de-France	165	208	183	186	225	967	40,8%
PACA*	44	48	57	54	40	243	10,3%
Hauts de France*	35	33	49	61	48	226	9,5%
Occitanie*	39	48	34	46	45	212	9,0%
Auvergne Rhône Alpes*	31	28	32	47	40	178	7,5%
Nouvelle Aquitaine*	17	16	38	22	18	111	4,7%
Grand Est*	15	16	34	17	25	107	4,5%
Pays de Loire*	6	13	18	28	23	88	3,7%
Normandie*	13	16	18	13	12	72	3,0%
Bretagne*	9	14	11	9	5	48	2,0%
Bourgogne Franche Comté	3	6	15	4	4	32	1,4%
Réunion	4	4	8	3	7	26	1,1%
Corse	3	2	2	5	4	16	0,7%
Centre Val de Loire	0	3	2	6	1	12	0,5%
Guadeloupe	2	0	3	3	0	8	0,5%
Guyane	2	1	2	2	1	8	0,3%
Martinique	0	2	1	0	0	3	0,3%
Ne sait Pas	6	3	1	1	0	11	0,1%
Total	394	461	508	507	498	2,368	

Tableau 6 : Décès par région des personnes « SDF » depuis 2012. (les * marquent les régions où œuvre un Collectif d'Accompagnement des Morts de la Rue en région)

La région présentant la plus forte hausse est les Hauts-de-France, principalement à cause des décès de migrants lors de tentatives de passage en Angleterre. Le nombre de signalements y a diminué en 2016 principalement à cause de la baisse du nombre de décès de migrants (18 décès signalés contre 28 en 2015), mais le nombre de signalement de décès de personnes françaises dans cette région a diminué également (23 décès en 2016 contre 32 en 2015).

Les signalements de décès en Rhône-Alpes-Auvergne sont également en hausse, principalement à cause du développement du réseau de partenaires dans le domaine de l'accompagnement des personnes « SDF ». Les décès signalés dans le Grand-Est et en Pays-de-Loire sont en hausse également, reflétant dans les deux cas l'implantation de Collectifs régionaux (Grains de Sable à Strasbourg, de l'Ombre à la Lumière à Nantes).

En PACA, le nombre de décès signalés est en baisse en 2016, alors que les sources restent identiques, mais après dialogue avec ces sources, nous constatons que des changements institutionnels ne leur ont pas permis de recenser eux-mêmes les décès de leur région. Le biais de signalement ne permet pas d'envisager une baisse réelle du nombre de décès, ou une moindre visibilité liée à la restructuration de certaines structures d'hébergement, qui « disperseraient » les personnes « SDF » hors de leur cercle associatif habituel.

4.4.2. Communes

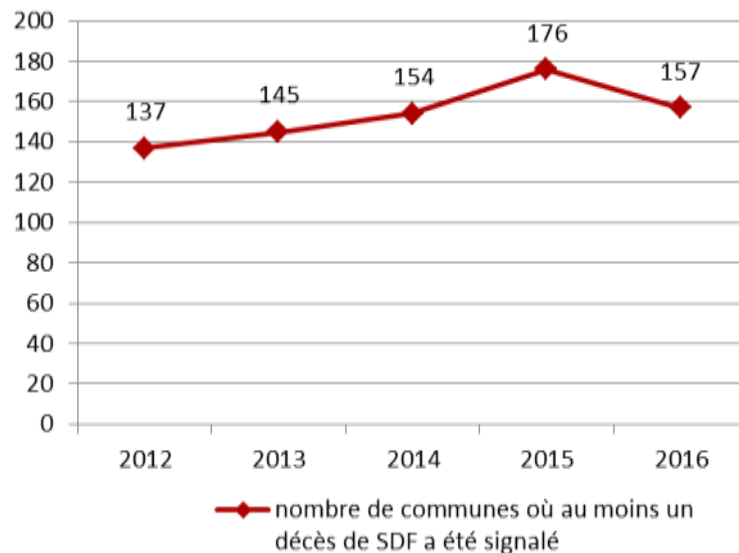


Figure 20 : Nombre de communes où au moins un décès de personne « SDF » a été signalé (Paris, Marseille et Lyon sont comptées chacune comme une commune)

Le nombre de communes concernées par des décès de personnes « SDF » augmente jusqu'en 2014, c'est la conséquence de l'étendue du réseau et de la connaissance du CMDR par les acteurs du domaine. La baisse observée en 2016 (19 communes de moins) est due principalement à des communes plus petites de l'Ile-de-France ayant connu un seul décès pour 2015.

14 communes ont connu des décès chaque année depuis 2012 ; parmi elles 11 abritent un Collectif Régional des Morts de la Rue. Le signalement des décès pour celles-ci s'est fait par ce partenaire local, et pour les autres principalement via des partenaires institutionnels, et les médias. On comprend ici l'importance pour l'étude d'une implantation locale pérenne

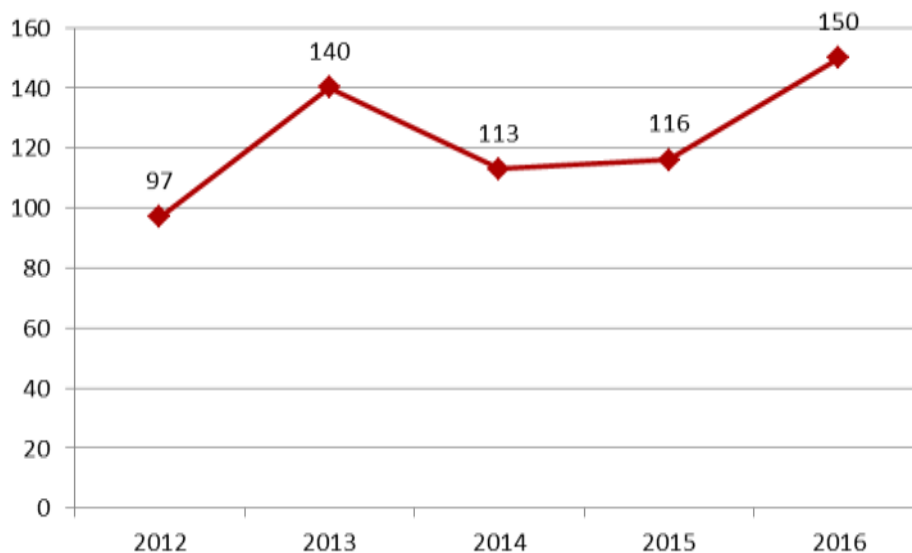


Figure 21 : Nombre de décès de personnes « SDF » signalé dans la commune de Paris

Le nombre de décès signalé dans la commune de Paris a augmenté depuis 2012, et plus particulièrement entre **2015 et 2016 de plus de 25%**. Les décès de personnes « SDF » survenus à Paris représentent près du quart des décès de personnes « SDF » survenus en France. Une analyse plus précise des sources nous indiquera s’il s’agit d’une tendance réelle de hausse des décès ou simplement d’une multiplication des sources de signalement.

En 2012, 45% des personnes « SDF » sont localisées dans l’agglomération parisienne, qui abrite à elle seule autant de « SDF » que toutes les autres agglomérations de plus de 200 000 habitants [15]. Parmi elles, seules 25% ont plus de 50 ans, contre 40% de la population générale à Paris [28]. La population « SDF » en Ile-de-France apparaît plus nombreuse, mais également plus jeune. Le nombre de décès de personnes « SDF » devrait logiquement être plus faible qu’en Régions, étant donné la relative jeunesse de la population « SDF ». Or 40% des décès de personnes « SDF » sont signalés en Ile-de-France. Il semblerait donc que ceci représente davantage l’efficacité du réseau de partenaires, qu’un taux de mortalité élevé parmi la population « SDF » de Paris.

Il est également surprenant de constater que l’âge moyen des personnes « SDF » décédées en Ile-de-France soit plus élevé qu’en région, étant donné la jeunesse de la population « SDF » en Ile-de-France. Cet âge moyen de décès est en baisse pour les décès en Ile-de-France.

Parmi les 39 communes de plus de 100 000 habitants, une seule d’entre elles ne présente pas de signalement de décès au Collectif les Morts de la Rue : Limoges, où il n’existe pas de Collectif d’Accompagnement des Morts de la Rue. Des contacts seront pris pour assurer des partenariats, et découvrir si cet état de fait reflète la réalité ou un manque de communication.

4.4.3. Lieu où le décès a été constaté

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

On l'appelait Baba dans le quartier ; il avait une tente sous un pont. Un jour, les pompiers l'ont emmené après un malaise, et les médecins ont découvert un cancer. Un essai de traitement a été tenté. Baba avait une chambre aux Lits Halte Soins Santé de la ville. Il y est décédé dans son lit, tranquillement. Michel a été trouvé dans un square, avec une plaie à la tête. Aucun témoin, personne ne sait ce qui a pu se passer...

Victor est décédé sur son matelas au coin de la bouche de métro ; quand le marchand de journaux s'est inquiété de ne pas le voir se lever il a appelé les pompiers.

Léon avait une chambre dans une maison relais depuis une petite année. Il y était bien installé, sa santé ne lui permettant plus de vivre à la rue comme avant. Au moins il pouvait prendre soin de lui. Un matin, les travailleurs sociaux l'ont trouvé décédé dans son lit pendant son sommeil.

En population générale, les décès sur la voie publique ou lieux publics (personnes « SDF » ou pas) représentent 1,2% des décès [29]. Ce taux varie selon la localisation de la région (nord ou sud), avec un gradient positif vers le sud, et l'étendue du littoral.

Les décès en milieu hospitalier représentent 48% des décès en population générale.

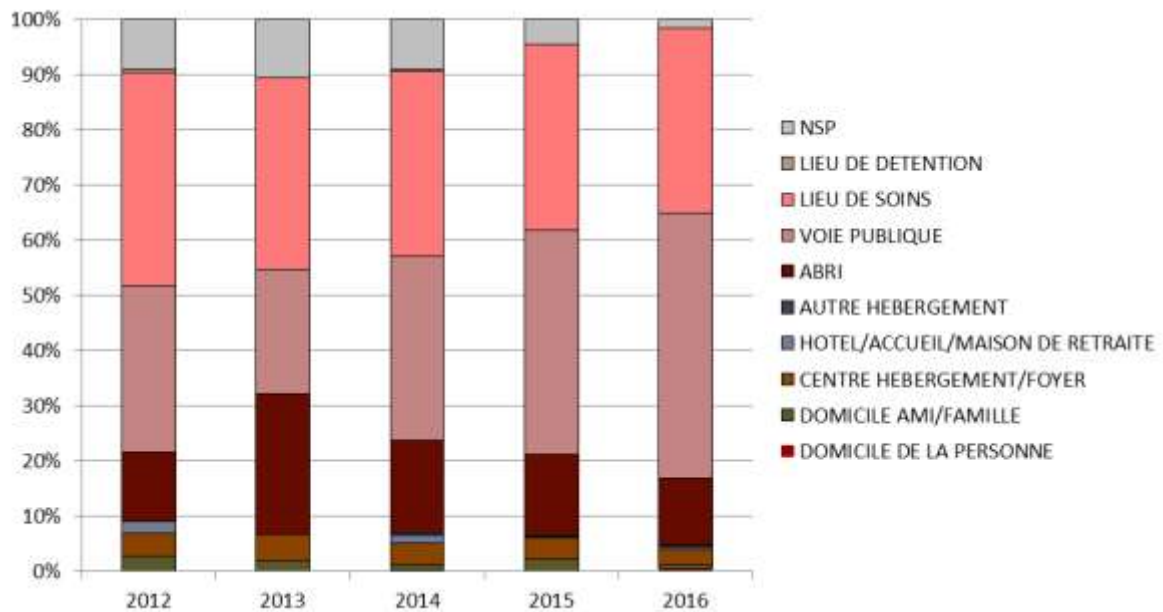


Figure 22 : Lieu où le décès a été constaté, parmi les personnes en situation de rue (N=1306)

Parmi les personnes en « situation de rue », on remarque que **la proportion de décès sur la voie publique augmente depuis 2013, passant de 22% en 2013, à 48% en 2016**, tandis que la proportion de décès en lieux de soins diminue légèrement (39% en 2012 à 34% en 2016). La proportion de décès en abri (cabane, tente) diminue également. Il est probable que les personnes en situation de migration, habitant dans des cabanes dans les campements du Calais, aient eu un impact sur l'augmentation de décès sur la voie publique, la majorité ayant succombé à des accidents en tentant de rejoindre l'Angleterre.

Ces différences varient entre Ile-de-France et Régions.

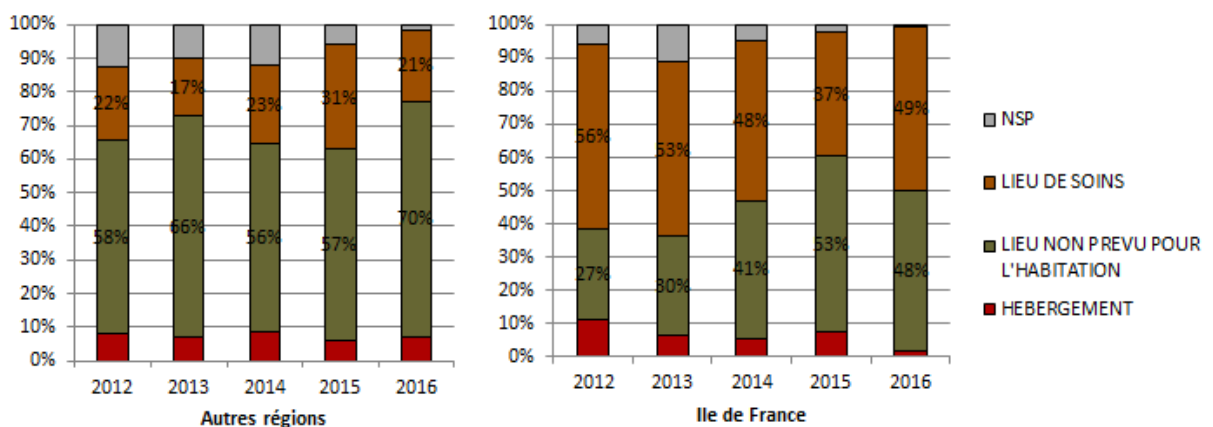


Figure 23 : Lieux de décès des personnes « SDF » entre Ile-de-France et Régions

En régions, la proportion **de décès dans des lieux non prévus pour l'habitation a augmenté de 20%**. En revanche, en Ile-de-France, la proportion de décès signalés dans ces lieux est moindre, mais a augmenté de près de 80%, après une baisse entre 2015 et 2016. Cette différence est aussi due au mode de signalement des décès en régions, dont le tiers est signalé par les médias, qui relaient davantage de décès sur la voir publique. Beaucoup d'hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces chiffres :

- Un plus faible signalement des décès à l'hôpital,
- Un plus fort signalement des décès sur la voie publique à cause d'une meilleure visibilité du CMDR, le nom « Morts de la rue » interpelle sur le sujet.
- **Une mortalité accrue sur la voie publique, pour une proportion des personnes les plus isolées**, qui ne parviennent pas à accéder ou à occuper les lieux d'hébergement. Ces personnes sont les plus compliquées à accompagner, et représentent les cas les plus difficiles pour les équipes de travailleurs sociaux. Elles se retrancheraient dans des abris ou des endroits isolés, avec davantage de risques de décès isolés dans ces lieux.

En tout cas, il apparait qu'une personne « SDF » a près de 17 fois plus de risques de mourir dans un lieu non prévu pour l'habitation qu'une personne lambda. Etant donné l'augmentation des lieux non prévus pour l'habitation dans les derniers lieux de vie (voir section 4.3 dernier lieu de vie et temps d'errance), il est logique d'y constater davantage de décès.

Il apparait donc à la lumière de l'analyse en 4.3.2 que **davantage de personnes effectuent des longs séjours en lieux de soins**, indiquant probablement une meilleure prise en charge en fin de vie. Mais **l'augmentation des décès sur la voie publique parmi les personnes en situation de rue montre une aggravation de la situation pour les plus fragiles** des personnes « SDF ».

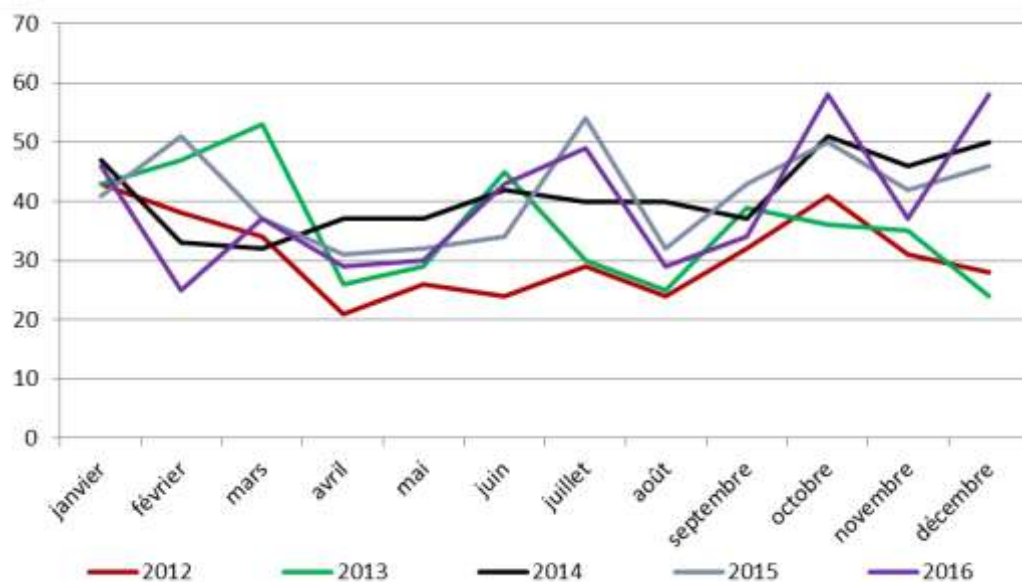
4.5. Autour du décès

Résumé : Autour du décès

- Mois avec majorité des décès : Octobre, Janvier
 - **Majoration de décès en hiver, comme en population générale**
 - Augmentation de la proportion de corps retrouvés tardivement en 2016 : 3,1%, en majorité dans les lieux non prévus pour l'habitation
 - Causes de décès :
 - Près de **la moitié des causes de décès non connues**
 - Parmi les causes connues, **une majorité (32%) de décès par cause externe (accident, agression) en Régions**
 - Parmi les causes connues, **une majorité de décès par maladie (31%) en Ile-de-France**
- Paris**
- **Augmentation des décès passés par l'IML de Paris en 2016 : 67 en 2016** contre une moyenne de 38 par an entre 2012 et 2016
 - **Augmentation des suicides à Paris en 2016 : 10 en 2016** contre une moyenne de 2 par an entre 2012 et 2016

4.5.1. Mois de décès

Bien que les médias concentrent surtout leur attention sur les décès de personnes « SDF » aux grands froids et en période de canicule, liant intuitivement les décès des personnes « SDF » à des facteurs de risque climatiques, les décès de personnes « SDF » surviennent toute l'année.



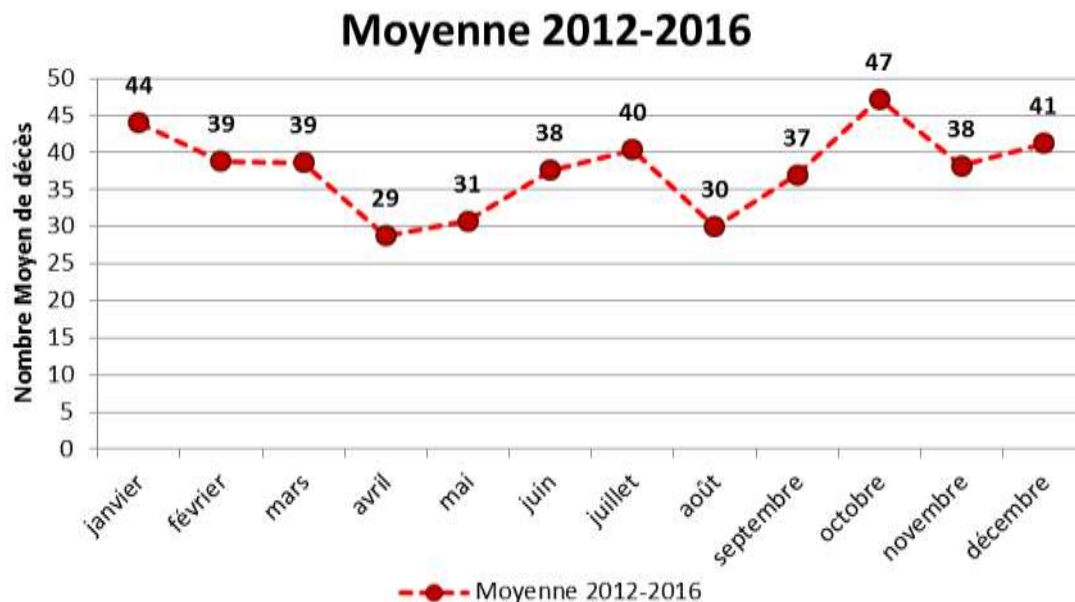


Figure 24 : Mois de survenue du décès de personnes « SDF » signalées au CMDR entre 2012 et 2016, et moyenne des décès par mois sur la période 2012-2016 (N=2369)

La moyenne du nombre de décès mensuels consolidée sur 5 ans depuis 2012 montre une majorité de décès en **Octobre (47 décès en moyenne)**, suivi par **Janvier (44 décès en moyenne)**. Ces mois correspondent au début de l'hiver, au stress de l'accès à l'hébergement avant et pendant le froid... On remarque également une **augmentation des décès au mois de juillet (40 décès)** comparativement aux mois environnants, qui peut correspondre aux **ruptures d'accompagnement pendant l'été**, quand beaucoup de structures ferment pour les congés. Il est difficile de mettre en évidence un lien causal entre la période de l'année et les causes médicales de décès, tant les situations sont différentes.

Le mois avec le moins de décès est Avril (28,8 en moyenne), suivi du mois d'Aout (30 en moyenne).

Pour les personnes en situation de rue, qui sont particulièrement vulnérables aux aléas climatiques, une analyse spécifique montre des tendances similaires :

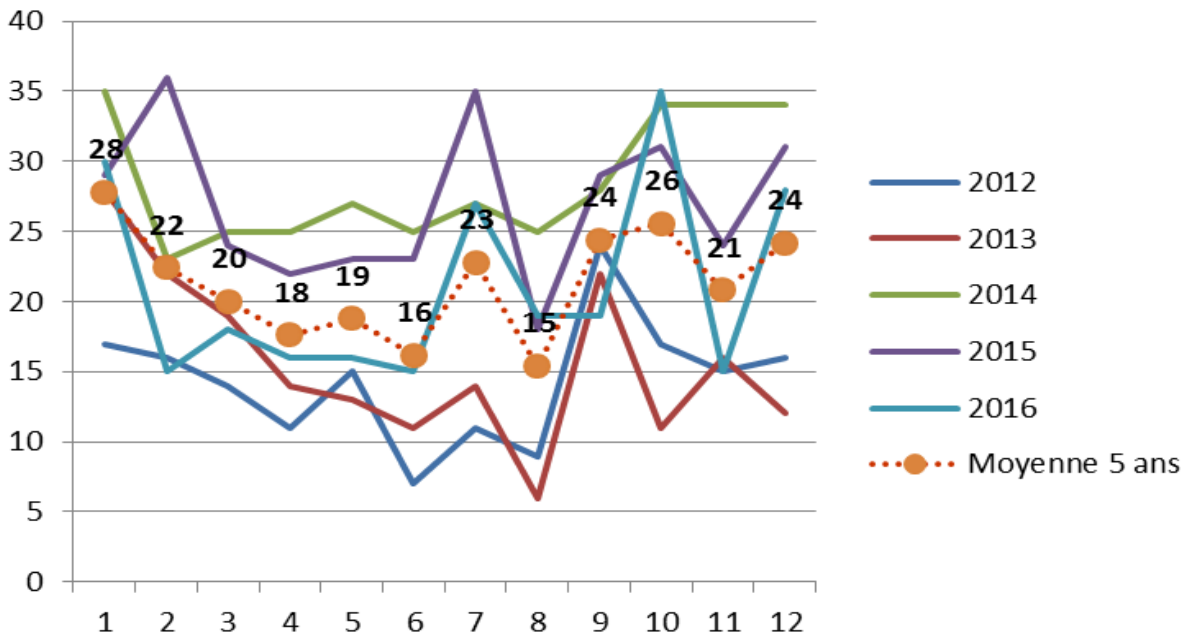


Figure 25 : Mois de survenue du décès de personnes en situation de rue signalées au CMDR entre 2012 et 2016 (N=1306)

Là encore, les mois de janvier (28 décès en moyenne) et octobre (26 décès en moyenne) sont les périodes où les décès de personnes en situation de rue sont les plus fréquents. Et encore, on remarque le pic de juillet, qui détonne avec les autres mois de la période.

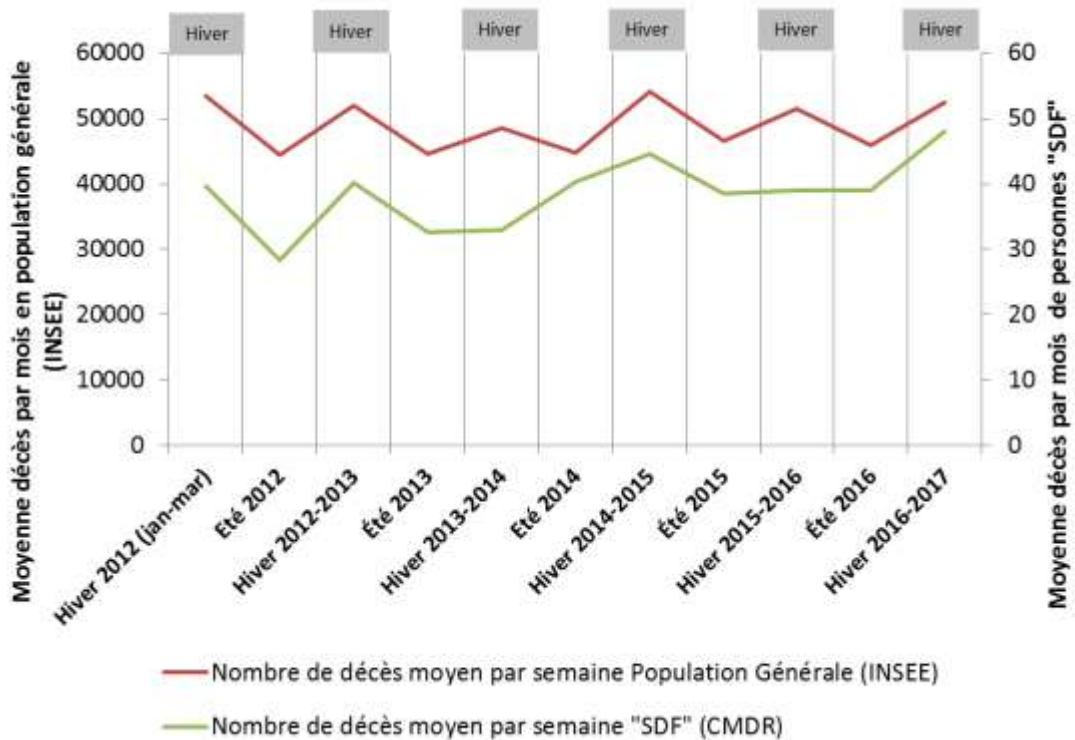


Figure 26 : Analyse saisonnière du nombre moyen de décès par semaine, en population générale et pour les décès « SDF » signalés au CMDR.

La population générale (non standardisée sur l'âge et le sexe) montre une tendance à davantage de décès hivernaux (environ 15%). Ceci est dû au vieillissement de la population, exposée davantage aux épidémies hivernales.

La population « SDF » semble montrer la même tendance, avec quelques exceptions en hiver 2013-2014 et hiver 2015-2016. Il semble donc contrairement aux idées relayées dans les médias que les décès de personnes « SDF » ne soient pas spécifiquement corrélés aux conditions climatiques ou saisonnières, mais qu'il s'agisse d'une tendance globale dans la population, notamment vulnérable. Il faudrait effectuer la même analyse avec les dates de décès d'une population standardisée sur l'âge et le sexe afin de confirmer ces tendances.

4.5.2. Etat du corps et identification

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Lucien a été retrouvé dans sa cabane par un chasseur, près de 3 semaines après sa mort. Il a été identifié grâce à ses papiers retrouvés sur place.

Fredo a été retrouvé dans le fleuve, une semaine après sa disparition. Il a pu être reconnu par la famille.

Un squelette a été trouvé dans une grotte, personne ne savait qui pouvait habiter là. Aucun papier, aucune trace n'a permis d'identifier le corps. La police n'a même pas pu dire s'il s'agissait d'un homme ou d'une femme.

51 corps ont été retrouvés tardivement, (plus de 24h après le décès), cela concerne près de 2% des décès. Pour 3 d'entre eux, l'état du corps rendait impossible l'identification et l'explication des causes de décès.

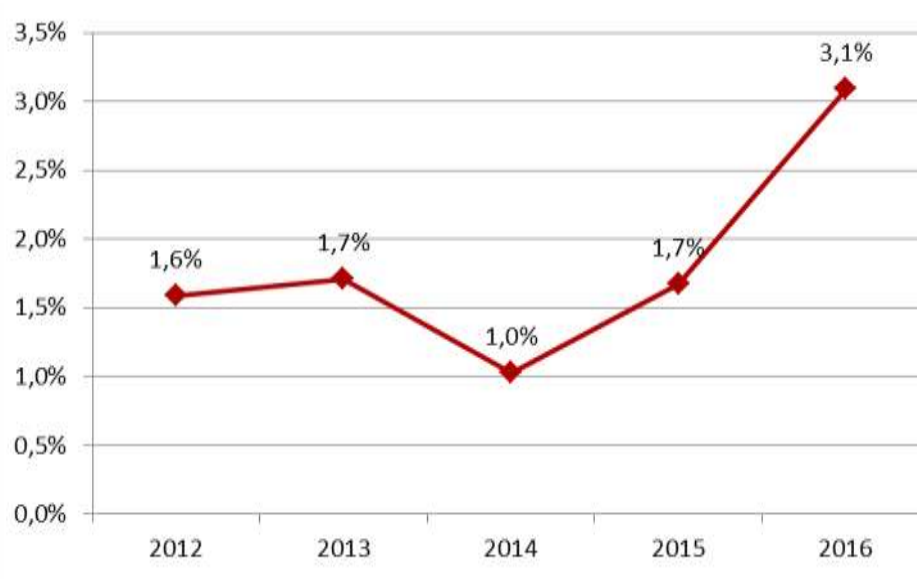


Figure 27 : Proportion des corps découverts retrouvés plus de 24h après le décès parmi les décès signalés au CMDR, toutes situations confondues (N=2764)

Un biais sérieux existe pour les premières années de l'étude, pendant lesquelles les décès de personnes dont la date de décès n'était pas définissable étaient exclus de l'étude.

Les lieux de ces décès varient évidemment selon le lieu de vie de la personne :

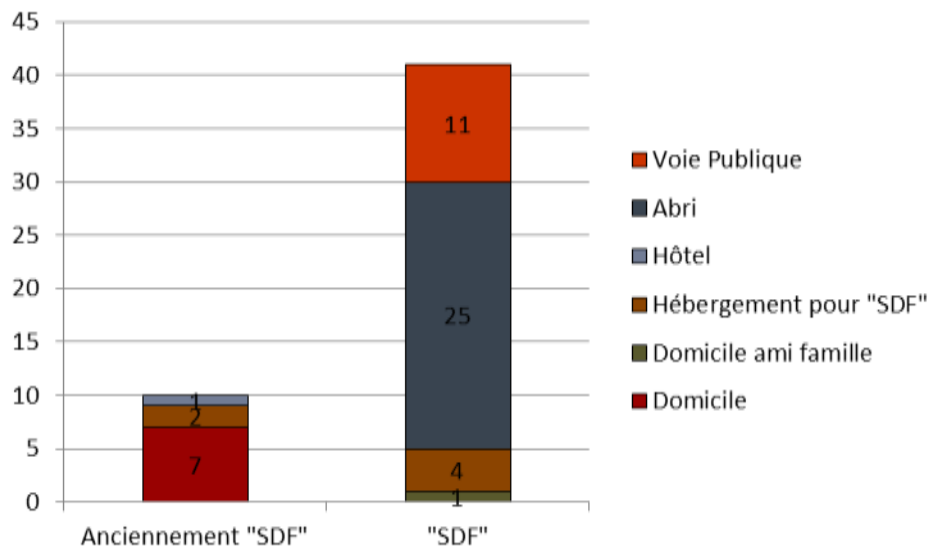


Figure 28 : Lieu de découverte des corps plus de 24 h après le décès, pour les anciennement « SDF » (N=395) et les « SDF » (N=2369)

Depuis 2012, 75 corps n'ont pas pu être identifiés par les autorités au moment où nous avons enquêté sur leur parcours (police et administration), soit plus de 3% des décès. Cette proportion est en augmentation depuis 2012 :

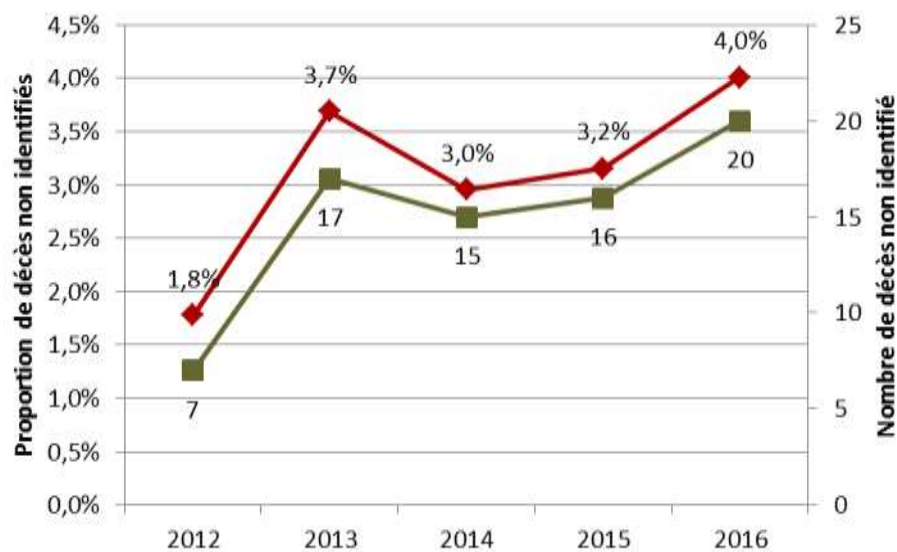


Figure 29 : Proportion de corps non identifiés au moment de l'étude parmi les décès de personnes « SDF » (N=2369)

4.5.3. Analyse médico-légale

Il appartient au médecin constatant le décès de mentionner une cause suspecte et de déclencher le processus médico-légal (IML). Tous les décès survenus sur la voie publique passent par l'IML, mais l'examen médico-légal n'est pratiqué qu'en cas de doute sur le caractère naturel du décès.

Une analyse spécifique sur Paris montre une augmentation des décès de personnes « SDF » qui auraient subi un examen médico-légal en 2016 (décès sur la voie publique ou causes de décès violentes ou externes). **Près de 45% des décès de personnes « SDF » survenus dans la ville de Paris et signalés au CMDR auraient subi un examen médico-légal.**

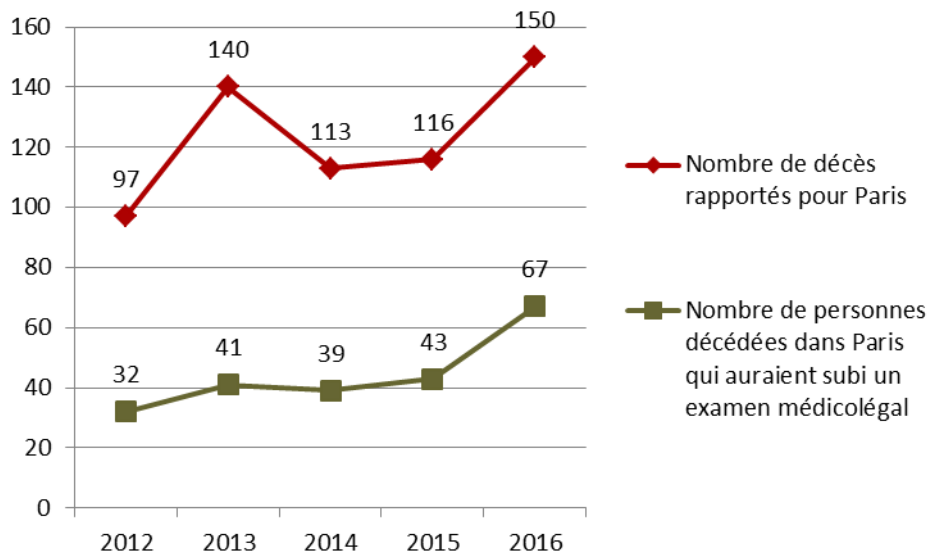


Figure 30 : Nombre de décès de personnes « SDF » à Paris, et nombre de personnes qui auraient subi un examen médico-légal Paris.

Cette augmentation est due à **la hausse des décès sur la voie publique, et des causes externes (agressions, accidents, suicides)**, qui poussent le médecin à requérir un examen médico-légal.

Près de la moitié des personnes « SDF » décédés à Paris et signalés au CMDR passe par l'IML. **L'IML de Paris conduit près de 3000 examens médico-légaux par an, la proportion de personnes « SDF » connues comme telles représente environ 1,5% des décès qui transitent par l'IML.** Cette forte proportion des décès de personnes « SDF » passant par l'IML montre l'intérêt d'une collaboration scientifique concernant les résultats des examens, afin d'approfondir les causes de décès. Il faut toutefois en limiter l'intérêt, l'IML déterminant seulement s'il y a un obstacle médico-légal mais n'investigant pas sur les causes de décès de mort naturelles.

4.5.4. Causes de décès

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Franck est décédé à 55 ans d'une cirrhose du foie, il était alcoolique depuis plus de 20 ans, et à la rue depuis 5 ans.

Gégé a souffert de multiples cancers : poumons, lèvre, palais avant de succomber à une métastase au cerveau.

Mélanie 52 ans, a été trouvée au petit matin, dans son lit du centre d'hébergement. Le médecin a déclaré une mort naturelle, aucun examen médico-légal ne sera effectué. Elle n'était pas malade, malgré un alcoolisme sévère.

Mehmet 19 ans, a succombé à un choc avec un poids lourd, en tentant de traverser la Manche pour l'Angleterre. Le chauffeur ne s'est pas arrêté, ce sont ses compagnons qui ont averti la police. Il venait d'Erythrée rejoindre sa sœur et ses neveux installés en Grande - Bretagne.

4.5.4.1. Type de décès : Cause violente, maladie, ou inconnue

Les types de décès varient selon les régions pour les personnes « SDF » :

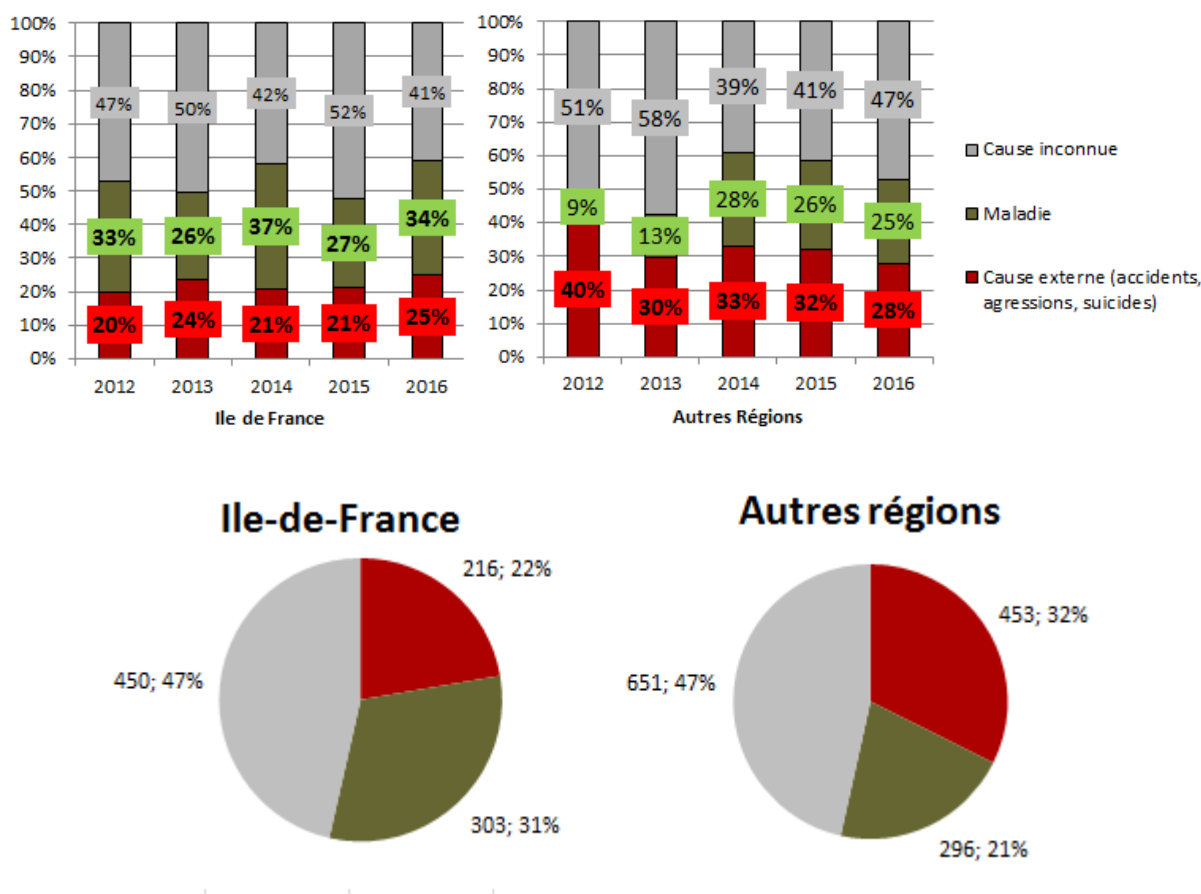


Figure 31 : Typologie de décès selon la région pour les personnes « SDF » de 2012 à 2016 (N=2369)

On voit que la proportion de décès de cause inconnue est comparable entre Ile-de-France et Régions.

En Régions, **la proportion de décès de cause externe reste la plus forte, 32% sur les 5 ans**. On note toutefois une tendance à l'augmentation des causes de décès par maladie (9% en 2012, 25% en 2016, avec un pic à 28% en 2013 et une stabilisation depuis 2014)

En Ile-de-France, la maladie reste la cause connue majoritaire (31%), les causes externes sont moins représentées (22%). La proportion de causes de décès inconnues rend cette analyse limitée.

Ces différences s'expliquent par les sources de signalement. En effet, pour les **Régions, le taux de signalement par les médias est plus élevé (près de 40% en région contre 15% en Ile-de-France)**. Ces médias rapportent les décès de personnes retrouvées sur la voie publique, ou décédées de causes externes, deux circonstances impliquant l'intervention des pompiers ou des forces de l'ordre. **Ainsi, plus de la moitié des articles des médias signalant des décès de personnes « SDF » concerne des décès de cause externe**. A Paris, on remarque la très faible

proportion de décès signalés par les médias, alors que le nombre de décès y est plus élevé qu'en régions, et que les causes de décès externes ou sur la voie publique représentent une forte proportion des décès. **L'attitude des médias parisiens tendrait donc à ignorer les décès de « SDF » ?**

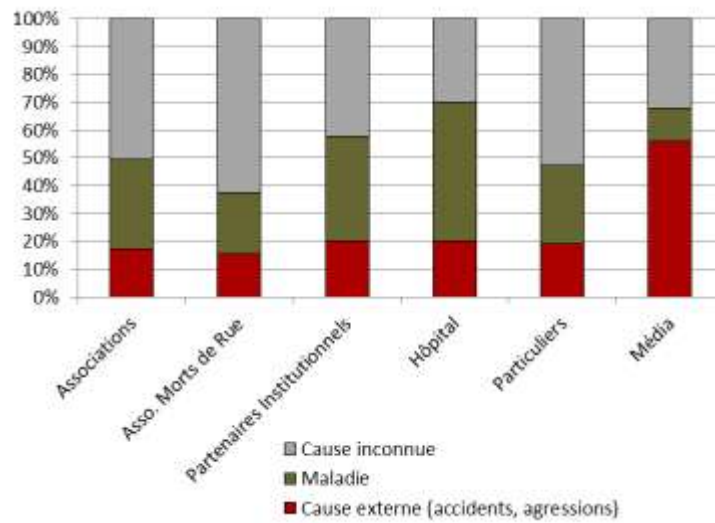


Figure 32 : Type de décès par source de signalement en Régions, chez les personnes « SDF » (N=1400)

On remarque que la proportion de causes de décès inconnue représente près de la moitié des décès signalés par les associations, les associations d'accompagnement des morts de la rue, et les particuliers. En effet, sauf pour les décès de cause externe, il est difficile pour les associations et les particuliers d'avoir accès aux causes du décès, soumis au secret médical et inaccessibles hors du cercle familial.

Ces variations se retrouvent aussi dans les différentes régions.

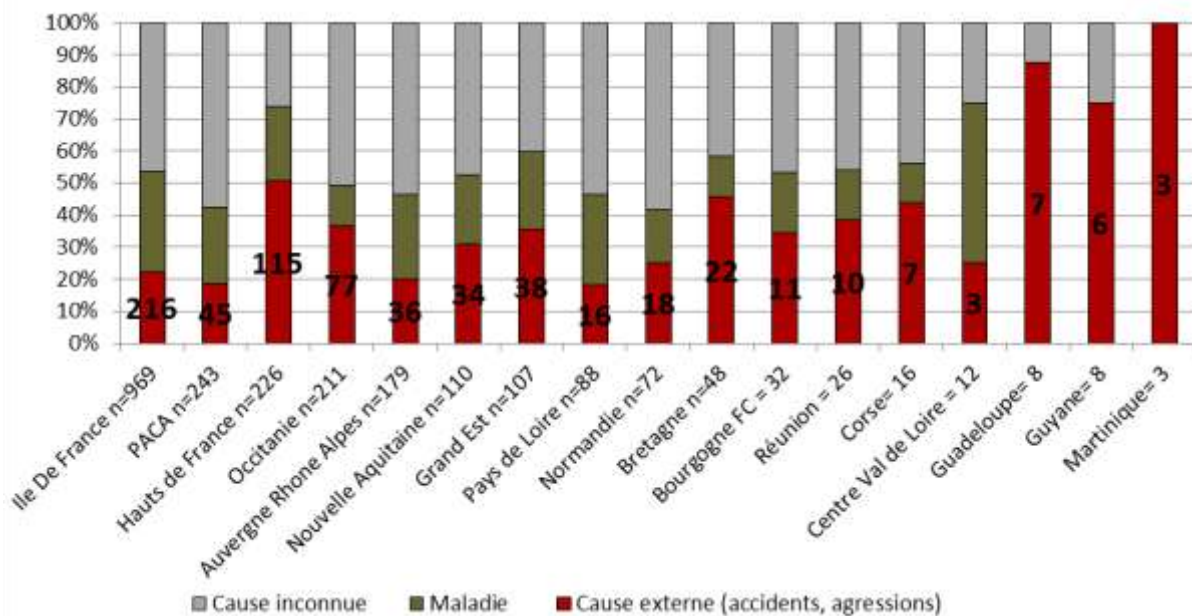


Figure 33 : Typologie de décès selon la région pour les personnes « SDF » (N=2369) entre 2012 et 2016

La région des Hauts-de-France connaît la plus grande proportion de décès de causes externes, à cause des accidents routiers subis par les migrants en cours de transit pour l'Angleterre. Là encore, ces décès sont relayés principalement par les médias.

4.5.4.2. Comparaison avec la population générale

En 2013 une étude a été menée conjointement avec le CépiDC afin de décrire les **causes de décès des personnes SDF décédées entre 2008 et 2010, et de comparer ces causes avec la population générale** standardisée sur l'âge et le genre.

Cette analyse n'a pas été reconduite depuis. **Nous utiliserons donc les résultats de cette dernière étude pour la comparaison des causes de décès de personnes « SDF » de 2012-2016.**

Les proportions d'hommes et de femmes et la distribution des âges sont sensiblement les mêmes entre la population « SDF » décédée entre 2008 et 2010, et celle de 2012-2016 analysée ici, rendant les chiffres comparables.

Cause initiale de décès	"SDF" Adulte 2012-2016		Pop Gen standardisée sur l'âge et le sexe	Rapport SD/G 2012-2016	Rapport SD/G 2008-2010
	N=2369	%	%		
Causes de décès mal définies et inconnues	1105	46,64%	9%	5,2	3,3
Morts Violentes (V 01-Y 98)	639	26,97%	18%	1,5	1,1
Homicides (X85-Y09)	134	5,66%	0,34%	16,6	2,9
Suicides (X60-X84)	68	2,87%	9%	0,3	0,6
Noyades (W65-W74)	61	2,57%	1%	2,6	2,9
Accidents de transport (V01-V99)	100	4,22%	3%	1,4	0,9
Chutes (W00-W19)	41	1,73%	1%	1,7	1,3
Expositions à un froid naturel excessif, Hypothermie (X 31, T68)	46	1,94%	0,05%	38,8	34,5
Intoxications (X40-X49)	38	1,60%	1%	1,6	2,1
Autres	151	6,37%	3%	2,1	1,4
Maladies de l'appareil cardiovasculaire (I00-I99)	232	9,79%	13%	0,8	0,8
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	5	0,21%	4%	0,1	0,7
Autres formes de cardiopathies (I30-I52)	197	8,32%	3%	2,8	1
Maladies cérébro-vasculaires (I60-I69)	21	0,89%	3%	0,3	0,9
Autres	9	0,38%	3%	0,1	0,7
Tumeurs	176	7,43%	37%	0,2	0,5
Trachées, Bronches et poumons (C33-C34)	33	1,39%	6%	0,2	1
Voies Aéro- digestives supérieures (C00-C14; C15, C32)	31	1,31%	3%	0,4	0,7
Organes Digestifs (C16-C19, C22, C25)	24	1,01%	7%	0,1	0,5
Autres	88	3,71%	20%	0,2	0,4
Troubles mentaux du comportement (F00-F99)	30	1,27%	3%	0,4	2
Lié à la consommation d'alcool (F10)	16	0,68%	2%	0,3	2,4
Lié à l'usage de stupéfiants (F11-16; F18-19)	13	0,55%	0%	2,2	4
Autres	1	0,04%	1%	0,0	0,7
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	53	2,24%	5%	0,4	1,2
Maladies chroniques du foie et cirrhose (K70, K73-K74)	19	0,80%	3%	0,3	1,3
Autres	34	1,44%	2%	0,7	1
Autres causes	134	5,66%	14%	0,4	0,7
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	51	2,15%	3%	0,7	1,2
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	30	1,27%	2%	0,6	0,8
Maladies du système nerveux (G00-G99)	13	0,55%	3%	0,2	0,8
Autres	40	1,69%	6%	0,3	0,3
Total	2369				

Tableau 7 : Causes de décès comparées entre population « SDF » (N=2369) et la population générale standardisée sur l'âge et le sexe. En rouge les fréquences plus élevées que lors de la comparaison avec la population 2008-2010, en vert les fréquences moins élevées que lors de la comparaison avec la population 2008-2010 (*Lecture : les causes de décès mal définies sont 5,2 fois plus fréquentes dans la population SDF de 2012-2016 que dans la population générale, et 3,3 fois plus fréquentes dans la population « SDF » de 2008-2010 que dans la population générale standardisée de 2008-2010*)

Les causes non déterminées (Chapitre 18 du CIM-10) sont plus élevées que dans la population générale, ce qui était le cas dans l'analyse menée par le CépiDC en 2011. Mais pour la période 2012-2016, elles sont également plus élevées que pour la population « SDF » décédée entre 2008 et 2011. Ceci est dû au fait que pour cette période, le CMDR, contrairement au CépiDC, n'a pas accès aux certificats de décès mentionnant la cause.

Le nombre d'homicides est en forte augmentation entre les analyses, ils seraient près de 5 fois plus nombreux sur la période 2012- 2016 que sur 2008-2010. Le graphique ci-dessous montre toutefois une baisse de la fréquence des agressions chaque année depuis 2012. Cette tendance pourrait être un artefact dû au codage des causes de décès, différente entre le CMDR et le CépiDC. Par exemple, une personne agressée au couteau mais décédée des suites de ses blessures ou d'une infection, ne sera pas forcément codée comme homicide en cause initiale sur le certificat de décès codé par le CépiDC. **Le CMDR aurait ainsi tendance à coder davantage d'homicides en cause initiale de décès car c'est ce qui lui est mentionné dans ses sources d'informations, médias ou partenaires associatifs.**

L'augmentation des accidents de transport semble liée à l'augmentation des accidents de personnes migrantes en transit dans les Hauts-de-France : cette région compte près de la moitié des décès causés par un accident de la voie publique survenus entre 2012 et 2016, et ceux-ci ont majoritairement pour victimes des migrants (accidents de la route, accidents ferroviaires).

L'augmentation apparente de la proportion de maladies cardiaques pourrait être due à un artefact de codage, et une mauvaise connaissance de la cause réelle de décès. En effet, une mort subite inattendue est souvent traduite en « crise cardiaque » ou « arrêt cardio-respiratoire », or il existe d'autres causes, qui ne sont connues que rarement : AVC, embolie pulmonaire... **La moitié des morts subites en population générale auraient une étiologie inconnue.** [30]. Toutefois la population des personnes « SDF » est soumise à des facteurs de risque connus de maladie cardiaque : stress permanent, manque de sommeil, alimentation de faible qualité, exposition à la pollution atmosphérique. L'accès aux soins limité peut aussi aggraver les conséquences d'hypertension artérielle quand celle-ci n'est pas traitée. L'hygiène de vie, avec la consommation de tabac, d'alcool peut également impacter le muscle cardiaque. Enfin, certains médicaments peuvent induire des troubles du rythme cardiaque, notamment les médicaments antipsychotiques et antidépresseurs.

L'impact de la situation socio-économique a été démontré sur l'augmentation des risques d'AVC, d'embolie pulmonaire, et d'insuffisance cardiaque [31].

La baisse des décès liés à la consommation d'alcool entre les 2 analyses est probablement due là aussi à un artefact de codage, différent entre CépiDC et CMDR.

De la même façon, la baisse des décès dus aux abus de substance tels que codés dans la famille « F » du système CIM 10 est probablement aussi un artefact de codage. En effet, ces causes de décès peuvent être codées de différentes manières : intoxication accidentelle (X42 ou T42), causes indéterminées (Y), ou encore dans les troubles de comportement (F19), voire les lésions auto-infligées en cas de suicide. Une standardisation est difficile à envisager selon les intentions parfois inconnues (accident ou suicide potentiel ?)

La baisse du nombre de maladies digestives, notamment liées aux maladies chroniques du foie et les cirrhoses peut être également discutée, en raison de la forte proportion de décès de causes inconnues.

4.5.4.3. Analyse des causes de décès externes

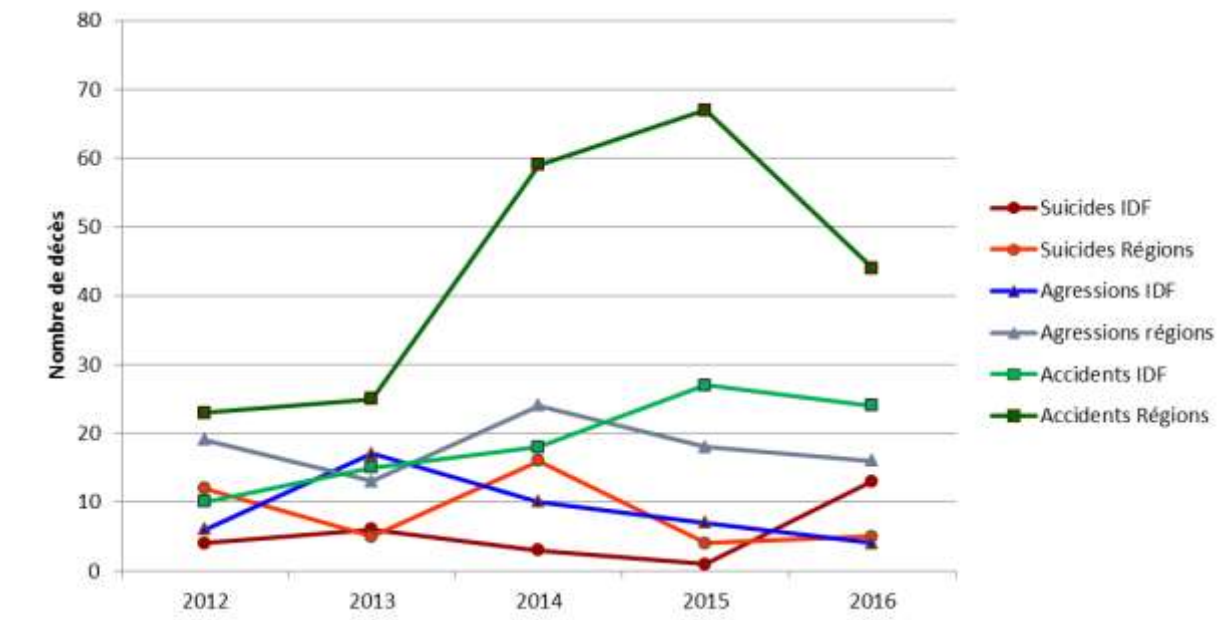


Figure 34 : Accidents, Aggressions et Suicides en Ile-de-France et Régions pour les personnes « SDF », selon le codage CMDR (N=2369)

Si on analyse plus précisément les causes de décès externes et leurs grandes tendances, on remarque que **parmi les causes externes, les suicides sont en nette augmentation en 2016 en Ile-de-France, avec 13 décès (dont 10 à Paris) dénombrés pour cette seule année.** Toujours en Ile-de-France, on remarque une baisse des agressions, et une hausse des accidents après 2012, pour se retrouver en baisse pour l'année 2016.

L'analyse des tendances des causes de décès liées aux maladies (infectieuses, tumeurs, système circulatoire et digestif notamment), ne montre pas de tendance particulière pendant ces 5 ans.

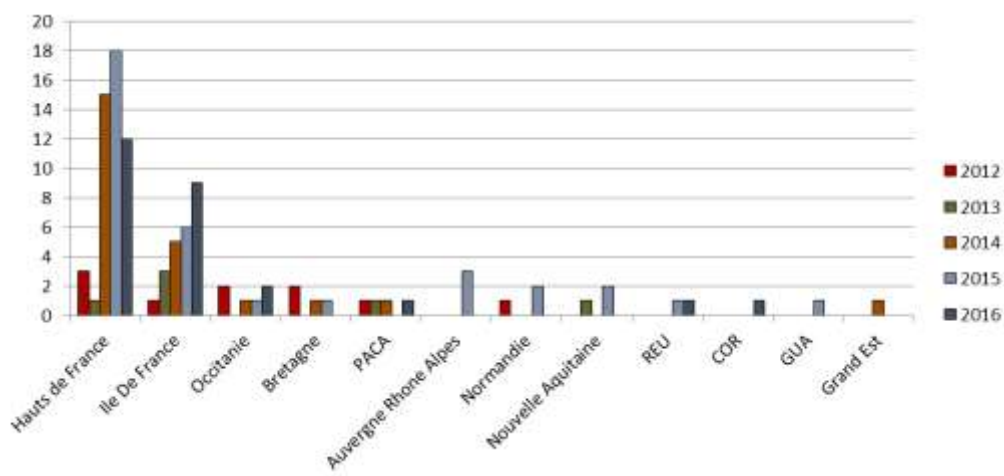


Figure 35 : Evolution du nombre de décès par accident de la voie publique (code CIM10 « V ») par région pour les « SDF » et les anciens « SDF » (N=2764)

Les accidents liés au mode de transport (Chapitre XX du CIM10, Codes V01-V99) sont concentrés dans deux régions, spécifiquement les Hauts de France et l’Ile-de-France. Les Hauts-de-France sont le terrain de passage en Angleterre pour de nombreux migrants qui tentent le voyage à bord de camions ou de l’Eurostar. Les risques sont énormes, et malheureusement certains sont victimes de chutes, collisions, électrocution au cours de leur voyage. Néanmoins, ces décès sont en baisse pour 2016 (voir figure 18).

En revanche, en Ile-de-France, ces décès sont en augmentation sans qu’il y ait un lien avec l’absorption d’alcool des victimes. Pour certains dont nous connaissons les circonstances, il s’agit de potentiels suicides, pour d’autres d’accidents, mais la majorité reste d’intention indéterminée. Les causes de cette augmentation dans cette région sont incertaines, et mériteraient une investigation supplémentaire.

4.6. Troubles mentaux et addictions

Résumé : Troubles mentaux et addictions

- **17% des personnes « SDF » décédées sont décrites comme ayant des troubles mentaux, proportion plus faible que parmi les « SDF » vivants (30% selon l'étude SAMENTA)**
- **Parmi eux 40% ont consulté un médecin à ce sujet et 29% ont reçu un traitement, là aussi en proportion plus faible que parmi les « SDF » vivants selon l'étude SAMENTA (60% et 40% respectivement)**
- **L'addiction à l'alcool est décrite pour près de 40% des personnes, et plus élevée que parmi les « SDF » vivants (27% selon l'étude SAMENTA).**

4.6.1. Troubles mentaux

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Gary souffre de schizophrénie depuis ses 20 ans, ses premières crises et hospitalisations ont provoqué la perte de son logement étudiant à l'époque, et le passage en errance quand il s'est enfui de chez ses parents. Il est sous traitement quand il accepte de le prendre, ou quand il est hospitalisé. Son psychiatre le suit tant bien que mal entre ses disparitions, hospitalisations, et ses emprisonnements pour agressions.

Des troubles mentaux ont été décrits pour près de 17% des adultes « SDF » et près de 18% des anciennement « SDF » dont les décès ont été signalés au CMDR. Ce taux est plus faible que celui décrit dans SAMENTA (30% des personnes « SDF » sont décrites comme présentant des troubles mentaux). Toutefois, la méthodologie d'évaluation est différente : score administré par un psychologue pour l'étude SAMENTA, information subjective rapportée à titre posthume par un tiers pour l'étude Dénombrer et Décrire.

Les informations concernant les consultations psychiatriques et les traitements ont été introduites dans le questionnaire en 2015. Malgré une faible complétude de ces données, une analyse préliminaire met en évidence un faible taux de consultation médicale concernant ces troubles, ainsi qu'un faible taux de traitement, qui reste à mettre en relation avec les données en population générale et en population « SDF ».

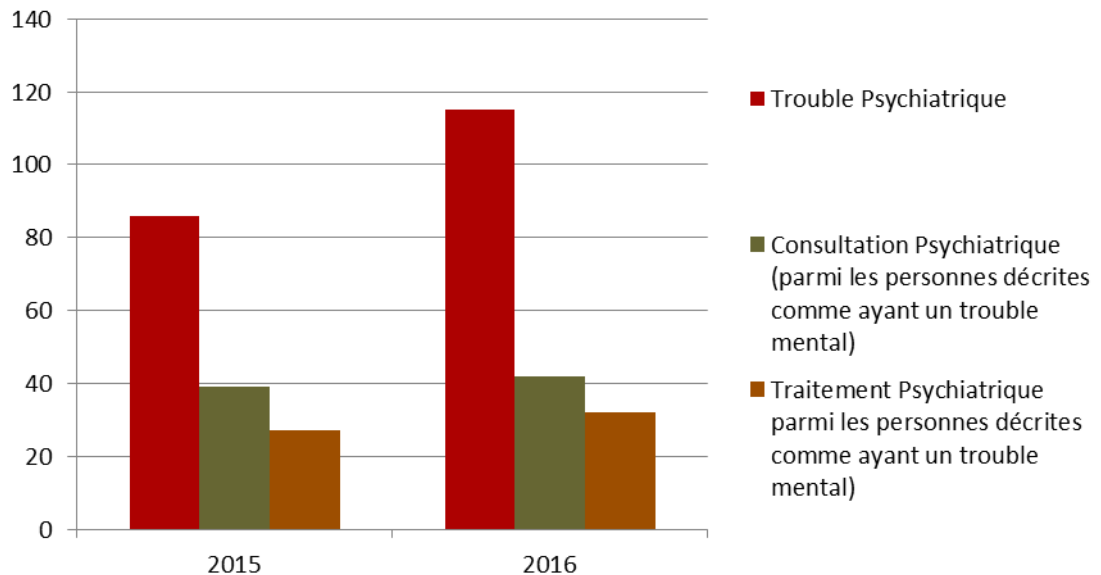


Figure 36 : Nombres de personnes « SDF » dont le décès a été signalé au CMDR présentant des troubles psychiatriques (n=201), ayant consulté un médecin (n=81) et reçu un traitement pour ces troubles (n=59), pour les années 2015-2016.

Ainsi, en 2015 et 2016, des troubles mentaux ont été décrits pour 201 personnes « SDF » adultes, soit 20% des personnes. Parmi elles, **83 personnes, soit 40% auraient bénéficié d'une consultation médicale** à ce sujet. Et **60 personnes, soit 29%, auraient reçu un traitement médical.**

Comparées aux données de l'enquête SAMENTA de 2009 [10], ces données donnent l'image d'un moindre recours aux soins concernant la santé mentale. **En effet, selon l'enquête SAMENTA, 63,1% des personnes auraient bénéficié d'une consultation médicale, et 40,6% d'un traitement médical.**

Ces données mettent en évidence un taux de prise en charge médicale relativement faible [10], qui est difficile à analyser sans avoir une meilleure connaissance des pathologies présentes. De plus, ces données sont sujettes à des biais de signalement, ces sujets étant parfois méconnus par les personnes contactées, ou pudiquement sous-déclarés.

Enfin, ces données ne prennent pas en compte l'observance du traitement, ni la continuité du suivi. La qualité de la prise en charge et l'amélioration de l'état de la personne ne peuvent pas être évaluées.

4.6.2. Addictions

Bribes de vie

Ces parcours sont inspirés de faits réels, les éléments identifiants ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

Samuel a touché un peu à tout depuis qu'il est jeune, et ses manques de moyens l'ont amené à prendre régulièrement du Skenan (sulfate de morphine), car c'est facile à trouver, abordable et cela présente moins de risque que l'injection d'héroïne car il se prend en gélules et n'est pas injectable. Mais comme avec tous les opiacés, la dépendance s'installe, et le besoin toujours plus fort le pousse vers d'autres substances plus dangereuses.

Jeff boit, depuis qu'il est divorcé. Au moins 15 bières par jour, et parfois un peu de rhum pour faire la fête. Il a tenté des cures, des séjours de ruptures, mais n'a pas réussi à résister, face à l'isolement, ou aux amis qui prennent l'apéro... dur de subir la pression des copains avec qui on faisait la fête avant.

Pour les questions relatives aux addictions, les réponses sont rares (40% de réponses), donc elles sont probablement sous notifiées, peut-être parce qu'elles sont méconnues ou passées sous silence pudiquement par les tiers décrivant les personnes « SDF » décédées.

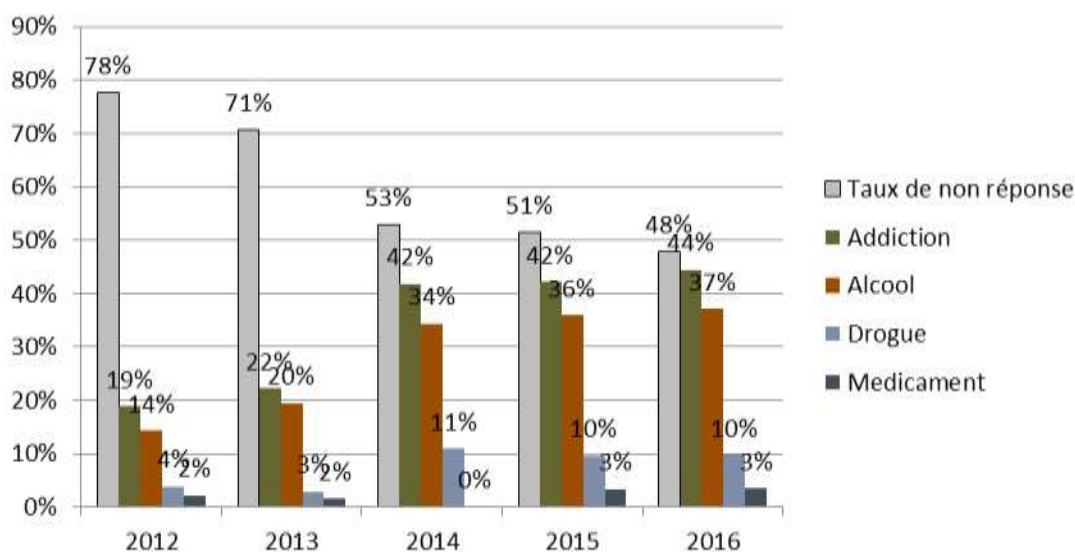


Figure 37 : Addictions chez les personnes « SDF » (N=2369). Les pourcentages sont calculés sur le total incluant les non réponses.

L'augmentation des addictions ne représente pas la hausse réelle, mais la hausse de la complétude de la description des parcours, qui s'améliore nettement à partir de 2014. **La proportion des personnes décrites comme étant dépendantes à l'alcool reste plus élevée (37% en 2016) que celle décrite dans l'étude SAMENTA (27%).** Les méthodologies sont différentes : **mesure auprès de la personne par le score CAGE pour l'étude SAMENTA, déclaration posthume par un tiers non médical pour l'étude Dénombrer et Décrire.** Il y a également une plus forte probabilité pour les personnes dépendantes de décéder, et donc de figurer dans les décès signalés au CMDR.

La proportion de dépendance à la drogue (10% en 2016) reste plus faible que celle rapportées dans l'étude SAMENTA (15%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'addiction à la drogue touche un public plus jeune, et peut-être moins à risque de décès. Les personnes usagères de drogues seraient donc moins visibles dans les décès signalés au CMDR.

4.7. Données sur le contexte social et administratif

Cette section présente les données disponibles pour les années 2014, 2015, 2016, avec l'objectif d'étudier les tendances au cours de ces 3 dernières années, en gardant en tête l'amélioration de la complétude grandissante d'année en année. Une analyse consolidée permet de dégager des proportions plus représentatives sur un effectif cumulé sur 3 ans.

Les données sont analysées sur les personnes « SDF » pour chaque année, en cumulant les personnes en situation de rue, les personnes hébergées, les personnes probablement sans chez soi. Les personnes « anciennement sans chez soi » ne sont pas incluses dans ces analyses.

Pour la plupart des variables, les analyses sont faites sur la population globale, adultes et enfants. Pour certaines variables, l'analyse est faite uniquement pour les adultes de plus de 15 ans.

Résumé : Contexte Social et Administratif

Précaution de lecture :

La complétude des variables concernant le contexte social reste faible. **Les pourcentages donnés tiennent compte des données manquantes et représentent donc un minimum pour les personnes dont on nous a signalé le décès.** L'interprétation de ces données nécessitera une grande prudence.

Exemple : 32% bénéficiaient d'une couverture maladie, 3% n'en avaient pas. Pour les 65% restants, l'information est inconnue.

Situation administrative

Augmentation de la proportion de personnes en situation irrégulière en 2016, à 10,6%

La majorité des domiciliations administratives connues (18,4%) sont tenues par des associations

Augmentation des bénéficiaires de l'AME (8,3%) en 2016 contre 4,4% entre 2014 et 2015

Augmentation de la proportion de personnes sans aucune ressource (10,9%) en 2016 (contre 5,8% en 2014-2015)

Augmentation de la proportion de personne refusant toute aide (10,3%) dans les démarches en 2016 contre 6,8% en 2014-2015, et des personnes sans suivi social (8,2% en 2016) contre 5,2% entre 2014-2015

Enfance, famille entre 2012 et 2016

26% au moins des personnes ont des enfants

14% au moins ont été mariées

29% au moins ont des frères et sœurs

11% au moins ont communiqué une fois dans l'année avec leur famille

7,5% au moins ont rencontré des membres de leur famille au cours de l'année

59% des personnes ont été décrites avec des liens sociaux

Ruptures entre 2012 et 2016

Les ruptures les plus fréquemment signalées au cours de la vie sont :

L'immigration (30%)

Addiction alcool (24,3%)

Le divorce/séparation conjugale (16%)

4.7.1. Situation administrative

	2014 N=508		2015 N=507		2016 N=499		Total 2014- 2016 N=1514	
Situation administrative								
Sans objet	234	46,1%	248	48,9%	216	43,3%	698	46,1%
Régulière	43	8,5%	37	7,3%	40	8,0%	120	7,9%
Irrégulière	41	8,1%	39	7,7%	53	10,6%	133	8,8%
<i>Ne sait pas</i>	190	37,4%	183	36,1%	190	38,1%	563	37,2%
Francophone								
Ne parlait pas français	15	3,0%	8	1,6%	23	4,6%	46	3,0%
Parlait bien français	247	48,6%	262	51,7%	249	49,9%	758	50,1%
Parlait un peu français	25	4,9%	22	4,3%	27	5,4%	74	4,9%
<i>Ne sait pas</i>	221	43,5%	215	42,4%	200	40,1%	636	42,0%
Protection juridique								
Aucune	112	22,0%	139	27,4%	127	25,5%	378	25,0%
Curatelle	9	1,8%	12	2,4%	12	2,4%	33	2,2%
Tutelle	14	2,8%	27	5,3%	15	3,0%	56	3,7%
Autre	2	0,4%	3	0,6%	2	0,4%	7	0,5%
<i>Ne sait pas</i>	371	73,0%	326	64,3%	343	68,7%	1040	68,7%
Domiciliation								
Aucune	19	3,7%	18	3,6%	32	6,4%	69	4,6%
Par association	96	18,9%	92	18,1%	91	18,2%	279	18,4%
CCAS / PSA	31	6,1%	46	9,1%	37	7,4%	114	7,5%
Centre d'hébergement	34	6,7%	36	7,1%	51	10,2%	121	8,0%
Membre de la famille	4	0,8%	9	1,8%	5	1,0%	18	1,2%
Ami ou connaissance	2	0,4%	7	1,4%	9	1,8%	18	1,2%
Hôtel	1	0,2%	0	0,0%	3	0,6%	4	0,3%
Autre	13	2,6%	16	3,2%	11	2,2%	40	2,6%
Non précisée	13	2,6%	6	1,2%	13	2,6%	32	2,1%
Chez lui/elle	2	0,4%	4	0,8%	6	1,2%	12	0,8%
<i>Ne sait pas</i>	293	57,7%	273	53,8%	241	48,3%	807	53,3%
Couverture maladie								
Aucune	19	3,8%	19	3,8%	22	4,6%	60	4,0%
Sécurité sociale	41	8,2%	40	8,0%	56	11,6%	137	9,2%
CMU	72	14,3%	46	9,2%	6	1,2%	124	8,3%
AME	22	4,4%	22	4,4%	40	8,3%	84	5,6%
Non précisée	4	0,8%	10	2,0%	17	3,5%	31	2,1%
En cours de demande	3	0,6%	4	0,8%	4	0,8%	11	0,7%
CMU-C	1	0,2%	40	8,0%	29	6,0%	70	4,7%
<i>Ne sait pas</i>	341	67,8%	320	63,9%	309	64,0%	970	65,2%

		2014 N=508		2015 N=507		2016 N=499		Total 2014- 2016 N=1514	
Ressources (personnes de plus de 15 ans)									
	RSA	65	12,3%	91	17,3%	66	12,8%	222	14,1%
	AAH	31	5,8%	50	9,5%	27	5,3%	108	6,9%
	Mendicité	31	5,8%	29	5,5%	50	9,7%	110	7,0%
	Aucune ressource	31	5,8%	31	5,9%	56	10,9%	118	7,5%
	Retraite	21	4,0%	21	4,0%	32	6,2%	74	4,7%
	Artisanat/travail Informel	11	2,1%	5	1,0%	6	1,2%	22	1,4%
	Salaire	5	0,9%	6	1,1%	10	1,9%	21	1,3%
	Chômage	5	0,9%	4	0,8%	5	1,0%	14	0,9%
	Pension invalidité	1	0,2%	3	0,6%	4	0,8%	8	0,5%
	<i>Ne sait pas</i>	329	62,1%	286	54,4%	258	50,2%	873	55,6%
Travail (personnes de plus de 15 ans)									
	Pas de travail	171	34,0%	202	40,3%	219	44,6%	592	39,6%
	Travail à temps plein	0	0,0%	2	0,4%	3	0,6%	5	0,3%
	Travail à temps partiel	4	0,8%	2	0,4%	3	0,6%	9	0,6%
	Travail occasionnel	7	1,4%	10	2,0%	15	3,1%	32	2,1%
	Arrêt de travail	2	0,4%	1	0,2%	1	0,2%	4	0,3%
	<i>Ne sait pas</i>	319	63,4%	284	56,7%	250	50,9%	853	57,1%
Démarche (personnes de plus de 15 ans, réponses cumulables))									
	Autre	31	18,1%	26	11,2%	40	15,2%	97	14,6%
	Aucune démarche	43	25,1%	56	24,1%	31	11,8%	130	19,5%
	Accès au logement	41	24,0%	49	21,1%	51	19,4%	141	21,2%
	Accès aux soins	22	12,9%	50	21,6%	59	22,4%	131	19,7%
	Papiers d'identité	12	7,0%	14	6,0%	19	7,2%	45	6,8%
	Régularisation	10	5,8%	18	7,8%	27	10,3%	55	8,3%
	Refus de toute aide	7	4,1%	11	4,7%	25	9,5%	43	6,5%
	Recherche d'emploi	3	1,8%	0	0,0%	3	1,1%	6	0,9%
	Liens familiaux	2	1,2%	8	3,4%	8	3,0%	18	2,7%
	<i>Ne sait pas</i>	356	70,1%	309	61,7%	293	58,7%	958	63,5%
Suivi Social									
	Autre suivi	40	14,2%	37	12,1%	44	15,1%	121	13,8%
	Aucun suivi	11	3,9%	16	5,2%	24	8,2%	51	5,8%
	Associations	149	52,8%	145	47,4%	137	46,9%	431	49,0%
	Maraudeurs	42	14,9%	44	14,4%	46	15,8%	132	15,0%
	CCAS	34	12,1%	55	18,0%	34	11,6%	123	14,0%
	Permanence sociale d'accueil	6	2,1%	9	2,9%	7	2,4%	22	2,5%
	<i>Ne sait pas</i>	255		263		243		761	

		2014 N=508		2015 N=507		2016 N=499		Total 2014- 2016 N=1514	
Etudes									
	Jamais Scolarisé	0	0,0%	6	1,2%	2	0,4%	8	0,5%
	Primaire	8	1,6%	14	2,8%	6	1,2%	28	1,9%
	Collège	11	2,2%	35	7,0%	17	3,5%	63	4,2%
	CAP/BEP (lycée professionnel)	19	3,8%	18	3,6%	15	3,1%	52	3,5%
	Lycée général	8	1,6%	14	2,8%	10	2,0%	32	2,1%
	Lycée technologique	0	0,0%	3	0,6%	2	0,4%	5	0,3%
	Supérieur	11	2,2%	13	2,6%	2	0,4%	26	1,7%
	<i>Ne sait pas</i>	446	88,7%	398	79,4%	437	89,0%	1281	85,7%

4.7.2. Enfance, famille et liens sociaux

		2014 N=508		2015 N=507		2016 N=499		Total 2014- 2016 N=1514	
Statut marital (adultes de plus de 15 ans)									
	Célibataire	102	20,3%	171	34,1%	174	35,4%	447	29,9%
	Marié/Pacsé	30	6,0%	36	7,2%	15	3,1%	81	5,4%
	Divorcé	49	9,7%	68	13,6%	68	13,8%	185	12,4%
	Veuf (ve)	12	2,4%	7	1,4%	6	1,2%	25	1,7%
	<i>Ne sait pas</i>	310	61,6%	219	43,7%	228	46,4%	757	50,6%
Mode de vie									
	Seul	129	25,4%	156	30,8%	197	39,5%	482	31,8%
	En couple	22	4,3%	18	3,6%	27	5,4%	67	4,4%
	En famille	9	1,8%	10	2,0%	8	1,6%	27	1,8%
	En groupe	34	6,7%	28	5,5%	29	5,8%	91	6,0%
	<i>Ne sait pas</i>	314	61,8%	295	58,2%	238	47,7%	847	55,9%
La personne a un/des enfants									
	Non	79	15,7%	90	18,0%	89	18,1%	258	17,3%
	Oui	110	21,9%	146	29,1%	130	26,5%	386	25,8%
	<i>Ne sait pas</i>	314	62,4%	265	52,9%	272	55,4%	851	56,9%
Dont mineurs (parmi les personnes avec au moins un enfant)									
	Pas d'enfant mineur	10	9,1%	12	8,2%	11	8,5%	33	8,5%
	Au moins un enfant mineur	16	14,5%	26	17,8%	19	14,6%	61	15,8%
	<i>Ne sait pas</i>	84	76,4%	108	74,0%	100	76,9%	292	75,6%
Dont vivant avec la personne									
		3		0		3		6	

		2014 N=508		2015 N=507		2016 N=499		Total 2014-2016 N=1514	
Placements									
	Sans objet, arrivé en France après 18 ans	19	3,7%	7	1,4%	33	6,6%	59	3,9%
	Oui	17	3,3%	15	3,0%	21	4,2%	53	3,5%
	Non	25	4,9%	45	8,9%	28	5,6%	98	6,5%
	<i>Ne sait pas</i>	447	88,0%	440	86,8%	417	83,6%	1304	86,1%
Fratric									
	Non	5	1,0%	9	1,8%	5	1,0%	19	1,3%
	Oui	130	25,8%	151	30,1%	149	30,3%	430	28,8%
	<i>Ne sait pas</i>	368	73,2%	341	68,1%	337	68,6%	1046	70,0%
Communication avec la famille au cours des 12 derniers mois									
	Sans objet, pas de famille	6	1,2%	5	1,0%	8	1,6%	19	1,3%
	Oui au moins 1 fois par mois	34	6,8%	60	12,0%	47	9,6%	141	9,4%
	Oui au moins 1 fois dans l'année	52	10,3%	50	10,0%	62	12,6%	164	11,0%
	Non	67	13,3%	73	14,6%	81	16,5%	221	14,8%
	<i>Ne sait pas</i>	344	68,4%	313	62,5%	293	59,7%	950	63,5%
Rencontre avec la famille au cours des 12 derniers mois									
	Sans objet, pas de famille	6	1,2%	5	1,0%	8	1,6%	19	1,3%
	Oui au moins 1 fois par mois	28	5,6%	51	10,2%	38	7,7%	117	7,8%
	Oui au moins 1 fois dans l'année	38	7,6%	47	9,4%	37	7,5%	122	8,2%
	Non	90	17,9%	78	15,6%	105	21,4%	273	18,3%
	<i>Ne sait pas</i>	341	67,8%	320	63,9%	303	61,7%	964	64,5%
Liens sociaux									
	Amis	ND		116	17,8%	158	22,3%	274	20,2%
	Voisinage du lieu de vie	ND		32	4,9%	69	9,7%	101	7,4%
	Famille	ND		34	5,2%	39	5,5%	73	5,4%
	Accueil de jour	ND		30	4,6%	27	3,8%	57	4,2%
	Maraudes	ND		41	6,3%	52	7,3%	93	6,8%
	Paroisse	ND		10	1,5%	10	1,4%	20	1,5%
	Co-habitants de la structure	ND		24	3,7%	42	5,9%	66	4,9%
	Structure de suivi social	ND		18	2,8%	52	7,3%	70	5,2%
	Autre	ND		16	2,5%	26	3,7%	42	3,1%
	<i>Ne sait pas</i>	ND		329	50,6%	234	33,0%	563	41,4%

4.7.3. Ruptures et passage en errance

Ce tableau indique les types de ruptures signalées pour les personnes. Ces dernières ont pu connaître plusieurs ruptures au cours de leur vie.

	2014 N=503		2015 N=501		2016 N=491		Total 2014- 2016 N=1495	
Immigration	133	26,4%	111	22,2%	199	40,5%	443	29,6%
Addiction alcool	ND	ND	101	20,2%	140	28,5%	241	24,3%
Divorce/séparation conjugale	61	12,1%	77	15,4%	100	20,4%	238	15,9%
Rupture de contact avec un parent	53	10,5%	48	9,6%	93	18,9%	194	13,0%
Maladie	67	13,3%	58	11,6%	59	12,0%	184	12,3%
Deuil (conjoint, parent, enfant, proche)	30	6,0%	46	9,2%	64	13,0%	140	9,4%
Rupture de contact avec un enfant	42	8,3%	39	7,8%	54	11,0%	135	9,0%
Perte d'un logement	40	8,0%	35	7,0%	42	8,6%	117	7,8%
Addiction substances illicites ou autre	ND	ND	34	6,8%	38	7,7%	72	7,3%
Perte d'emploi	19	3,8%	38	7,6%	40	8,1%	97	6,5%
Trouble psychiatrique	ND	ND	19	3,8%	45	9,2%	64	6,5%
Détention	26	5,2%	27	5,4%	43	8,8%	96	6,4%
Placement	17	3,3%	15	3,0%	21	4,2%	53	3,5%
Maltraitance dans l'enfance	12	2,4%	9	1,8%	17	3,5%	38	2,5%
Dette	ND	ND	14	2,8%	6	1,2%	20	2,0%
Accident	ND	ND	8	1,6%	12	2,4%	20	2,0%
Violence conjugale	6	1,2%	4	0,8%	7	1,4%	17	1,1%

Parmi les ruptures connues, nous avons essayé d'identifier celle qui a provoqué la perte du logement et le passage en errance. Ces événements sont présentés dans l'ordre décroissant de fréquence cumulée.

Événement qui a provoqué le passage à la rue	2014 N=503		2015 N=501		2016 N=491		Total 2014- 2016 N=1495	
Divorce	28	5,6%	33	6,6%	35	7,1%	96	6,4%
Expulsion	24	4,8%	19	3,8%	25	5,1%	68	4,5%
Maladie	18	3,6%	23	4,6%	18	3,7%	59	3,9%
Séparation familiale	18	3,6%	14	2,8%	21	4,3%	53	3,5%
Perte travail	13	2,6%	16	3,2%	16	3,3%	45	3,0%
Deuil	7	1,4%	13	2,6%	13	2,6%	33	2,2%
Détention	14	2,8%	6	1,2%	10	2,0%	30	2,0%

Récit de vie

Andrzej est né en Pologne, il est placé étant enfant, ses parents ne pouvant pas s'en occuper.

Il a lui-même des enfants, mineurs au moment du décès, avec qui il n'a pas gardé de lien, suite à sa séparation avec leur mère.

Andrzej fait toutes ces dernières années des allers-retours avec la Pologne, son dernier retour datant de 18 mois avant son décès, dans l'espoir de reprendre le travail en France.

Andrzej bénéficie d'une domiciliation administrative et d'un suivi social. Il est hospitalisé à de nombreuses reprises ces dernières années. Il ne peut bénéficier d'indemnités car a toujours travaillé sans feuilles de paye.

Lorsqu'il peut travailler, il est employé le plus souvent dans des chantiers du bâtiment et de débarras. Sa formation initiale en mécanique n'a pas débouché sur un travail régulier.

Malgré sa présence régulière en France, Andrzej ne parle pas français et demande le plus souvent à un ami de faire l'interprète, notamment dans sa relation aux soignants et aux travailleurs sociaux.

Malade, Andrzej ne souhaite pas que ses amis soient au courant. Il reste discret, ce qui l'isole vis-à-vis d'eux. Les derniers temps, il est rejeté et semble avoir subi des violences.

Malgré une forte addiction à l'alcool, il est très soigneux et organisé.

Il est accueilli depuis peu dans un CHRS éclaté (chambre en hôtel), et bénéficie de soins réguliers pour une maladie chronique.

Andrzej, 35 ans est retrouvé noyé dans la Seine. L'intention de la noyade n'est pas déterminée, mais il a fait des tentatives de suicide l'année précédente.

La famille d'Andrzej n'a pas été retrouvée. Ses funérailles ont été prises en charge par la Ville de Paris, en présence d'amis et d'associations qui l'avaient accompagné.

5. DISCUSSION

5.1. Limitations

Ce travail présente un certain nombre de limites.

Tout d'abord, le dénombrement des personnes n'est pas exhaustif. Il dépend principalement du signalement des partenaires au CMDR, et de la recherche dans les médias. **Il n'existe pas de recueil systématique, institutionnel, des données relatives aux décès des personnes sans domicile.** Le CMDR, outre une recherche active dans les médias et une investigation sur les décès appris dans le cadre de la convention avec la Ville de Paris pour l'accompagnement des morts isolés, s'efforce de mobiliser l'engagement et la participation de nombreux travailleurs sociaux, particuliers, etc. pouvant nous communiquer les décès. Les réseaux sociaux sont un outil utile dans la communication notamment avec les particuliers car ils permettent des échanges fluides et rapides.

Toutefois, il est possible que les décès non signalés au CMDR soient différents de ceux signalés à l'heure actuelle : on peut supposer que ce sont les populations encore davantage isolées socialement, ou au contraire **dans une zone grise, ni vivant dehors, ni exclus, ni en rupture familiale, ne bénéficiant pas de soutien social ou pas assez connus des associations pour qu'elles nous les signalent**, et dont les décès ne « choquent » pas assez pour figurer dans la presse.

Parmi les personnes vivant en bidonville, les décès sont très peu rapportés au CMDR, car la famille est présente dans de nombreux cas.

La méthodologie adoptée est celle du recensement, mais les données sont incomplètes sans que l'on puisse parler d'échantillonnage, puisque la méthode de remontée des informations est passive (via des tiers, médias etc.). **La validité statistique des résultats reste encore très faible pour ce cinquième rapport.** Le croisement des données 2012-2015 avec l'INSERM-CepiDc, envisagé pour 2017 ou 2018 va améliorer cette validité statistique, en permettant la comparaison avec la première estimation de l'exhaustivité effectuée pour les décès de 2008-2010.

Une comparaison avec la population standardisée selon les mêmes caractéristiques d'âge et de sexe a été effectuée en 2013 par le CepiDc. **Ce travail important a permis de comparer les proportions de causes de décès et d'ébaucher une réflexion sur les déterminants des décès**

dans cette population. Une étude plus poussée, notamment avec une méthodologie de suivi de cohorte, ou selon un appariement, permettrait de mettre en lumière les risques sanitaires liés à ce mode de vie en France, travail déjà effectué dans de nombreux pays développés (par exemple, en Angleterre, au Danemark, en Suède, aux Etats Unis, au Canada, etc.) mais encore jamais mené en France.

Il resterait peut-être 80 % des décès de personnes sans domicile à apprendre en France, et même si ces premiers éléments viennent éclairer un domaine d'étude nouveau en France, la route est encore longue pour atteindre l'exhaustivité.

5.2. Amélioration de l'étude

5.2.1. Nombre de décès recensés et exhaustivité

La durée de vie à la rue moyenne dépasse les dix ans. Ces personnes qui ont connu un long parcours de rue, potentiellement plus usant, et sont mieux connues par le réseau d'accompagnement des personnes « SDF » sont peut-être **surreprésentées dans les décès rapportés au CMDR.**

Il est possible que les personnes « SDF » dans les faits (sans domicile personnel) mais isolées, ou **ne correspondant pas à l'image populaire du « SDF », soient moins visibles au regard de la société et des maraudes, et par la suite leurs décès moins signalés.**

Le nombre de décès signalés reste stable depuis 2014, sans que le travail d'appariement nécessaire à l'évaluation de l'exhaustivité et la stabilité de ces chiffres n'ait pu se poursuivre. La multiplicité des sources de notification entrantes pour un décès signifie que **le CMDR est de plus en plus connu** dans les milieux côtoyant la précarité, augurant une meilleure exhaustivité. Toutefois, de nombreux décès sont appris au cours d'appels sortants lors de l'investigation en phase 2, signifiant que des décès connus des institutions et associations ne sont pas encore signalés de manière active et systématique au CMDR, mais plutôt de manière passive lors d'une sollicitation au cours d'un appel. **Un travail de mobilisation des partenaires reste encore et toujours à mener**, pour inciter les personnes travaillant dans le domaine à signaler ces décès. Ce travail est à renouveler régulièrement pour faire face au turnover des travailleurs sociaux. Une prise de contact avec la Fédération des Acteurs de la Solidarité va permettre d'ébaucher des pistes de travaux de diffusion des outils, de sensibilisation des travailleurs de terrain.

Une identification des zones « blanches » et une recherche active grâce à la mobilisation des acteurs de terrain (CCAS, SIAO, maraudes, structures d'hébergement, accueils de jour) devrait permettre d'améliorer la complétude sur le territoire, en poursuivant un gros travail de réseautage et de communication.

Le nombre estimé de décès estimé suite à l'appariement des bases du CMDR et du CepiDe applique un taux d'exhaustivité calculé pour les années **2008-2010 (plus de 1100 décès cumulés sur 3 ans)** à un nombre de décès signalés entre **2012 et 2016 probablement plus exhaustif, avec 2369 décès en 5 ans.** Il est possible que les taux d'exhaustivité du CMDR soient plus élevés au cours de ces années que ceux calculés avec les données de 2008-2010, et donc que **les 13 371 décès estimés de personnes « SDF » en France en moyenne entre 2012 et 2016, compris entre 6980 et 20 056, soient surestimés.** Il faudra attendre le prochain appariement, prévu en 2017 ou 2018 sur les données 2012-2015, pour une nouvelle estimation du nombre réel de décès.

Dans l'étude de l'INSEE sur les personnes sans domicile, 22% des personnes sont décrites comme étant sans abri, ou dormant dans des structures d'hébergement d'urgence. Ces catégories correspondent aux personnes en situation de rue selon la définition du CMDR. La proportion de ces personnes parmi les décès signalés au CMDR est de 55%, soit plus du double de la proportion en population vivante, selon l'INSEE. Plusieurs hypothèses expliquent cette sur-représentativité : ces personnes sont davantage identifiées comme étant sans domicile, car elles sont visibles sur la voie publique, ou connues par les associations d'hébergement, et leur décès est plus susceptible d'être signalé. Il est aussi possible que ces personnes soient plus vulnérables, et plus à risque de décès. Une étude de cohorte permettrait d'établir des taux de mortalité comparatifs selon la situation d'hébergement.

5.2.2. Qualité des données

La complétude des données est en constante progression depuis 2012, démontrant la faisabilité de cette étude malgré de nombreux obstacles méthodologiques et logistiques. La demande des actes de décès en cas de données manquantes, a permis d'obtenir les variables d'appariement avec le CépiDC (date de naissance, date de décès, sexe, commune de décès), quand elles manquaient. Un « plateau » prévisible de qualité est peut-être atteint en 2016. Les partenaires signalent davantage les décès, utilisant les outils de notification à leur disposition et améliorant ainsi la complétude des données. Cette qualité ne dépend pas uniquement des méthodes d'investigation, mais aussi de la connaissance des tiers contactés à propos des personnes décédées. Ce constat appelle une réflexion sur des études complémentaires à la méthode actuelle pour recueillir les données selon l'objectif de Dénombrer et Décrire. **Il apparaît en effet que la récolte à titre posthume présente des limites pour des données importantes dans l'identification de facteurs de risque du décès :**

- Enfance et ruptures
- Parcours médical
- Parcours d'hébergement
- Accès aux droits

Un suivi de cohorte serait pertinent pour accéder à ces informations du vivant de la personne, avec leur consentement.

Les « Anciennement SDF » tiennent lieu de population comparative avec la population de la rue, afin de marquer la différence d'existence et de décès lorsque l'exposition au facteur de stress de l'absence de domicile et de stabilité disparaît, ou du moins se réduit. **Les personnes « Anciennement SDF » ayant retrouvé un logement décèdent en moyenne 11 ans plus tard que les personnes « SDF ».** Pourtant, la pratique montre que pour certaines personnes, l'intégration d'un logement après un long parcours de rue provoque un stress, un isolement social,

une rupture en soi sans l'accompagnement adéquat pour ce changement majeur de style de vie. **Des morts rapides, subites, inexplicées sont rapportées dans des délais courts après l'accès au logement, sans qu'elles n'apparaissent clairement dans les statistiques du CMDR, de même que l'apparition de maladies, et autres décompensations.** Les « anciennement SDF » devraient constituer une population d'étude à part entière, afin d'investiguer l'impact de l'accès au logement sur les facteurs de risques. Ceci n'a pas pu être le cas spécifiquement entre 2012 et 2016.

Récit de vie

Un homme non identifié a été retrouvé inanimé dans un square parisien, et transféré rapidement aux urgences par les pompiers.

Il a les yeux bleus, de type européen, une légère calvitie. Il apparaît avoir environ 45 ans, et son apparence externe, ses vêtements, son état physique laissent deviner une vie précaire d'errance.

Cet homme est mort au lendemain de son arrivée à l'hôpital le 1er janvier 2016.

Malgré les recherches dans le réseau des maraudeurs, des associations, des centres d'hébergement, cet homme n'a pas été reconnu. Les prises d'empreintes n'ont pas permis de l'identifier.

Ses funérailles ont eu lieu 3 mois après son décès, le temps de rechercher son identité. Pendant ce temps, son corps est resté à l'hôpital. L'inhumation a été prise en charge par la Ville de Paris, un convoi collectif avec 3 autres personnes isolées, ou sans ressources, en présence de membres du Collectif Les Morts de la Rue.

6. CONCLUSION GENERALE

Les résultats de 5 ans d'étude confirment les éléments observés initialement : **les personnes « SDF » décédées sont majoritairement des hommes jeunes, qui meurent après un long parcours de rue semé de nombreuses ruptures.** Ces informations sont cohérentes avec les informations disponibles sur la population « SDF » vivante.

Elles meurent principalement de causes externes (accident, agression, suicide), avec une nette surreprésentation des accidents et des agressions par rapport à la population générale. D'une part, nous notons une relative stabilité du nombre de décès et, d'autre part, la moyenne d'âge au décès reste presque constante depuis 2012. **Vivre à la rue conduit à mourir à 49 ans en moyenne, soit près de 30 ans plus tôt que la population masculine en France.**

Si les facteurs de risques de décès sont encore mal connus, ces décès pourraient être prévenus avec un **accompagnement plus** continu lors des parcours de soins (prévention pour les enfants et les personnes souffrant d'addiction, sortie d'hôpital, de cure, post cure), **des changements de structure d'hébergement et des périodes creuses comme l'été.** L'accès et le maintien dans l'hébergement des personnes « SDF » pourrait être amélioré grâce à un **accompagnement adapté et à une fluidification du relais entre les différentes solutions d'hébergement** selon les situations des personnes.

Le signalement des données, depuis 2012, s'accomplit mieux chaque année, mais l'estimation du nombre réel de personnes « SDF » décédant annuellement en France resterait près de 6 fois supérieur au nombre de décès signalé au CMDR. De nombreux travaux sont encore à conduire pour comparer des éléments de cette étude (causes de décès, lieux de décès, taux de mortalité, etc.) avec ceux de la population générale, grâce à une standardisation sur l'âge et le sexe. Le nombre de ces signalements augmentera encore avec l'implication d'autres partenaires et la poursuite de l'animation des réseaux d'acteurs autour de ce domaine, notamment la prospection dans les villes et les régions qui ne signalent pas ou rarement les décès. La complétude des informations sur le parcours de vie des personnes reste difficile à atteindre, mais s'améliore peu à peu. Là encore, des progrès sont possibles avec une meilleure implication des acteurs dans cette problématique et une meilleure connaissance du CMDR, notamment par la publication et la communication autour de cette étude.

Après 5 ans d'une étude expérimentale et unique en France, de nombreux éléments sont mis en lumière concernant la mort des personnes « SDF ». Mais les limites de cette étude effectuée à titre posthume, hors des cadres institutionnels des acteurs de la solidarité et par une association manquant de moyens face à l'ampleur du réseau des acteurs, poussent à suggérer d'autres pistes. **La création d'un système de signalement institutionnalisé, via les outils informatiques utilisé dans la gestion des hébergements et accompagnements sociaux, ainsi que la revue multidisciplinaire, systématique et institutionnalisée de certains décès (suicides, décès hivernaux) aurait l'avantage d'une meilleure transparence sur le signalement du phénomène** ainsi qu'une discussion inter acteurs sur les pratiques de prise en charge face à certains risques, pour un bénéfice immédiat.

Récit de vie

Louis quitte son Alsace natale après son divorce. Il reste en colère contre son ancienne épouse et ne donne plus de nouvelles à ses enfants. Venu à Bordeaux, pour rejoindre un copain, il se retrouve à la rue quelques années après, à la mort de celui-ci.

Ce qu'a vécu Louis en Alsace reste mystérieux : les récits sont multiples. Il aurait été musicien, banquier, professeur de philosophie, propriétaire d'un château, d'une tour... Finalement personne ne sait et nous n'arriverons pas à reconstituer son parcours précédant la vie à la rue.

Louis est une figure du quartier. Installé sur un banc de pierre, à la même place depuis plus de 10 ans, il devient un repère pour les riverains. Sa présence bienveillante inspire confiance à tous. Des parents lui demandent de jeter un œil sur leur fils qui joue au foot pendant qu'ils vont chercher la petite à l'école, des dealers confient leur drogue contre une petite rémunération, les maraudes viennent le voir. Ce vieux sage écoute en silence ceux qui viennent se confier. Il est toléré par les services de nettoyage. Des riverains lui amènent à manger. Il ne se déplace plus. Louis boit plus que de raison. Ses jambes inquiètent des maraudeurs qui tentent de le faire hospitaliser. Mais Louis ne veut pas quitter sa place.

Lors d'un évènement festif, il est demandé à Louis d'aller ailleurs. Une place d'hébergement lui est proposée, qu'il refuse. Il se déplace de quelques dizaines de mètres. Ce qu'il supporte très mal.

C'est quelques jours après qu'il fait un malaise. Les pompiers ne peuvent le ranimer. Louis est mort, près de son banc, à 66 ans.

Ses fils sont retrouvés. Ils ignoraient tout du parcours de leur père. Ils s'occupent alors des funérailles.

Le banc de pierre devient durant plusieurs semaines un lieu d'hommage. Couvert de fleurs et de peintures, des musiciens sont souvent présents. Les riverains viennent se recueillir et parler de lui.

ANNEXES

Annexe 1 : Références

- [1] Z. P.- ICI.Radio-Canada.ca, “Toronto compiltera les morts de sans-abri àl'extérieur.”
- [2] “Homeless deaths in New York City increased in FY 2016.” [Online]. Available: <http://www.politico.com/states/new-york/city-hall/story/2017/01/homeless-deaths-in-new-york-city-increased-in-2016-108761>. [Accessed: 22-Jun-2017].
- [3] “How homeless people died in Denver in 2016 - Denverite.” [Online]. Available: <https://www.denverite.com/homeless-people-died-denver-2016-26005/>. [Accessed: 22-Jun-2017].
- [4] N. K. Hipple, S. J. M. Shaefer, R. F. Hipple, and A. T. Ballew, “Can we prevent deaths of homeless persons? Police led public health approach to prevent homeless deaths,” *J. Soc. Distress Homeless*, vol. 25, no. 2, pp. 78–85, Jul. 2016.
- [5] “Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study,” ... *Eur. J. ...*, 2013.
- [6] D. Morrison, “Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study,” *Int. J. Epidemiol.*, 2009.
- [7] W. J. Nusselder, M. T. Sloekers, L. Krol, C. T. Sloekers, C. W. N. Looman, and E. F. van Beeck, “Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001-2010,” *PLoS One*, vol. 8, no. 10, pp. 1–7, 2013.
- [8] W. Hawke, M. Davis, and B. Erlenbusch, “Dying without Dignity : Homeless Deaths in Los Angeles County :,” *Policy*, pp. 2000–2007, 2007.
- [9] N. Babidge, “Mortality among the homeless mentally ill in Sydney—A ten-year follow up,” ... *Diss. Melb. R. Aust. ...*, 1999.
- [10] A. Laporte and P. Chauvin, “Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d’Ile-de-France,” 2004.
- [11] F. Beck, R. Guignard, E. Du Roscoät, and T. Saïas, “Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010,” *Bull Epidémiol Hebd*, 2011.
- [12] ONPES, “La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010,” vol. 2010, pp. 1–9, 2013.
- [13] S. Collins, E. Taylor, and V. King, “Suicidality among chronically homeless people with alcohol problems attenuates following exposure to Housing First,” *Suicide and life-*, 2016.
- [14] M. D. Françoise Yaouanq, “LES SANS DOMICILE EN 2012 : UNE GRANDE DIVERSITE DE SITUATIONS,” 2014.
- [15] F. Yaouancq, A. Lebrère, M. Marpsat, V. R. Insee, S. Legleye, and M. Q. Ined, “L’hébergement des sans-domicile en 2012,” 2013.
- [16] Fédération des acteurs de la solidarité -, “Baromètre 115 de novembre 2016 - Hausse inquiétante des jeunes sans-abri,” 2016.
- [17] C. Brousse, “Enquête sans domicile 2001, 1ère partie : Définition de la population sans-domicile et choix de ma méthode d’enquête,” n°116, 2006.
- [18] DIHAL, “Etat des lieux national des campements illicites , grands squats et bidonvilles,” 2016.
- [19] Cour des Comptes, “La politique publique de l’hébergement des personnes sans domicile,” 2011.

- [20] Gouvernement Français, “L’hébergement et le logement des personnes en difficulté,” 2017. [Online]. Available: <http://www.gouvernement.fr/action/1-hebergement-et-le-logement-des-personnes-en-difficulte>. [Accessed: 22-Jun-2017].
- [21] OSSP, “ENFAMS : Enfants et familles sans logement,” 2014.
- [22] A. Tinland, V. Girard, S. Loubière, and P. Auquier, “UN CHEZ SOI D ’ ABORD Rapport intermédiaire de la Recherche,” 2016.
- [23] T. Gesmond, C. Laval, J. Mantovani, D. Moreau, and P. Rhenter, “Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D ’ ABORD »,” 2016.
- [24] C. EVAL, “Etude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans abri,” 2011.
- [25] C. Vuillermoz and A. Aouba, “Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010,” *BMC public ...*, 2014.
- [26] “Populations légales 2014–Populations légales 2014 | Insee.” [Online]. Available: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525762?sommaire=2525768>. [Accessed: 11-Jul-2017].
- [27] “Mortalité en 2015 | Insee.” [Online]. Available: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012741#tableau-TCRD_048_tab1_regions2016. [Accessed: 11-Jul-2017].
- [28] S. Roger and J. Labrador, “Les sans-domicile dans l’agglomération parisienne : une population en très forte croissance,” *Insee Ile de France à la Page 423*, Paris, 2014.
- [29] Observatoire National de la Fin de Vie, “Lieux de décès en France,” 2011.
- [30] A. D. Krahn, J. S. Healey, V. Chauhan, D. H. Birnie, C. S. Simpson, J. Champagne, M. Gardner, S. Sanatani, D. V. Exner, G. J. Klein, R. Yee, A. C. Skanes, L. J. Gula, and M. H. Gollob, “Systematic Assessment of Patients With Unexplained Cardiac Arrest,” *Circulation*, vol. 120, no. 4, 2009.
- [31] “BEH n°20-21/2016 / 2016 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil.”
- [32] Observatoire National de Fin de Vie, “Fin de vie et précarités,” 2014.
- [33] “FEANTSA ethos 2007 exclusion logement - Recherche Google.” [Online]. Available: https://www.google.fr/search?q=FEANTSA+ethos+2007+exclusion+logement&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=LK1cWda5OtLdaMSRnbAK. [Accessed: 05-Jul-2017].
- [34] S. Fazel, J. R. Geddes, and M. Kushel, “The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations,” *Lancet*, vol. 384, no. 9953, pp. 1529–1540, Oct. 2014.
- [35] F. Yaouancq, A. Lebrère, M. Marpsat, V. Régnier, S. Legleye, and M. Quaglia, “L’hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d’hébergement différents selon les situations familiales,” *Insee Première*, no. 1455, 2013.
- [36] “79.848 personnes sous écrou en France au 1er mai 2016.” [Online]. Available: <http://www.apres-tout.org/spip.php?article55>. [Accessed: 06-Jun-2016].
- [37] H. Chalmeton, “Les sortants de prison : une population fragile et menaçante,” 2006.
- [38] “Toronto now counting the deaths of homeless people | Toronto Star.” [Online]. Available: <https://www.thestar.com/news/investigations/2017/01/10/toronto-now-counting-the-deaths-of-homeless-people.html>. [Accessed: 22-Jun-2017].
- [39] C. Alstrom, R. Lindelius, and I. Salum, “Mortality among homeless men,” *Br. J. Addict. ...*, 1975.
- [40] T. Baggett and S. Hwang, “Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period,” *JAMA Intern. ...*, 2013.
- [41] N. Babidge, N. Buhrich, and T. Butler, “Mortality among homeless people with

- schizophrenia in Sydney, Australia: a 10- year follow- up,” *Acta Psychiatr. ...*, 2001.
- [42] A. Cheung and S. Hwang, “Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature,” *Can. Med. Assoc. J.*, 2004.
- [43] É. Roy, N. Haley, and P. Leclerc, “Mortality in a cohort of street youth in Montreal,” *Jama*, 2004.
- [44] “2006 Annual report on Homeless deaths.” [Online]. Available: <http://search.kingcounty.gov/search?utf8=✓&sc=0&query=homeless+2006&m=&affiliate=kingcounty&commit=Search>. [Accessed: 24-Jun-2015].
- [45] “62826th_annual_report_final.pdf.” [Online]. Available: http://www.nyc.gov/html/records/pdf/govpub/62826th_annual_report_final.pdf. [Accessed: 24-Jun-2015].
- [46] C. L. Auerswald, J. S. Lin, and A. Parriott, “Six-year mortality in a street-recruited cohort of homeless youth in San Francisco, California,” *PeerJ*, vol. 4, p. e1909, Apr. 2016.
- [47] D. Terrolle, “La mort des SDF à Paris: un révélateur social implacable,” *Etudes sur la mort*, 2002.
- [48] “Insee - Population - Évolution des décès, du taux de mortalité et du taux de mortalité infantile.” [Online]. Available: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02230. [Accessed: 26-Jun-2015].

Annexe 2 : Equipe en charge du projet et remerciements

Comité de pilotage

Cécile Rocca, coordinatrice du Collectif Les Morts de la Rue

Nicolas Clément, président du Collectif Les Morts de la Rue

Maya Allan, épidémiologiste chargée de projet

Pour le recueil de données en phase 1 :

Cécile Rocca, coordinatrice du Collectif Les Morts de la Rue

Chrystel Estela, salariée sur l'équipe « Proches en Deuil ».

Pour le recueil de données en phase 2 :

- Sylvie Leclère, permanente au Collectif les Morts de la Rue, les 6 premiers mois de l'année 2016.
- Une équipe bénévole pluridisciplinaire expérimentée depuis 5 ans, avec divers profils professionnels (médecins, statisticien, éducatrice spécialisée, psychologue, secrétaire médicale, urbaniste...), et une équipe de volontaires en service civique se succédant tous les 6 mois

Financement du projet

Ce projet a été cofinancé par la Direction Générale de la Cohésion Sociale, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé - Ministère du Logement et de l'habitat durable et par les Fondations Abbé Pierre et Caritas Le complément vient de la participation d'associations adhérentes.

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 la deuxième phase de ce travail. Il n'est pas toujours facile de reparler d'une personne qu'on a bien connue, décédée quelques mois plus tôt, et une partie de ces données sont sensibles. Nous espérons que vous serez satisfaits 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 mémoire de tous ces hommes et ces femmes.

Merci à la Direction Générale de la Cohésion Sociale d'avoir renouvelé sa confiance au Collectif Les Morts de la Rue en maintenant sa subvention nous avons pu réaliser ce travail, et

merci à la Fondation Abbé Pierre et à la Fondation Caritas de contribuer activement à ce travail par leurs subventions.

Nous remercions également les institutions et les associations qui se sont fortement impliquées dans cette étude en remontant 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.

Merci à Sylvie, permanente de l'équipe de septembre 2014 à juin 2016. Sa détermination pour recontacter les personnes, sa compétence, sa facilité de contact et sa gentillesse ont été essentielles.

Enfin, un grand merci à toute l'équipe du Collectif Les Morts de la Rue, salariés et bénévoles, volontaires en service civique et autoentrepreneur, qui a participé au projet « Dénombrer et Décrire ». Ce travail n'aurait pu se faire sans son investissement, son enthousiasme et sa rigueur.

Annexe 3 : Abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARAPEJ	Association Réflexion Action Prison et Justice
BRDP	Brigade de Répression de la Délinquance à la Personne
CASH	Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CAU	Collectif des Associations Unies
CépiDc	Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès
CHAPSA	Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri
COGIC	Centre Opérationnel de Gestion Interministériel des Crises
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIM-10	Classification Internationale de la Maladie, 10 ^{ème} révision
CMDR	Collectif Les Morts de la Rue
DIHAL	Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement
DOM	Département d'Outre-Mer
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERRC	European Roma Rights Center
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FAS	Fédération Acteurs de la Solidarité (Anciennement FNARS)
IDF	Ile-de-France
IC	Intervalle de confiance
IML	Institut Médico-Legal
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
LHSS	Lits Halte Soins Santé
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
OIP	Observatoire international des Prisons
OR	Odds Ratio
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PSA	Permanences Sociales d'Accueil
« SDF »	« Sans Domicile Fixe » : personne dont la situation de logement correspond à la définition du CMDR
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UE	Union Européenne
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

Annexe 4 : Le Collectif Les Morts de la Rue (CMDR) : présentation

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

- 1/ faire savoir que beaucoup de personnes qui vivent ou ont vécu à la rue en meurent ;
- 2/ mettre en œuvre et développer, sans distinction sociale, raciale, politique ni religieuse, les moyens et actions nécessaires :
 - a. pour la recherche, la réflexion et la dénonciation des causes souvent violentes des morts de la rue,
 - b. pour des funérailles dignes de la condition humaine,
 - c. pour l'accompagnement des personnes en deuil et leur entourage.

Le CMDR est un collectif de structures adhérentes (voir Annexe 7), qui travaillent dans le domaine de la grande précarité en Île-de-France. Des particuliers sont aussi adhérents.

Le CMDR recense donc les décès de personnes vivant à la rue ou ayant vécu à la rue, recueille un certain nombre de données à leur sujet pour permettre non seulement de bien accompagner les personnes en deuil [32] mais aussi de nourrir la recherche et la réflexion autour de ces décès, en lien avec les proches et les équipes de travailleurs sociaux.

Le CMDR n'est pas une unité de recherche scientifique portant sur la mortalité des personnes vivant à la rue. Certes, il recense les décès de personnes vivant ou ayant vécu à la rue et recueille un certain nombre de données à leur sujet. Et ces données ont été jugées les plus complètes existant sur le sujet dans le rapport Cemka-Eval (cf plus haut) [24]. Mais les objectifs du CMDR sont multiples, et le recueil de données est au service non seulement de l'objectif de recherche, de réflexion et de dénonciation autour des décès prématurés, mais aussi de ses autres activités, que sont les funérailles dignes et l'accompagnement des proches dans le deuil. Le recueil de données n'avait donc pas été réfléchi spécifiquement pour l'établissement de statistiques de mortalité. Pourtant, le fonctionnement du CMDR peut, par certains aspects, être assimilé à un système de vigilance portant sur les décès de personnes « SDF » que l'on cherchera à améliorer pour répondre aux objectifs de ce rapport.

En 2002, des associations ou collectifs locaux accompagnaient déjà les personnes à la rue décédées, notamment le Collectif Dignité Cimetière à Rennes ou Magdala à Lille. D'autres collectifs régionaux se sont créés après le CMDR à Paris. Aujourd'hui, des associations ou des collectifs accompagnent les morts de la rue dans 18 villes françaises (Annexe 1). Ces associations travaillent de façon indépendante et fonctionnent de façon différente. Elles échangent régulièrement sur leurs pratiques notamment lors de rencontres inter associatives. Les collectifs régionaux transmettent des données au CMDR. Ces données peuvent être nominatives ou

anonymes, et plus ou moins riches d'information (en général, l'âge au décès et la commune du décès, parfois plus). Des rencontres avec les collectifs régionaux portant sur la transmission des données ont eu lieu (Grenoble, Rennes, Lille, Strasbourg) afin d'améliorer la transmission des données, en accord avec leurs modes de fonctionnement.

Annexe 5 : Contexte

1.1. Personnes Sans Domicile

1.1.1. Définition

Plusieurs définitions de personnes sans domicile existent, les critères sont variables selon les pays, les types de recherche, le type d'hébergement, la durée de la période sans hébergement...

En France, l'INSEE a défini les notions de Sans Domicile, et Sans Abri, notamment dans l'enquête Sans Domicile 2012 [14] :

- Une personne est considérée comme **sans domicile** un jour donné si elle a passé la nuit précédente dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu exceptionnellement ouvert en cas de grand froid)
- Une personne est considérée comme **sans-abri** un jour donné si elle a passé la nuit précédente dans un lieu non prévu pour l'habitation. Les haltes de nuit, non équipées pour dormir, figurent également ce cas.

Cette définition porte sur ces critères d'hébergement peu clairs (avec ou sans remise à la rue le matin ?), et se définit sur une période très courte. L'instabilité du parcours des personnes face aux solutions de logement proposées et disponibles signifie des parcours complexes entre rue, hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale, hôtels etc. Ces facteurs sont difficilement pris en compte sur une nuit.

La FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris) propose une typologie de l'exclusion du logement, fondée sur la notion de « Home », composé de 3 domaines : physique, social et juridique [33].

Cette classification qui fait abstraction des définitions nationales des Etats européens, permet de classer les personnes selon leur situation de vie :

- Sans-abri : dormant à la rue ou en situation d'urgence,
- Sans logement : abri provisoire dans les institutions ou foyers
- En logement précaire : sous la menace d'expulsion avec baux précaires
- En logement inadéquat : caravanes sur sites illégaux, logement insalubre ou qui n'est pas aux normes d'hygiène ou de surface adéquate, surpeuplement

La commission européenne a proposé en 2007 une définition de la condition de sans domicile :

Catégories	Lieu de vie	Définition
1 Personnes dormant dehors	Espaces publics/rue/lieux non prévus pour l'habitation	Vivant dans la rue ou des espaces non définis pour l'habitation
2-Personnes en hébergement d'urgence	Refuges de Nuit	Personnes sans lieu habituel de résidence changeant fréquemment de types d'hébergement
3 Personnes occupant des hébergements pour sans domicile	Foyers pour Sans domicile Logements temporaires Abris pour femmes battues	La période d'occupation de ces lieux est de moins d'un an
4 Personnes vivant en institution	Etablissements de santé Institutions carcérales	Séjour prolongé du à un manque de logement Pas de logement disponible avant la sortie
5 Personnes occupant des logements non classiques à la suite d'un manque de logement	Caravanes Constructions non classiques Structures temporaires	Hébergement utilisé suite à un manque de logement , n'est pas le lieu habituel de la personne
6 Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec un tiers	Logement classique, mais n'étant pas le lieu de résidence habituel	Hébergement utilisé suite à un manque de logement, n'est pas le lieu habituel de la personne

Tableau 8 : catégories de personnes sans domicile proposées par la Commission Européenne en 2007

Le Collectif Les Morts de la Rue doit également classer les personnes afin de les inclure ou non dans sa population d'étude, à savoir « personne sans domicile décédée en France ». Cette classification s'effectue à titre posthume, et donc via des tiers (amis, travailleurs sociaux, journalistes, particuliers...) qui n'ont pas suivi l'intégralité du parcours souvent chaotique des personnes face aux solutions de logement.

Une définition sur-mesure a alors été créée pour mieux décrire le parcours des personnes sur un temps plus long, 3 mois, qui nous paraît plus approprié pour appréhender la situation de vie des personnes.

La population d'étude correspond aux **personnes «sans domicile fixe» (SDF)⁴ décédées sur le territoire français**. Les définitions suivantes sont utilisées par le Collectif Les Morts de la Rue dans la suite de ce rapport (voir aussi plus bas, dans la section « population étudiée »):

⁴ Dans le 1^{er} rapport « Dénombrer et Décrire », publié en 2013, nous avons préféré le terme « personnes sans chez soi » qui correspond davantage à notre population, et le terme « SDF » est parfois connoté négativement et est tellement utilisé couramment que la représentation associée à ce terme est déjà construite pour une grande partie des lecteurs, varie beaucoup d'une personne à l'autre ou d'un organisme à l'autre et ne correspond pas forcément à notre définition. Cela permettait également d'alerter le lecteur sur le fait que la définition que nous utilisons n'est pas forcément la même que celle utilisée dans d'autres études. Toutefois, pour faciliter la lecture et la compréhension de ce travail, nous avons choisi de reprendre le terme « SDF », en les utilisant avec des guillemets. La définition, elle, n'a pas changé.

Personne « SDF » = <u>ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</u> :			PERSONNE « ANCIENNEMENT SANS DOMICILE » = n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne «SDF».
-Dans un lieu non prévu pour l'habitation -Dans un centre d'hébergement d'urgence -Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence = « EN SITUATION DE RUE »	-Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation -Dans un logement squatté -Dans le logement d'un tiers -Dans un hôtel (hors situation pérenne) = « HEBERGE »	Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias = « PROBABLEMENT SANS DOMICILE »	

Figure 38 : Définitions de personnes « SDF » et définitions associées utilisées par le Collectif Morts de la Rue

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

1.1.2. Recensement des personnes « SDF » en France

La comparaison entre les pays se heurte au problème méthodologique de définition et à la méthode de comptage. Plusieurs méthodes existent [34] :

- **La méthode « point in time »**, qui compte le nombre de personnes correspondant à un critère et une zone géographique à un moment donné : « personnes dormant dans l'espace public dans la commune de Paris pendant une nuit donnée »
- **La méthode via l'offre**, qui compte le nombre de personnes ayant bénéficié des services pour les personnes sans abri (utilisée par l'INSEE pour le recensement de 2012)

La dynamique hétérogène du parcours des personnes face aux offres et solutions de logement signifie d'importants écarts entre les 2 méthodes, qui doivent être pris en compte dans les biais.

En France, l'INSEE a dénombré en 2012 [35], auprès de services de distribution de repas ou d'hébergement pour les sans-abri et sans domicile,

- 81 000 sans domicile adultes et 30 700 enfants dans les communes de plus de 20 000 habitants
- 22 500 personnes en centre de demandeurs d'asile,
- 8000 personnes dans les communes de moins de 20 000 habitants,

Soit une population totale de **141 500 personnes**.

Ces chiffres ne comprennent pas :

- Les personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation et qui ne fréquentent pas de services de distribution ou d'hébergement, comme par exemple les personnes originaires, souvent mais pas seulement, d'Europe de l'Est et vivant en bidonville,

dénombrées par la DIHAL à près de **16 000 fin novembre 2016** [18]. Ces personnes ne sont pas recensées dans l'étude de l'INSEE de 2012.

- Les personnes présentes dans des communes sans service de distribution ou d'hébergement ;
- Les personnes sans domicile hébergées chez des tiers, qui ne fréquentent pas les lieux de distribution ;
- Les personnes sans domicile hospitalisées ;
- Les personnes sans domicile **en détention** dont le nombre peut être estimé à **3434** personnes (68.685 personnes écrouées en France au 1^{er} mai 2016[36], et une proportion de personnes sans domicile de 5% estimée en 2013 parmi les détenus français [37]).

Soit une estimation globale de 160 934 personnes Sans Domicile en France en 2016.

Le nombre de personnes sans domicile recensées en 2012 selon l'INSEE [14] a augmenté, notamment en agglomération parisienne, avec une progression de 84% depuis 2001, contre 11% dans les autres sites. Toutefois les méthodes entre les deux recensements diffèrent, il est donc difficile de quantifier précisément cette augmentation. Les femmes représentaient 38% des personnes sans domicile (dont 11% des personnes sans abri, 20% des personnes fréquentant un hébergement collectif où l'on doit quitter la structure le matin, 50% des personnes fréquentant les structures où l'on peut rester le matin, deux tiers des personnes hébergées en hôtel). 77% des personnes avaient entre 18 et 49 ans. A l'origine de la perte du logement, 35% mentionnent des difficultés d'ordre familial (séparation, décès, etc...), sans mentionner de difficultés financières. 30% mentionnent des difficultés financières, mais sans mentionner de problèmes familiaux. La grande majorité des personnes sans domicile avait vécu un événement douloureux lié à l'environnement familial. Un sans domicile sur trois vit avec moins de 300 euros par mois, et 80% avec moins de 900 euros par mois (seuil de pauvreté en 2012 : 947 euros par mois)

1.1.3. Mortalité des personnes sans domicile

1.1.3.1. Méthodes de dénombrement

Différentes méthodes existent, elles diffèrent selon le type de travail : étude ponctuelle ou suivi institutionnel de la population [24].

- Le dénombrement institutionnel :
 - o Le rapportage systématique des décès de personnes sans domicile fixe : New York, depuis 2005, a inclus cette activité dans le cadre légal et croise les données de 4 institutions pour dénombrer les décès. Toronto recensait les décès de personnes dans les refuges de sans-abris, près de 200 y sont décédées depuis 2007 [38]. La

ville a récemment décidé de recenser les décès de personnes sans-abris hors refuge (hôpital, rue etc...[1] .Indianapolis[4] et Denver[3] ont effectué la même démarche, ainsi que Toronto [38].

- Etude rétrospective des dossiers des instituts funéraires (morgue, instituts médico-légaux)
- Le croisement des certificats de décès et des services sociaux

Les dénombrements institutionnels combinent souvent plusieurs méthodes, comme pour la ville de Toronto ou New York.

Le CMDR effectue un recensement rétrospectif, et utilise deux méthodes complémentaires :

- Actif : dénombrement institutionnel avec la Ville de Paris et des autres villes abritant un Collectif, recherche d'articles de presse, recherche d'actes de décès,
- Passif : signalements via des tiers (proches, travailleurs sociaux, famille etc)

Une dernière méthode, le suivi de cohorte, est effectuée dans plusieurs études notamment en Europe (Stockholm [39], Rotterdam [7], Glasgow [6], et récemment Copenhague [5]). Cette méthode n'a pas encore été mise en œuvre en France.

1.1.3.2. Résultats des études existantes

Les données internationales concernant la mortalité des sans abri sont rares et de qualités inégales, d'après une revue de la littérature récente [24] effectuée en 2011 par le cabinet CEMKA-EVAL.

Les informations disponibles diffèrent selon les études, mais les informations principales décrites dans la revue de littérature sont :

- Le taux de mortalité brut des personnes sans abri
- L'indice comparé de mortalité, en comparant avec des populations standardisées sur l'âge et le sexe de la ville ou du pays ciblé (rendant impossible les comparaisons entre les études),
- L'âge moyen au décès (à ne pas confondre avec l'espérance de vie)
- Le taux de masculinité de la population
- Les causes de décès principales et détaillées
- Les facteurs prédictifs de la mortalité des sans-abris.

Méthode	Année	Auteur	Ville	Effectif	Age moyen de décès	Causes première de décès
Etude Cas Témoins	1997	Hwang [40]	Boston	558 de 1988 à 1993	47 ans	ND
Cohorte	2001	Babdige [41]	Sydney	83	50 ans (hommes) 57 ans (femmes)	Maladies cardio-vasculaires (28,9%)
Cohorte	2004	Cheung [42]	Toronto	26 décès de femmes	46 ans	ND
Cohorte	2004	Roy [43]	Montréal	26 jeunes entre 14 et 25 ans	ND	Infection par le VIH (HR 5.6)
Recueil rétrospectif multi sources	2006	Rapport annuel [44]	Seattle	286 décès entre 2004 et 2006	47	Maladie (35%)
Recueil rétrospectif multi sources	2007	Rapport annuel [8]	Los Angeles	2815 décès entre 2000 et 2007	48 ans	Maladies cardio-vasculaires (24,4%)
Cohorte	2009	Morisson [6]	Glasgow	457 sur 5 ans	41	Drogue (Hasard Ratio 7.2)
Recueil rétrospectif multi sources	2011	Rapport Annuel [45]	New York	157	ND	Maladies cardiovasculaires (20%)
Cohorte	2011	Bagett [40]	Boston	1302 (de 2003 a 2008)	51 ans	Overdose (16,8%)
Cohorte de jeunes de 15-24 ans	2016	Auerswald [46]	Sans Francisco	218 (2004-2010)	4 décès entre 18 et 20 ans 7 Décès entre 21 et 30 ans	Causes externes (9/11 décès)

Tableau 9 : tableau comparatif de quelques études traitant de la mortalité des Sans Domicile

Méthode	Année	Auteur	Ville	Effectif	Age moyen de décès	Causes première de décès
Registre des décès en hôpital	2009	Médecins du Monde et APHP	Marseille	44	41 ans pour les femmes (N=7), 56 ans pour les hommes (N=37)	Pathologies pulmonaires (20%)
Registre des décès en hôpital	2011	ORS	Lyon	51	51 ans	Maladies Cardiovasculaires 39%
Appariement de bases de données-	2008-2010	CepiDc-CMDR	France entière	693	49 ans	Maladie (52%)
Recueil rétrospectif multi sources	2012	CMDR	France Entière	390	National 50,7 ans 55 ans en IDF 47 ans en province	Mort violente (28% des décès)
Recueil rétrospectif multi sources	2013	CMDR	France Entière	454	National 49,2 ans 53,4 ans en IDF 48,4 ans en Province	Mort violente (20% des décès)
Recueil rétrospectif multi sources	2014	CMDR	France Entière	498	National 49,5 ans 52,6 ans en IDF 47,7 ans en Province	Mort Violente (26% des décès)
Recueil rétrospectif multi sources	2015	CMDR	France Entière	497	National 49,2 ans 52,0 ans en IDF 47,6 ans en Province	Mort Violente (28% des décès)

Tableau 10 : Résultats des études menées sur les décès en France

Une revue systématique de la santé des personnes sans domicile dans les pays à haut revenu a permis une synthèse des différents travaux sur le sujet [34] et montre des résultats variant selon la population cible et le lieu, notamment pour les causes de décès, et de situation de santé.

En France, une étude exploratoire a été menée en 2011 par le cabinet Cemka Eval commandité par l'ONPES afin de dresser différentes approches et sources de données disponibles [24]. Il n'existe aucune méthode systématique de recueil ou d'analyse des données traitant de la mortalité des personnes Sans Domicile. « Déjà hypothéquée par une absence de définition statistique de son vivant, la personne à la rue reste indécélable dans les statistiques de mortalité » [47] .

Les sources explorées rassemblent divers acteurs :

- Instituts médico-légaux via des rapports ou thèses d'étudiants (Paris, Lille, Lyon)
- Institut de Recherche médicale (INSERM CepiDc)
- Associations : le Collectif Les Morts de la Rue, Gouttes de Vie à Toulouse, Médecins du monde
- Surveillance hivernale des décès COGIC DGCS
- Base de données hospitalière PMSI via la codification des motifs d'hospitalisation selon la codification CIM10, base de données des dossiers médicaux hospitaliers de l'AP-HM à Marseille
- Observatoire du Samu Social de Paris : base de données des appelants
- Préfecture de Police de Paris

Les méthodes et sources sont diverses, amenant à une exhaustivité variable pour chaque acteur, et une complétude et qualité des données fluctuantes. Le rapport pointe surtout un manque de cadres structurels pour assurer la pérennité et la cohérence d'un système de remontées des données, qui pour l'instant reste informel, au gré des projets, contacts et liens entre les acteurs impliqués dans la précarité.

Une étude a été menée par Médecins du Monde et l'assistance publique des Hôpitaux de Marseille en 2009, sur 44 personnes, qui pointe un âge moyen au décès à 56 ans, et 20% des causes de décès dues à des pathologies digestives.

L'étude de l'ORS en Rhône-Alpes en 2011 a permis de rassembler plusieurs acteurs impliqués dans la prise en charge médicale des personnes sans domicile (Hospices Civils de Lyon, Médecins du Monde, Lits Halte Soins Santé Villa Hestia) dans le recueil et l'évaluation de leur état de santé. Les résultats dénombrent plus de 2000 personnes en grande précarité, 57 décès en 1 an, sans variabilité saisonnière, et une moyenne d'âge au décès de 50 ans. Les causes de décès ont été identifiées par des sources médicales, et mettent en lumière les défaillances cardiaques comme cause principale de décès (23%).

Une étude publiée en 2015 par une équipe de l'Hôpital St Antoine étudie les caractéristiques des personnes admises au service des Urgences, et procède à une analyse comparative. Les personnes sans domicile sont plus jeunes (49 ans contre 62 pour la population générale), et n'ont pas de risque accru de décéder à l'hôpital, même si leur séjour à l'hôpital est significativement plus long.

1.2. Les financements de l'étude Dénombrer et Décrire

Suite au rapport de Cemka-Eval qui recommandait de renforcer le CMDR pour amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données, le CMDR a reçu en 2012 une subvention de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Cette subvention avait pour objet la mise en place d'outils permettant l'établissement de statistiques fiables dans le temps à partir de données qualitatives et quantitatives recueillies sur les personnes sans domicile décédées. Elle a été reconduite depuis pour la poursuite de ce projet

En 2016, deux autres financeurs contribuent à l'étude : les Fondations Abbé-Pierre et Caritas.

Annexe 6 : Méthode

1.1. Dénombrer : méthode et outils

1.1.1. Période d'Etude

Les décès inclus dans cette étude sont ceux survenus au cours des années 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

1.1.2. Zone d'étude

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

1.1.3. Population étudiée

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

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

Personne « SDF » = <u>ayant dormi principalement dans les 3 derniers mois</u> :			PERSONNE ANCIENNEMENT « SDF » = n'ayant pas dormi principalement dans les lieux précités dans les 3 derniers mois mais ayant déjà répondu à la définition d'une personne « SDF ».
-Dans un lieu non prévu pour l'habitation -Dans un centre d'hébergement d'urgence -Dans tout type d'hébergement alloué pour pallier une urgence = « EN SITUATION DE RUE »	-Dans un centre d'hébergement collectif gratuit ou à faible participation -Dans un logement squatté -Dans le logement d'un tiers -Dans un hôtel (hors situation pérenne) = « HEBERGE »	Dans un endroit inconnu, mais probablement dans les lieux précités d'après nos partenaires ou les médias = « PROBABLEMENT SANS DOMICILE »	

Ces trois catégories suivantes : actuellement en situation de rue, « hébergés » et probablement « SDF » seront regroupées sous le terme des **personnes « SDF »**

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

Afin de pouvoir comparer ces résultats avec les chiffres existants, ces définitions se sont inspirées de celles utilisées par d'autres organismes, notamment l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee) [21] et la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri (FEANTSA) , le recueil de données permettra de catégoriser les personnes décédées en fonction des définitions de ces deux organismes pour des sous-analyses.

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

1.1.4. Sources de signalement des décès

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

1.1.4.1. Réseau associatif

De nombreuses associations sont adhérentes du CMDR (Annexe 1) dont le conseil d'administration est composé de personnes physiques ainsi que de représentants de différentes associations. De plus, par ses objectifs et ses actions, le CMDR est en relation avec les associations agissant auprès des personnes en précarité essentiellement franciliennes. De la même façon, certaines associations nationales et les collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue ou des morts isolés, qui transmettent généralement les données sur les décès qu'ils apprennent, sont en lien avec les associations locales.

Les associations qui signalent les décès au CMDR peuvent le faire avec plusieurs objectifs : aider le CMDR à mieux connaître le nombre de personnes vivant ou ayant vécu à la rue décédées, honorer la mémoire de la personne en faisant apparaître son nom sur le faire-part, dénoncer des dysfonctionnements ou demander de l'aide dans l'organisation des funérailles ou la recherche des proches.

Ce réseau associatif est sollicité au quotidien par l'envoi de mails pour rechercher les proches ou informer d'un décès, par l'envoi de faire-part invitant à l'hommage annuel, l'organisation de formations, l'invitation à des groupes de paroles pour les personnes en deuil de quelqu'un qui vivait à la rue. Ce partenariat au quotidien permet aux associations de mieux connaître le CMDR à qui elles communiquent spontanément les décès appris.

1.1.4.2. Sources institutionnelles

Certains acteurs institutionnels signalent régulièrement des décès au CMDR. Dans le cadre de la convention entre la ville de Paris et le CMDR (depuis 2004) pour l'accompagnement des personnes isolées décédées, les partenaires opérationnels (Institut 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 par le CMDR. Parmi ces noms, l'équipe « Proches en deuil » du CMDR cherche pour chaque personne auprès du Samu Social de Paris, des commissariats, des états-civils d'hôpitaux, des partenaires associatifs (réseau « Connaissez-vous »), les éléments qui permettront de mieux accompagner les défunts. C'est en

faisant cette recherche que le CMDR apprend parfois qu'il s'agit d'une personne ayant vécu à la rue. Le CMDR peut apprendre des décès par d'autres sources institutionnelles (police, services sociaux ou état civil de certains hôpitaux, certains 115...), notamment lorsque le CMDR représente pour ces services une aide pour l'identification de la personne décédée ou la recherche de proches.

1.1.4.3. Veille médiatique

Le CMDR effectue également une veille médiatique sur internet. En effet, il effectue quotidiennement une recherche par mots clés permettant de détecter des articles relatant le décès de personnes sans domicile ou vivant en centre d'hébergement collectif.

Les mots clés utilisés pour cette recherche sont les suivants : « SDF ; mort SDF ; décès SDF ; corps SDF ; cadavre SDF ; marginal ; mort marginal ; décès marginal ; corps marginal ; cadavre marginal ; sans-abri ; mort sans-abri, décès sans-abri ; cadavre sans-abri ; Sans-Domicile ; décès sans-domicile ; corps sans-domicile ; cadavre sans-domicile ; SDF décédé ; sans-abri décédé ; marginal décédé ; sans domicile décédé ; mort de la rue ; morts de la rue ; mort squat ; corps squat ; décès squat ; cadavre squat ; mort foyer hébergement ; décès foyer hébergement ; corps foyer hébergement... ». Une alerte a été créée sur le moteur de recherche internet Google© sur un certain nombre de ces occurrences.

1.1.4.4. Réseaux sociaux

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

1.1.4.5. Des particuliers

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

1.1.5. Amélioration de l'exhaustivité

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

1.1.5.1. Animation du réseau de partenaires

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

- **Réunions précarité** organisées par la Fédération des Acteurs de la Solidarité, (Anciennement FNARS⁵) d'Ile-de-France et les mairies des différents arrondissements parisiens,

- **Réunions de coordination des maraudes parisiennes** : de nombreuses associations et services publics organisent des maraudes et suivent les personnes qui vivent à la rue. Quatre personnes ont été nommées à la coordination de ces maraudes à Paris afin d'assurer une meilleure communication entre ces différents organismes et une meilleure distribution spatiale de l'offre.

Des réunions de coordination sont régulièrement organisées dans plusieurs arrondissements parisiens. Ces réunions sont des lieux privilégiés d'échange avec les associations parisiennes agissant contre la précarité. Elles permettent au CMDR de mieux identifier les acteurs pouvant être confrontés au décès de personnes «SDF», d'être mieux connu sur les différentes actions du CMDR et d'être présent auprès d'acteurs proches du terrain avant le décès.

1.1.5.2. Organisation de formations

Le CMDR organise régulièrement des formations à destination des équipes du CMDR et des bénévoles ou salariés d'associations travaillant auprès des personnes «SDF»

En 2016, différents types de formations et interventions ont été proposés :

- Transmission des savoir-faire des salariés du CMDR concernant les démarches administratives et juridiques autour du décès et de la fin de vies des personnes dépourvues de ressources suffisantes ; ou en cas de disparition ; ou de rumeur de décès. Ces formations ont permis la mise au point d'une boîte à outils qui est mise à disposition des associations qui le souhaitent.
- Un groupe d'échange d'expérience entre associations sur ce qui concerne la prise en charge de la fin de vie et du deuil dans les structures, afin d'aider chaque association à « protocoliser » sa manière de faire.
- Des formations à la demande (Diplôme universitaire à Amiens, Instituts de soins infirmiers, IRTS, intervention sur la fin de vie à Aurore, etc...)

⁵ En janvier 2017, la Fédération Nationale des Association d'Accueil et de Réinsertion Sociale change de nom et devient la Fédération des Acteurs de la Solidarité.

- L'équipe « Proches en Deuil » se déplace à la demande pour permettre un débriefing auprès d'équipes (maraudes, hébergement) confrontées à un deuil. Ces formations sont aussi l'occasion de rencontrer des acteurs associatifs agissant dans le domaine de la précarité, de présenter les différentes actions du CMDR comme pôle ressources, et de rappeler l'importance du signalement des décès.

1.1.5.3. Organisation de l'hommage annuel

L'hommage aux Morts de la Rue pour les personnes décédées en 2016 a eu lieu le 21 mars 2017 place du Palais Royal. Le CMDR a choisi de mettre en valeur « le printemps qui n'arrêtait pas le décès des personnes à la rue ». Des ateliers contre les préjugés ont été organisés, la longue liste de noms a été lue au cours de la journée.

1.2. Décrire : méthode et outils

1.2.1. Recueil de données

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

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

Posthume : après le décès

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

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

1.2.1.1. Questionnaire standardisé

Un questionnaire standardisé construit en huit parties a été utilisé pour le recueil de données (Annexe 5) :

- **Les données démographiques** :

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

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

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

Dans cette partie est indiquée aussi la nationalité, catégorisée en française, union européenne (UE, au sens des 27 pays appartenant en 2016 à l'UE), hors UE, double nationalité dont française, double nationalité dont UE, double nationalité hors UE. Par défaut, la nationalité était remplie en fonction du pays de naissance s'il était connu et s'il n'était pas fait mention d'une autre nationalité au cours du recueil de données.

- **Les données sur le décès :**

Cette partie comprend les informations relatives au décès :

Acte de décès reçu,

Date de décès,

Date à laquelle le CMDR a appris le décès,

Commune et région du décès,

Lieu du décès,

Source ayant signalé le décès au CMDR,

Cause du décès,

Source ayant transmis la cause de décès,

Simultanéité du décès avec un autre,

Demande d'autopsie ou d'examen médico-légal.

- **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. On y indique aussi le temps passé en situation de rue, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière⁶ pendant lequel la personne a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans des foyers d'urgence, et le temps sans logement personnel, c'est-à-dire le temps cumulé vie entière pendant lequel la personne a dormi dans un lieu conduisant à considérer la personne comme « hébergée » (cf partie 2).

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

- **Les données médicales**

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

⁶ 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.

- **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.

1.2.1.2. Deux phases de recueil

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

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

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

- **Phase 2 : appel des contacts**

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

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

1.2.2. Saisie des données

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

1.2.3. Analyse des données

1.2.3.1. Faisabilité du recueil de données

Dans un premier temps, une analyse des données propres à la faisabilité du recueil a été réalisée. Le nombre total d'appels ainsi que le nombre moyen d'appels par personne décédée ont été calculés. Puis la complétude des données a été calculée pour chaque variable recueillie de la façon suivante :

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

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

1.2.3.2. Analyse des données du CMDR

Les données 2012 et 2013 ont été importées sur la base de donnée Voozadoo, rendant possible une analyse conjointe. Toutefois, pour des raisons de formats de variable et de saisie, tous les items des questionnaires n'ont pas pu être importés.

L'analyse consolidée sur 2012-2016 porte donc sur les variables suivantes :

- Démographie : âge, sexe, nationalité, situation de rue
- Lieu de décès : commune, région, endroit où le décès a été constaté
- Décès : état du corps, décomposition, causes de décès, suicide
- Source de signalement des décès
- Troubles mentaux et addictions
- Dernier lieu de vie et temps d'errance

L'âge moyen au décès a été calculé, ainsi que son écart-type. La proportion de décès par âge et par sexe dans la population des personnes «SDF» a été calculée. Les données ont été comparées avec les données brutes (non standardisées sur la structure démographique de la population « SDF ») de la population générale (les données sur la répartition des décès par âge et par sexe de la population générale étaient disponibles sur le site internet de l'Insee [48]).

Les causes de mortalité, les pathologies associées et les antécédents médicaux ont été codés en fonction de la 10ème version de la Classification Internationale de la Maladie (CIM-10). Les causes de mortalité ont ensuite été regroupées en fonction des grands chapitres de cette classification. Pour les causes liées à l'alcool ont été définies d'après la définition de l'Inserm-CépiDc a été utilisée (tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14), de l'œsophage (C15), du larynx (C32), maladie du foie liée à l'alcool (K70), pancréatite chronique liée à l'alcool (K860) et troubles mentaux liés à un abus d'alcool (F10)).

Le type d'habitat a été codé selon le classement utilisé par l'Insee dans son enquête de 2012 sur les sans domicile. La distribution des personnes décédées en fonction de leur dernier lieu d'habitation a été calculée.

La population des personnes «SDF» étant très hétérogène, l'analyse principale est présentée stratifiée sur ces grands sous-groupes : personnes en situation de rue, personnes « hébergées », personnes probablement «SDF», regroupées sans le groupe «personnes SDF » et personnes anciennement «SDF». Pour les données sur le contexte social et le logement, la proportion de données manquantes étant très élevée pour les personnes probablement «SDF», elles ont été exclues de cette partie de l'analyse.

La stratification de la population diffère selon les variables :

- Stratification « SDF » et « Anciens de la rue »
- Stratification « Ile-de-France » et « Régions autres»
- Exclusion des mineurs de moins de 15 ans

1.2.4. Aspects éthiques

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

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

1.3. Mise en œuvre et faisabilité de l'enquête

Résumé : Mise en œuvre de l'étude entre 2012 et 2016

2012-2016

- Une **augmentation du nombre de signalement** des décès
- Une **augmentation globale du taux de dossiers investigués** avec pour résultat une meilleure complétude globale
- Une **augmentation globale du nombre de contacts dans le réseau** : meilleur taux de réponse

2016

- Une **moins bonne performance d'investigation due au manque de personnel** de coordination de l'étude
- 2016 : **moins bonne complétude pour certaines variables, meilleure pour d'autres** : une meilleure prise d'information lors du signalement compense le plus faible taux d'investigation

1.3.1. Traitement des dossiers 2014-2016

La migration de la base de données sur la base de données en ligne Voozano en septembre 2014 a permis un meilleur suivi de la mise en œuvre des investigations, notamment en termes de gestion du nombre de tâches effectuées pour chaque dossier, et des contacts. Ces données sont partiellement disponibles pour 2012-2013-2014, et pleinement disponibles pour 2015 et 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016
Décès signalés	451	526	595	635	663
Dossiers non investigués en phase 2	402 (89%)	359 (68 %)	ND	14 (2,2%)	89 (14,4%)
Dossiers supprimés	ND	ND	23 (3,8%)	50 (8%)	47 (7,6%)
Nombre moyen de tâches effectuées pour chaque dossier	ND	ND	ND	5	7
Nombre maximum de taches d'investigation effectuées pour chaque dossier	ND	ND	9	21	26

Tableau 11 : Eléments de traitement des dossiers au cours de l'investigation pour l'étude Dénumérer et Décrire entre 2012 et 2016

Ces chiffres montrent une progression globale dans la qualité du traitement des dossiers, permettant à la fois d'exclure des personnes non comprises dans la population ou le territoire de l'enquête, et d'éviter les doublons.

En 2016, on remarque une augmentation du nombre de dossiers non investigués. Ceci est dû à l'absence de coordinateur de l'étude les six derniers mois de l'année. Son absence s'est fait sentir car moins de dossiers ont été traités, malgré un renforcement de l'équipe par des nouveaux bénévoles en début d'année. On remarque paradoxalement un nombre plus élevé de tâches effectuées par dossier, du fait de la recherche systématique de l'acte de décès pour les personnes dont on ne connaît pas l'identité, et de recherches approfondies pour des personnes inconnues des acteurs traditionnels de la précarité.

1.3.2. Nombre de contacts et réponse au questionnaire

	2012	2013	2014	2015	2016
Contacts répertoriés	NA	NA	350 (pas tous saisis car migration en cours d'année)	750	938
Contacts associés à un décès	NA	390	393	690	664
Contacts joints	NA	244	378	457	327
Contacts ayant répondu au questionnaire	NA	107 (43%)	231 (61%)	366 (80%)	276 (84%)

Tableau 12 : Contacts joints lors de l'investigation Dénombrer et Décrire entre 2012 et 2016

Le réseau augmente d'année en année. Ainsi, il est plus facile d'identifier des contacts pour amorcer l'investigation.

En 2016, le nombre de contacts joints en phase 2 a baissé, là encore suite au départ du coordinateur de l'étude, et malgré un renforcement de l'équipe en fin d'année. Le taux de réponse reste cependant très bon, reflétant la meilleure visibilité et compréhension de l'étude par les partenaires.

1.3.3. Complétude des données depuis 2012

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

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

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

Par exemple dans la figure 2 : en 2016, 77% des personnes décédées ont eu leur pays de naissance renseigné.

Depuis le début de l'étude Dénombrer et Décrire, la complétude des données recueillies dans le questionnaire s'est globalement améliorée.

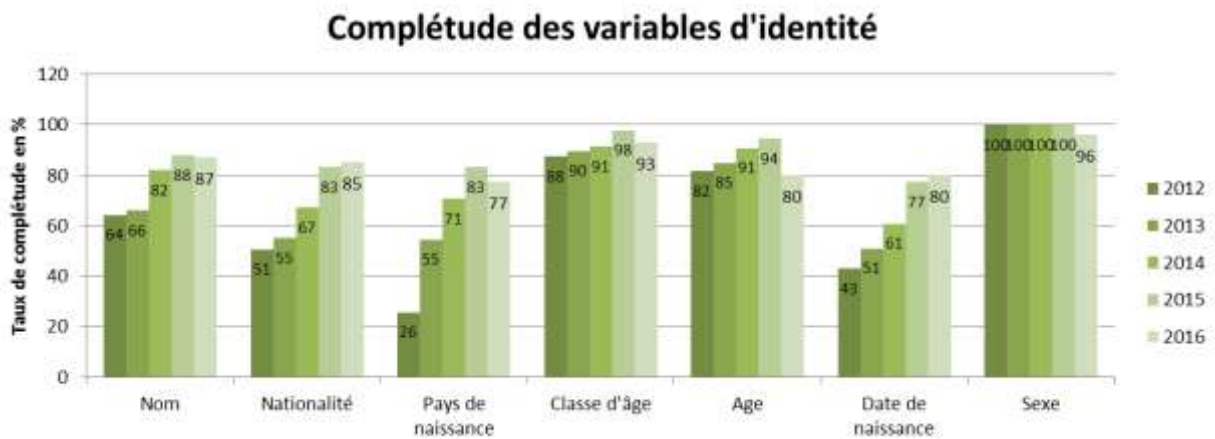


Figure 39 : Complétude des variables d'identité de 2012 à 2016

Toutes les complétudes sont en progression jusqu'en 2015, avec une légère baisse en 2016 pour certaines. Parmi les variables les plus importantes figure le nom, qui permet à la personne en cas d'absence de famille de figurer sur la liste de décès diffusée par le CMDR et offre une possibilité aux proches d'apprendre le décès et ainsi de faire leur deuil.



Figure 40 : Complétude des variables liées au décès de 2012 à 2016

Les données liées au type de décès (décès violent, de maladie, de type inconnu) sont en légère baisse en 2015 et 2016, mais ont globalement bien progressé depuis 2012. La complétude concernant le lieu de décès a baissé depuis 2014.

L'acte de décès a été récupéré pour 230 personnes, soit 46% des décès inclus dans l'étude. Cette proportion est en forte augmentation depuis 2015.

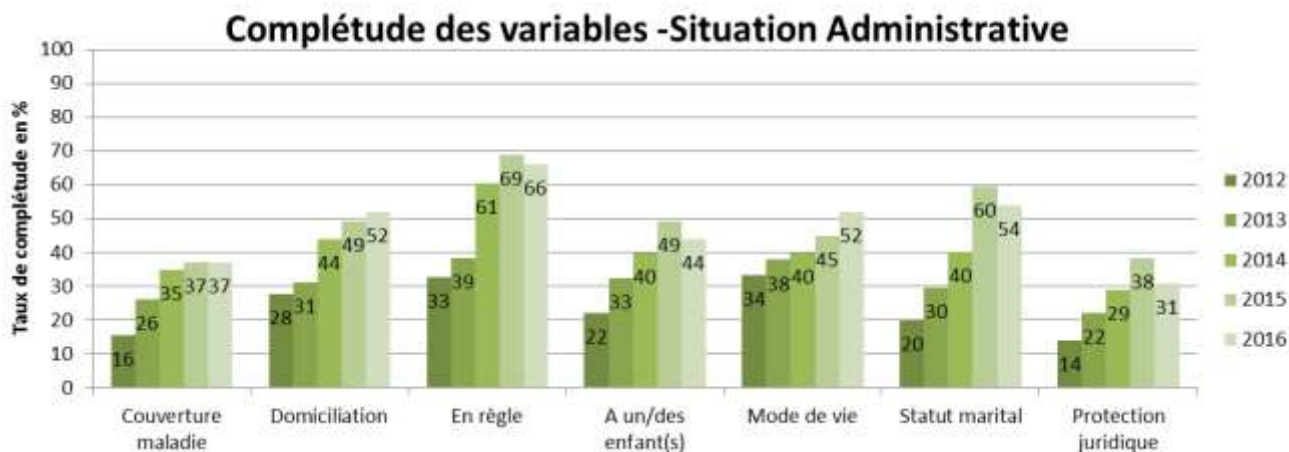


Figure 41 : Complétude des variables liées à la situation administrative de 2012 à 2016

Les données concernant la situation administrative sont plus difficiles à obtenir en recueil rétrospectif auprès de tiers qui ne sont pas impliqués dans les démarches administratives. Toutefois on observe une progression globale de la complétude dans ce domaine, toujours avec quelques baisses en 2016.

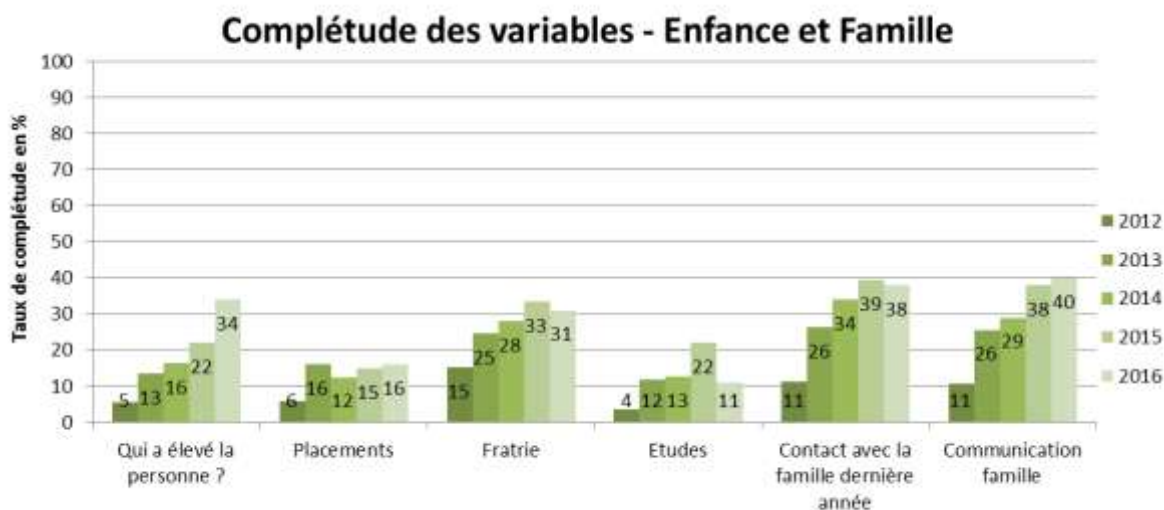


Figure 42 : Complétude des variables liées à la famille et l'enfance de 2012 à 2016

Les informations concernant l'enfance et la famille sont très difficiles à obtenir auprès de personnes hors du champ familial, mais on observe là aussi une progression globale. Les informations sur les placements, dont on sait qu'ils sont fréquents pour les personnes sans

domicile (25% des sans domiciles nés en France ont été placés au cours de leur enfance selon l'étude de 2012 de l'INSEE [14] sont très faiblement renseignés.

On note l'augmentation de la complétude pour la variable concernant l'enfance et qui a élevé la personne, et la baisse concernant les études.

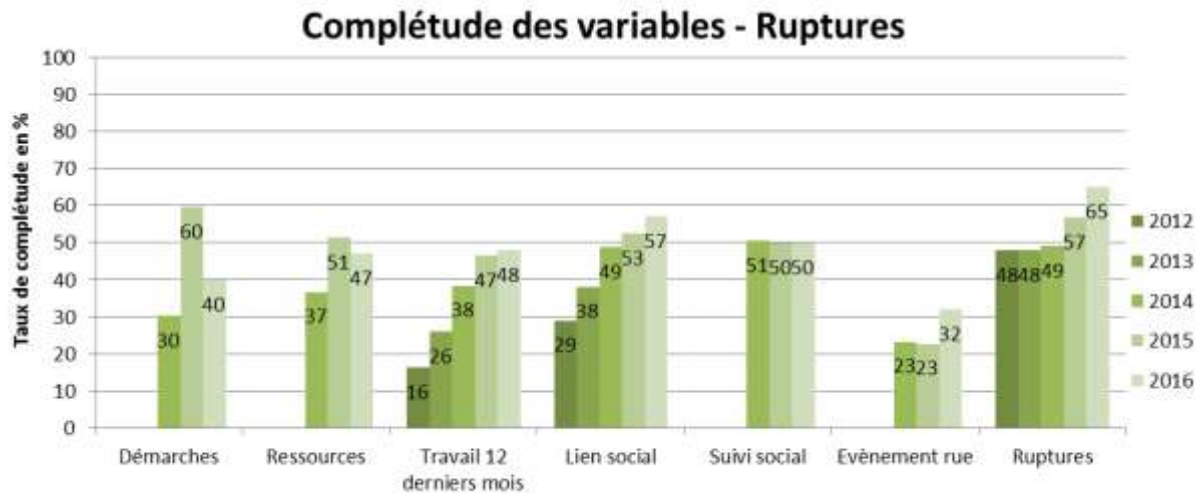


Figure 43 : Complétude des variables liées aux ruptures de 2012 à 2016

Les informations liées au niveau économique et aux causes de rupture sont également difficiles à obtenir pour des tiers qui ne sont pas impliqués dans le suivi et les démarches, mais globalement également en progression, avec une forte hausse en 2016 pour l'évènement ayant provoqué le passage à la rue et les différentes ruptures vécues au cours de la vie. On note une baisse concernant les démarches administratives.

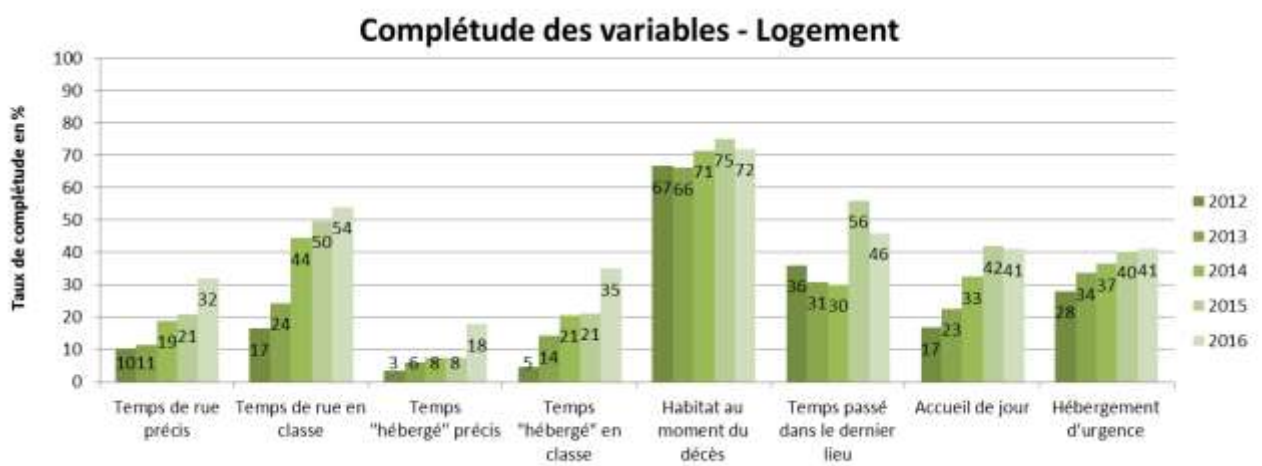


Figure 44 : Complétude des variables liées au logement de 2012 à 2016

Le temps passé à la rue en vie entière est difficilement connu, du fait de l'instabilité des parcours et de la sensibilité de la question. Toutefois les informations sur les lieux de vie

précédent le décès et le temps passé dans chacun de ces lieux est bien renseigné, avec là encore une progression sur le nombre de décès pour laquelle l'information est renseignée, avec une légère baisse pour 2016.

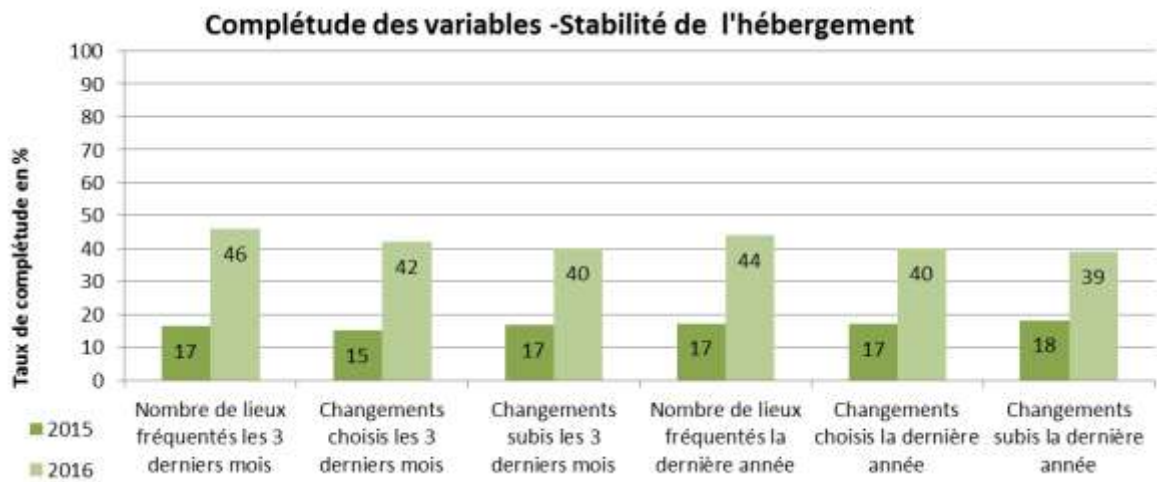


Figure 45 : Complétude des variables liées à la stabilité de l'hébergement de 2012 à 2016

Cette question introduite en 2015 montre une forte progression de complétude entre 2015 et 2016 ; le problème restant la définition du nombre de lieux fréquentés et le suivi des parcours d'hébergement erratiques et fractionnés de ruptures.

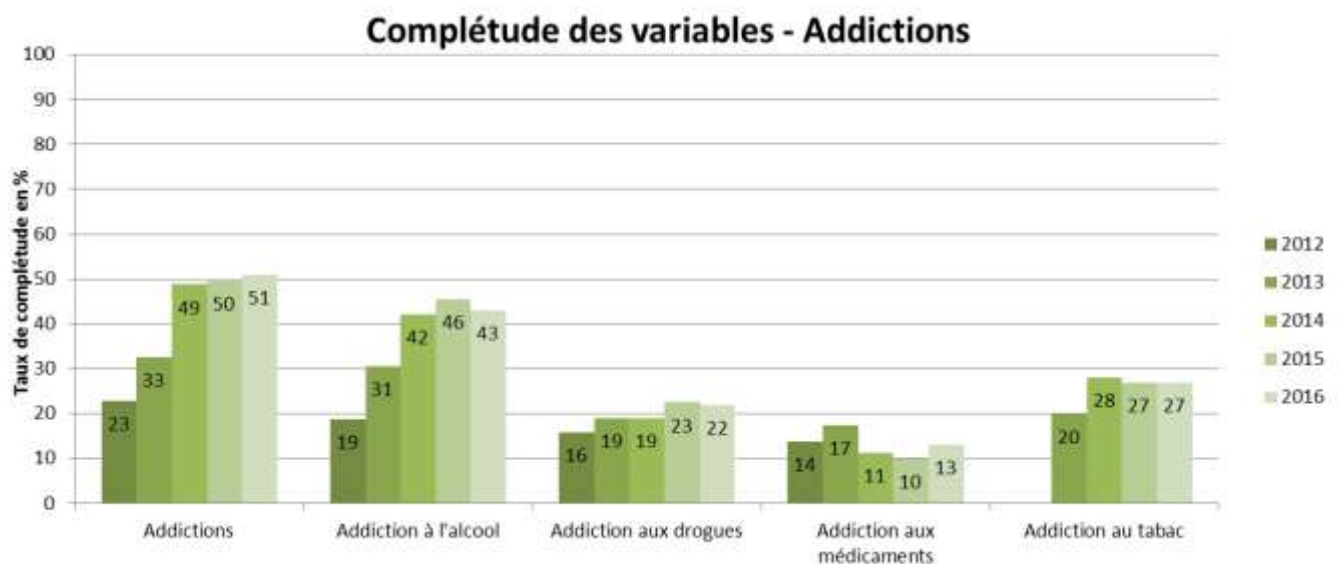


Figure 46 : Complétude des variables liées aux addictions de 2012 à 2015

Les informations concernant les addictions restent globalement faiblement renseignées, du au secret médical, au manque d'information des tiers contactés sur le sujet, et possiblement au biais de déclaration des personnes ne souhaitant pas se prononcer sur le sujet.

Complétude des variables - Antécédents

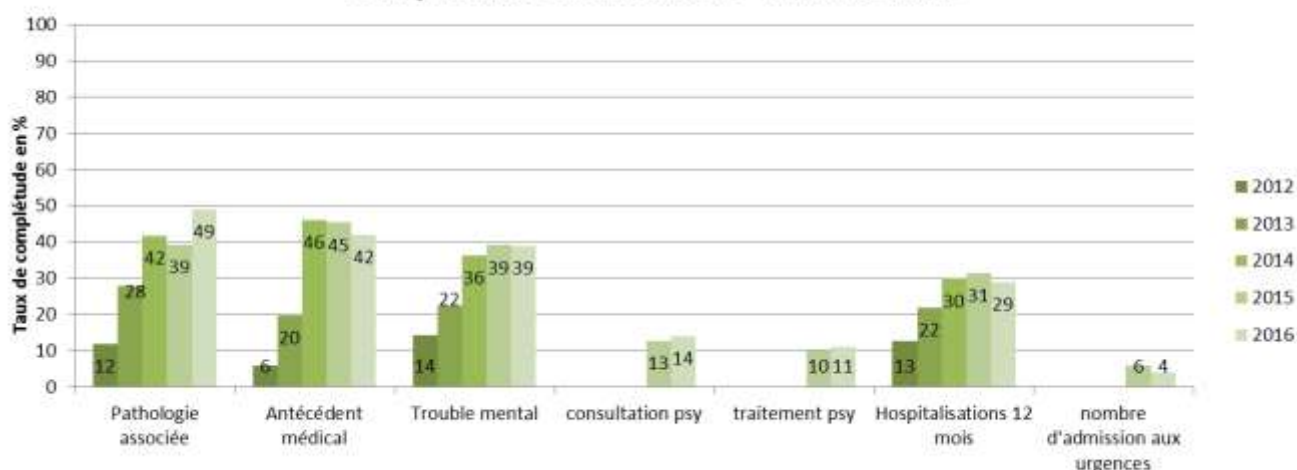


Figure 47 : Complétude des variables liées aux antécédents de 2012 à 2015

Les données portant sur le passé médical de la personne sont soumises au secret médical, et donc faiblement renseignées par du personnel médical contacté. L'information émane plutôt de proches, non médicaux qui renseignent le sujet dans les grandes lignes, sans insister sur les détails. On note une progression irrégulière notamment des pathologies associées, des hospitalisations, et une baisse du nombre de décès pour lesquels des antécédents sont connus.

Toutes les informations ont vu globalement leur complétude s'améliorer, démontrant ainsi la faisabilité du travail d'enquête. On note que malgré des difficultés en 2016 liées à la restriction de l'équipe, et au plus faible nombre de dossiers traités, certaines variables sont tout de même en cours de progression. Ceci dénote une meilleure information lors du signalement du décès, grâce au réseau de partenaires connaissant la teneur du travail de l'enquête, et au travail de l'équipe « Proche en deuil » recevant les signalements de décès, qui complète l'investigation de l'équipe « Dénumbrer et Décrire ».

Cette complétude aura un impact sur le travail d'appariement des données avec les décès recueillis par le CépiDC, qui s'effectue sur les variables suivantes :

- **Age (date de naissance format jj/mm/aaaa),**
- **Genre,**
- **Date de décès format jj/mm/aaaa,**
- **Commune de décès.**

La prochaine période d'inclusion portera sur 2012-2016, la complétude combinée de chacune des variables a évolué depuis 2012 :

Années	N total « SDF »	Nb d'individus pour lesquels les 4 variables sont renseignées	% d'individus pour lesquels les 4 variables sont renseignées
2016	499	393	79%
2015	497	435	88%
2014	498	415	83%
2013	462	319	69%
2012	413	296	72%
Total	2369	1858	78%

Tableau 13 : taux de renseignement des variables d'appariement avec le CépiDC pour les années 2012-2015

Pour rappel, le dernier appariement effectué en 2013 a porté sur les années 2008-2010, et parmi les 1145 décès recensés par le CMDR, 754 ont pu être appariés, soit un taux de 66%. L'amélioration du taux d'appariement permettrait une meilleure estimation du nombre réel du décès des personnes sans domicile.

1.4. Signalements des décès

Résumé : Signalements des décès entre 2012 et 2016

Une différence de signalements entre Ile-de-France et les autres régions :

Ile-de-France

- Faible signalement par les médias (13%) entre 2012 et 2016
- Augmentation des décès signalés par les particuliers
- Augmentation des décès de personnes « SDF » prises en charge par la Convention des Morts Isolés de la ville de Paris

Régions

- Près de 40% des décès signalés par la presse entre 2012 et 2016
- Un tiers des décès signalés par les associations régionales d'Accompagnement des Morts de la Rue

Les sources de signalement des décès sont informelles, sauf pour les décès que nous apprenons par la Convention du CMDR avec la Ville de Paris pour l'accompagnement des Morts Isolés.

En Régions, il y a davantage de signalements par les médias (près d'un tiers) et par les associations (près de la moitié), en Ile-de-France ceux-ci proviennent surtout des hôpitaux et partenaires institutionnels (convention avec la Ville de Paris, Samu Social, coordination des maraudes, Unité d'Assistance aux Sans Abris).

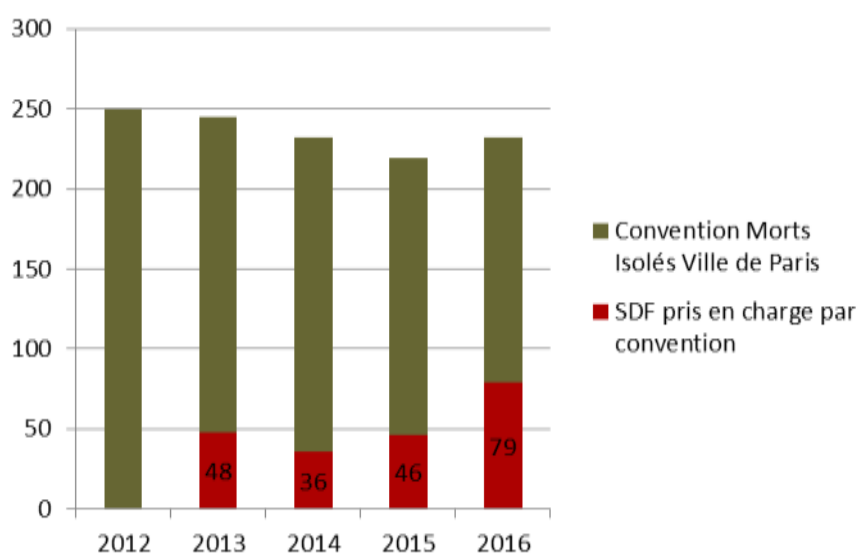


Figure 48 : Nombre de décès de personnes « SDF » dont l'inhumation a été prise en charge par la Ville de Paris (données non disponibles pour 2012)

Une analyse précise des sources montre une augmentation des décès signalés par la Convention des Morts Isolés de la Ville de Paris identifiés comme étant « SDF » (**79 décès en 2016 contre une moyenne de 43 décès par an entre 2012 et 2016**). Cette augmentation est due à un changement de pratique dans l'identification du statut « SDF » des morts isolés, qui a été plus systématique au cours de l'année 2016 suite à l'intégration dans l'équipe d'une salariée à temps partiel. Cette augmentation est donc potentiellement biaisée par la méthode d'investigation, et ne représente pas la réalité. Il est en effet possible que certains morts isolés aient été « SDF » au moment de leur décès, mais non identifiés comme tels par le CMDR, et donc non signalés. Ils sont donc probablement plus nombreux au cours des années précédentes.

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	Moyenne sur 5 ans
Association, sans précision	3	2	0	0	1	6	1,2
Association - hébergement	13	17	18	17	27	92	18,4
Association - maraudes	11	5	10	7	14	47	9,4
Association - service pour personnes sans domicile	20	22	12	11	5	70	14
Association - soins	2	0	5	1	0	8	1,6
Association - autre	3	2	1	3	2	11	2,2
Partenaires institutionnels (PI) sans précision	0	1	0	0	0	1	0,2
PI - 115/Samu social	4	7	4	2	3	20	4
PI - Convention morts isolés ville de Paris	8	23	22	17	37	107	21,4
PI - Mairie/Etat civil	0	2	1	1	0	4	0,8
PI - CCAS/PSA	0	0	1	0	0	1	0,2
PI - Police/BRDP	9	12	2	4	2	29	5,8
PI – Autre	0	2	2	0	3	7	1,4
PI - Coordination maraudes	0	7	0	7	3	17	3,4
Hôpital (H) sans précision	2	0	0	0	0	2	0,4
H - Service social	7	9	6	7	7	36	7,2
H - état civil	5	14	10	5	11	45	9
H - autre service	0	0	5	3	1	9	1,8
Particulier - sans précision	0	0	3	2	0	5	1
Particulier - Famille	0	1	1	1	0	3	0,6
Particulier - Autre	6	8	7	26	31	78	15,6
Média	3	4	3	2	3	15	3
Autre	1	2	0	0	0	3	0,4
	97	140	113	116	150	616	

Tableau 14 : Sources de signalement pour les décès de personnes « SDF » survenus dans la ville de Paris entre 2012 et 2016 (N=616) En rouge les tendances à la hausse

On remarque une augmentation des signalements par les associations d'hébergement dans la ville de Paris. La plupart de ces sources sont des partenaires au long cours du CMDR, et leur engagement est fiable. Ce qui signifierait que le biais de signalement est faible pour ces sources, indiquant donc une réelle augmentation des décès.

L'augmentation des signalements par les particuliers montre une plus forte visibilité du CMDR auprès du public. Ce sont pour la plupart des particuliers connaissant bien le terrain

auprès des « SDF » (maraudes citoyennes ou associations), ou encore des voisins, amis, famille... La hausse du nombre de signalements par les particuliers montre une appropriation du sujet par le public et une mobilisation de celui-ci face à l'appel du CMDR à signaler les décès de personnes « SDF ».

En Ile-de-France les services sociaux ou administratifs des hôpitaux sollicitent le CMDR pour un appui technique, aider à une identification ou à la prise en charge d'une inhumation. Ils sont quasi inexistantes en Régions. Les signalements par des particuliers (notamment via les réseaux sociaux) semblent stables en Régions, mais en augmentation en Ile-de-France pour les années 2015-2016, avec respectivement 25 et 31 décès signalés par des particuliers dans la capitale.

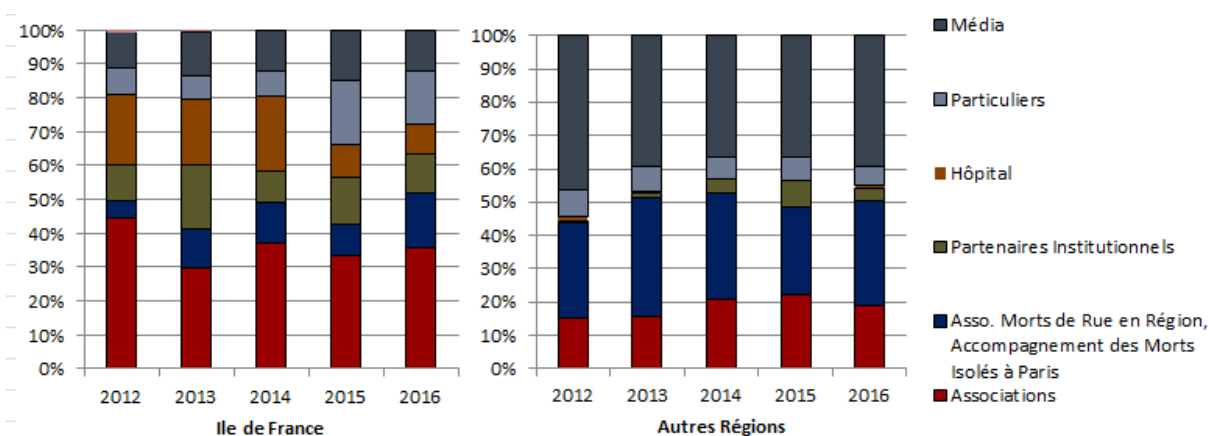


Figure 49 : Source signalement des décès des personnes « SDF » en Ile-de-France et en Régions (N=2369)

On remarque également la prééminence de la proportion des signalements par les associations d'accompagnement des Morts de la Rue en Régions, qui représentent une proportion supérieure aux signalements d'autres associations, notamment car ils reçoivent les informations des partenaires associatifs et institutionnels locaux. Certains Collectifs sont en lien avec les structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes « SDF », d'autres se limitent à accompagner l'inhumation des personnes isolées. Dans tous les cas, l'investissement des associations en région est fort, localement, et le CMDR doit renforcer les liens avec eux pour ensemble travailler à une meilleure exhaustivité.

Annexe 7 : Liste des associations membres du conseil d'administration ou adhérentes au Collectif Les Morts de la Rue (12 juillet 2017)

ASSOCIATION CENT VOIX	ESPERER 95
ASSOCIATION CHARONNE	FONDATION DE L'ARMEE DU SALUT
ASSOCIATION DIOCESAINE DE PARIS	FRATERNITE DU SERVITEUR SOUFFRANT
ASSOCIATION LAÏQUE DU PRADO	GROUPE ACAT THONON LES BAINS
ASSOCIATION PENSION DE FAMILLE A BAUER	LA CLOCHE-LE CARILLON
ASSOCIATION SOS ACCUEIL	LA MIE DE PAIN
ASSOCIATION ST JOSEPH	LDH BAGNOLET
ASSOCIATION VAROISE D'ACCUEIL FAMILIAL AVAF	LE CLOS DE LA CHARITE
ATD QUART MONDE	LES BANCS PUBLICS
AUORE	LES RESTAURANTS DU CŒUR LES RELAIS DU CŒUR DE PARIS
AUTREMONDE	MAGDALA
AUX CAPTIFS LA LIBERATION	MAISON DE LA SOLIDARITE DE GENNEVILLIERS
BAGAGERIE ANTIGEL	OASYS
CAFE ACCUEIL AUX GENS DE LA RUE	PAROISSE ND DE LORETTE
CINE SYSTEME	PETIT CAFE DE ST AMBROISE
CŒUR DU CINQ	PETITS FRERES DES PAUVRES
COMITE SOLIDARITE DEFENSE	PROTECTION CIVILE DE PARIS
COMPAGNONS DE LA NUIT	SAMU-SOCIAL DE PARIS
CONGREGATION DES SŒURS DE MARIE AUXILIATRICE	SECOURS CATHOLIQUE
DE L'OMBRE A LA LUMIERE	SOCIETE SAINT VINCENT DE PAUL
DEPAUL France	SOLIDARITE JEAN MERLIN
EGLISE PROTESTANTE UNIE DE France	SOLIDARITES NOUVELLES POUR LE LOGEMENT PARIS
ENTRAIDE DU FOYER DE L'AME	SOUPE ST EUSTACHE
ENTRAIDE ET PARTAGE	TOI POUR TOUS
ENTRAIDE ET PARTAGE AVEC LES SANS-LOGIS	

UN RESEAU REGIONAL D'ASSOCIATIONS ET COLLECTIFS ACCOMPAGNANT MORTS DE LA RUE ET/OU MORTS ISOLES

- Angers : Collectif Angevin des Morts de la rue
- Avignon
- Bordeaux
- Grenoble : Morts de Rue Grenoble
- Lille : Collectif Mémoire-Fraternité
- Lyon : Morts sans toi(t)
- Marseille : Marseillais solidaires des Morts Anonymes
- Nantes : de l'Ombre à la lumière
- Rennes :Collectif Dignité Cimetière
- Rouen : Association Rouennaise pour l'Adieu aux Morts Isolés
- Strasbourg
- Toulon : Collectif Varois pour les morts de la rue
- Toulouse : Gouttes de Vie-CMR31
- Fougères
- Redon
- St Malo (en cours de création)

Annexe 8 : Article de presse sur les chiffres des décès publiés par le CMDR en décembre 2016

Quotidien du médecin

http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/12/14/le-collectif-les-morts-de-la-rue-leve-le-voile-sur-500-deces-de-sdf-sur-les-3-000-estimes-en-2015_842867

Le Collectif les Morts de la rue lève le voile sur 500 décès de SDF, sur les 3 000 estimés en 2015

[Coline Garré](#) 14.12.2016



Crédit Photo : AFP [Zoom](#)

SUR LE MEME SUJET

- [Morts de la rue : des associations brisent le silence](#)
- [Maladies chroniques, édentations et santé mentale fragile Être sans domicile – un écueil pour la santé, réel et hétérogène](#)
- [Troubles mentaux et rue Pas de fatalité, mais des liaisons dangereuses](#)

Le Collectif les Morts de la Rue, [créé en 2002](#), a recensé en 2015, 497 morts parmi les personnes sans-domicile fixe (SDF), et 88 décès touchant des « *anciens de la rue* », soit 585, selon un bilan rendu public ce 14 décembre.

Ces chiffres sont établis à partir des remontés des associations, mais aussi des enquêtes menées par l'équipe qui repère les avis de décès dans les médias. Même si le collectif est jugé comme une des sources les plus fiables (ce qui lui a valu un financement de la direction générale de la cohésion sociale), « *ces chiffres ne sont pas exhaustifs. En les appareillant avec ceux du [CepiDc l'INSERM, via la méthode de capture-recapture](#), nous estimons qu'ils pourraient représenter 1/6 de la réalité* », explique l'épidémiologiste Maya Allan. Le nombre réel de décès de SDF serait donc de 2 838. Des chiffres stables, commente Maya Allan, sans qu'il soit possible de distinguer dans leurs évolutions ce qui tient à l'amélioration du recensement.

De funestes ruptures, 10 ans de rue, la violence et la maladie

Qui sont ces 500 personnes ? Ce sont majoritairement des hommes (92 %), âgés en moyenne de 49 ans - soit une espérance de vie amputée de 30 ans par rapport à la population générale. Ils ont passé 10 ans dans la rue. Les raisons : séparation conjugale, maladie, migration.

Les causes de décès ne sont connues que pour un peu plus de la moitié d'entre eux (55 %). Elles se divisent à parts égales entre causes violentes (accidents, agressions, suicide), qui concernent surtout les 20-24 ans et maladie (en majorité, des cancers). Certaines populations sont particulièrement vulnérables : les femmes (43 décès, dont 3 mineures), les moins de 15 ans (6 décès dont 5 d'enfants aux parents Roms, le sixième étant un prématuré d'une migrante de Calais), les Roms (11 décès, dont les 5 enfants), et les migrants des Hauts-de-France (29 décès lors de tentatives de traversées en Angleterre, contre 19 recensés en 2014, et 82 depuis 2002).

Près de 44 % des 497 SDF sont décédés sur la voie publique ou dans des abris de fortune et 37 % dans des lieux de soins (contre 57 % dans la population générale). « *Mais cela inclut aussi les personnes qui vivent dans les parties communes d'un hôpital sans avoir accès aux soins* », précise Cécile Rocca, coordinatrice.

Idées fausses autour de la saisonnalité, l'alcool, la solitude

Le rapport 2015 du Collectif s'attache à démonter trois idées reçues, à commencer par le mythe d'une mortalité plus forte en hiver. « *On observe que les morts de la rue suivent les courbes de mortalité de la population générale, avec davantage de décès en hiver qu'en été, qui ne sont pas liées au froid !* », explique Maya Allan. Les hypothermies représentent 5 décès en 2015, soit moins de 1 % note-t-on, et les incendies hivernaux liés au chauffage, 4 décès. « *Le fait d'être à la rue est un facteur social de risque accru de décès, été comme hiver* », poursuit-elle.

Difficile également d'associer systématiquement rue et alcoolisme, dénonce le rapport. Les chiffres de l'étude du Collectif montrent, certes, une sur-consommation, avec une addiction plus fréquente que dans l'[étude Samenta](#) (37 % versus 27 %) et 15 % de personnes décédées ayant une pathologie en lien avec l'alcool. Mais des biais existent, liés à la sur-représentation des personnes à la rue (et non dans des hébergements d'urgence). « *Si on regarde toute la population de sans-domicile fixe et notamment ceux qui vivent dans des centres d'hébergement, on s'aperçoit que leur consommation est moindre que celle de la population générale* », assure Nicolas Clément, président du Collectif.

Dernier cliché battu en brèche, l'isolement total des sans-abri. Le rapport montre qu'au moins la moitié des personnes décédées bénéficiait d'un suivi social (assuré par les associations, essentiellement), tandis que d'autres avaient des liens avec leur famille ou des amis, ou étaient insérés une vie de quartier, dont fait notamment état le [blog Mémoire des morts de la rue](#).

Prévention, hébergement et accompagnement

Le collectif recommande *in fine* une meilleure prévention, notamment lors des ruptures (sortie d'hospitalisation, de prison, de couple, d'emploi, etc), la pérennisation de l'habitat dans le temps et dans l'espace, et un meilleur accompagnement sur le plan technique et relationnel. « *Des personnes venues de la rue, très abîmées, n'ont pas forcément des habitudes d'"habitants" ; habiter n'est pas inné* », rappelle Nicolas Clément.

Les médecins ont aussi un rôle à jouer, insistent les membres du collectif, pour favoriser l'accès aux soins et surveiller les fragilités. « *Il y a souvent besoin d'un interprète entre les SDF et les hôpitaux : les SDF viennent souvent trop tard, ont du mal à attendre, peinent à supporter les urgences, passent rarement par la case rendez-vous, et ont un autre rapport à la douleur, qu'ils endurent et cachent* », décrit Cécile Rocca. Et d'inciter à un accueil ouvert, qui peut se faire notamment en lien avec les réseaux pluridisciplinaires des quartiers.

Annexe 9 : Article de presse sur l'hommage aux Morts de la rue en 2016, le 21 mars 2017

Le parisien

<http://www.leparisien.fr/paris-75/paris-un-hommage-aux-501-sans-abri-morts-en-2016-21-03-2017-6783108.php>

Paris : un hommage aux 501 sans-abri morts en 2016

>[Île-de-France & Oise](#)>[Paris](#)|21 mars 2017, 18h42 | MAJ : 21 mars 2017, 19h00|6



Ce mardi, place du Palais-Royal (1er). Le collectif Les morts de la rue a installé un cimetière éphémère en hommage aux SDF décédés.

En 2016, au moins 501 personnes sans domicile fixe (SDF) sont décédées. Pour leur rendre hommage, le collectif *Les morts de la rue* a installé, ce mardi matin, un cimetière éphémère sur la place du Palais-Royal (1^{er}).

Posées sur des tapis verts comme autant de plaques mortuaires, des feuilles A 4 bordées d'un liseré noir portent chacune le nom d'un défunt, son âge, la date de sa disparition et la ville où son corps a été retrouvé. À côté de chaque papier, un pot de primevères a été déposé.

Parmi ces 501 sans-abri morts à l'âge de 49 ans en moyenne (soit 30 plus tôt que la moyenne des Français), 46 étaient des femmes, 11 étaient mineurs. Le plus souvent, ces personnes sont décédées de causes violentes (accident, agression, suicide...) ou de maladies. 1% sont morts de froid.

Annexe 10 : Questionnaire standardisé utilisé pour le recueil de données sur les personnes décédées.

Identifiant : ____ - ____ - ____

QUESTIONNAIRE POUR LES PERSONNES « SANS CHEZ SOI » OU AYANT ETE « SANS CHEZ SOI » DECEDEES

I. IDENTITE DE LA PERSONNE	Aucune information : <input type="checkbox"/>
Q1. Nom** : _____	Q2. Prénom** : _____
Q3. Surnom : _____	Q4. Sexe** : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> NSP
Q4bis. Faire-part ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, mais anonyme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A confirmer	
→ Type d'anonymat : _____	
Q5. Date de naissance** : __ / __ / ____ ou Q6. Âge : ____	
Ou Q7. Classe d'Âge : <input type="checkbox"/> <5 ans <input type="checkbox"/> [5 ; 10[<input type="checkbox"/> [10 ; 15[<input type="checkbox"/> [15 ; 20[<input type="checkbox"/> [20 ; 25[
<input type="checkbox"/> [25 ; 30[<input type="checkbox"/> [30 ; 35[<input type="checkbox"/> [35 ; 40[<input type="checkbox"/> [40 ; 45[<input type="checkbox"/> [45 ; 50[<input type="checkbox"/> [50 ; 55[
<input type="checkbox"/> [55 ; 60[<input type="checkbox"/> [60 ; 65[<input type="checkbox"/> [65 ; 70[<input type="checkbox"/> [70 ; 75[<input type="checkbox"/> [75 ; 80[<input type="checkbox"/> [80 ; 85[
<input type="checkbox"/> ≥ 85 ans <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Q8a. Pays de naissance (voir la liste) : __ / _____	
Q8b. Nationalité : (un seul choix) <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 hors UE <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Q9a. Département de naissance** : __ Q9b. Commune de naissance** : __ / _____	
Q10. Francophone : <input type="checkbox"/> Ne parlait pas français <input type="checkbox"/> Parlait bien français <input type="checkbox"/> Parlait un peu français <input type="checkbox"/> NSP	
Q11. Situation au moment du décès :	
<input type="checkbox"/> Situation de rue <input type="checkbox"/> Sans chez soi <input type="checkbox"/> Probablement sans chez soi <input type="checkbox"/> Anciennement sans chez soi <input type="checkbox"/> Isolée <input type="checkbox"/> NSP	
Q12. La personne est-elle identifiée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	
Q13. Autres informations sur l'identité de la personne : _____	

II. INFORMATIONS SUR LE DECES	Aucune information : <input type="checkbox"/>
Q14. Décès appris par le Collectif le : __ / __ / ____	
→ Q15. Fiabilité de l'information à ce moment :	
<input type="checkbox"/> Fin de vie <input type="checkbox"/> Disparition <input type="checkbox"/> Rumeur de décès <input type="checkbox"/> Décès confirmé* <input type="checkbox"/> Décès infirmé	
* Le décès est confirmé si appris par une source officielle (police hôpital...) ou la famille	
→ Q16. Décès infirmé / confirmé (rayez la mention inutile) le : __ / __ / ____	
Q17. Date du décès** : __ / __ / ____ Q18. Région du décès : __ / _____	
Q19. Département du décès** : __ Q19b. Commune du décès** : __ / _____	
Q20. Lieu du décès (voir feuille de codes) : __ / _____	
→ Q21. Précisions : _____	

Q22. Sources du décès (plusieurs choix possibles, précisez)	
<input type="checkbox"/> Association : _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accompagnement morts de la rue <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Maraudes <input type="checkbox"/> Service pour personnes sans domicile <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Autre : _____ 	<input type="checkbox"/> Partenaires institutionnels <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 115 / Samu social <input type="checkbox"/> Service funéraire : _____ <input type="checkbox"/> IML : _____ <input type="checkbox"/> Mairie – Etat civil <input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Mairie – morts isolés <input type="checkbox"/> Police / BRDP <input type="checkbox"/> Coordination des maraudes <input type="checkbox"/> CHAPSA <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Hôpital : _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Service social <input type="checkbox"/> Etat civil <input type="checkbox"/> Autre service 	<input type="checkbox"/> Particulier : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Famille : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Média : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Q23a. Cause(s) et circonstances du décès : _____	

→ Q23b. Type de décès : <input type="checkbox"/> Violente - Accident <input type="checkbox"/> Violente - Agression <input type="checkbox"/> Violente - Suicide	
<input type="checkbox"/> Violente - NSP <input type="checkbox"/> Maladie - Tumeur <input type="checkbox"/> Maladie - Autre <input type="checkbox"/> Maladie - NSP <input type="checkbox"/> Naturelle soudaine <input type="checkbox"/> NSP	
→ Q23c. Source cause de décès : <input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Liée à une source médicale <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> NSP	

Q24. Le décès de la personne est-il survenu simultanément ou <1 an après un autre décès ?

- Non Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi de la liste
 Oui, décès d'une pers. sans chez soi ou anciennement sans chez soi hors liste
 Oui, décès d'une pers. avec un chez soi Oui, mais ne connaît pas le logement de la personne NSP

→ Q24bis. Délai en jours : _ _ _ _

→ Q24ter. Précisions : _____

Q25. Autopsie demandée : Oui Non NSP

Q26. Autres informations sur le décès : _____

III. CONTEXTE SOCIAL AU MOMENT DU DECES Aucune information :

Situation administrative et mode de vie au moment du décès

Q27. Statut marital: Célibataire Marié/pacsé Divorcé Veuf (ve) NSP

Q28. Mode de vie: Seul En couple En famille En groupe NSP

Q29. En collectivité : Oui Non NSP

→ Q29bis. Précisions : _____

Q30. Vivait avec un animal : Oui Non NSP

→ Q30bis. Précisions : _____

Q31. La personne avait des enfants (y compris enfants adoptés et ne vivant pas avec) ? Oui Non NSP

→ Q32. Nombre d'enfants : _ _ → Q32bis. Dont mineurs : _ _ → Q33. Dont vivant avec la personne : _ _

→ Q34. Précisions : _____

Q35. Situation administrative : Sans objet Régulière Irrégulière NSP

Q36. Protection juridique : Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

MASP MaJ Autre : _____ Oui, mais NSP laquelle NSP

→ Q36bis. Précisions : _____

Q37. Domiciliation : Aucune Oui, association Oui, assistante sociale, bureau d'aide sociale ou CCAS

Oui, centre d'hébergement Oui, membre de la famille Oui, ami ou connaissance

Oui, hôtel (hors hôtel social) Oui, poste Oui, autre _____

Oui, mais NSP laquelle NSP

→ Q37bis. Précisions : _____

Q38. Couverture maladie :

Oui, sécurité sociale Oui, CMU Oui, AME Oui, mais ne sait pas laquelle

En cours de demande Aucune couverture maladie Ne sait pas

Q39. Prise en charge à 100% pour maladie grave ? Oui Non NSP

Enfance

Q40. Qui a élevé la personne ? (Cochez les cases, notez l'ordre (n°)(si possible) et la période (âge))

NSP Ne sait pas

N°	Croix	Qui ?	Période	N°	Croix	Qui ?	Période
	<input type="checkbox"/>	1	Deux parents		<input type="checkbox"/>	6	Grands-parents
	<input type="checkbox"/>	2	Mère seule		<input type="checkbox"/>	7	Autre membre de la famille :
	<input type="checkbox"/>	3	Mère et nouveau conjoint		<input type="checkbox"/>	8	Autre personne :
	<input type="checkbox"/>	4	Père seul		<input type="checkbox"/>	9	Famille d'accueil
	<input type="checkbox"/>	5	Père et nouvelle conjointe		<input type="checkbox"/>	10	Institut ou foyer

→ Q40bis. Précisez : _____

Q41. La personne a-t-elle été placée à la Ddass, à l'ASE ou à la PJJ?

Sans objet, étranger arrivé en France après 18 ans

Oui, principalement en famille d'accueil Oui, principalement en institution ou foyer

Oui, alternance famille d'accueil et foyer Oui, mais NSP où Non NSP

Q42. Etudes les plus élevées : (pour les étrangers, essayez d'établir une correspondance)

N'a jamais été scolarisé Primaire Collège Préparation d'un CAP, BEP, seconde pro.

Lycée général Lycée technologique ou pro. Supérieur NSP

→ Q42bis Précisions : _____

Famille

Q43. Frères et sœurs (y compris demi-frères, demi-sœurs et décédés) ? _1 Oui _2 Non _9 NSP

Q43bis. Combien de frères et sœurs (y compris demi-frères, demi-sœurs et décédés) ? __

Q43er. Place dans la fratrie : _0 Sans objet, enfant unique _1 Aîné _2 Dernier-né _3 Autre _9 NSP

Q44. Mère en vie ? _1 Oui, encore en vie _2 Non, décédée pendant l'enfance

_3 Non, décédée après la majorité de la personne _4 Non, décédée mais NSP quand _9 NSP

Q44bis. Pays de naissance de la Mère ? (voir la liste): __ / _____

Q44ter. Situation professionnelle principale de la mère pendant l'enfance de la personne :

_0 Sans objet, Mère inconnue ou décédée

_1 Sans emploi _2 Chômage _3 Agricultrice _4 Artisan, commerçant, chef d'entreprise

_5 Cadre et profession intellectuelles supérieures _6 Professions intermédiaires

_7 Employés _8 Ouvrier _9 Autre _____ _99 NSP

→ Q44quat. Précisions : _____

Q45. Père en vie ? _1 Oui, encore en vie _2 Non, décédé pendant l'enfance

_3 Non, décédé après la majorité de la personne _4 Non, décédé mais NSP quand _9 NSP

Q45bis. Pays de naissance du Père ? (voir la liste): __ / _____

Q45ter. Situation professionnelle principale du père pendant l'enfance de la personne :

_0 Sans objet, Mère inconnue ou décédée

_1 Sans emploi _2 Chômage _3 Agriculteur _4 Artisan, commerçant, chef d'entreprise

_5 Cadre et profession intellectuelles supérieures _6 Professions intermédiaires

_7 Employés _8 Ouvrier _9 Autre _____ _99 NSP

→ Q45quat. Précisions : _____

Q46. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle rencontré des membres de la famille ? _0 Sans objet, pas de famille _1 Oui, au moins 1 fois par mois _2 Oui, au moins une fois l'année

_3 Non, jamais au cours des 12 derniers mois _9 NSP

Q47. Au cours des 12 mois précédant le décès, la personne avait-elle communiqué avec des membres de la famille par téléphone, sms, internet, courrier... ?

_0 Sans objet, pas de famille _1 Oui, au moins 1 fois par mois _2 Oui, au moins une fois l'année

_3 Non, jamais au cours des 12 derniers mois _9 NSP

→ Q47bis. Précisions liens familiaux : _____

Q48. Quelles ruptures la personne a-t-elle connu dans sa vie ? (Cochez et essayer de numéroter dans l'ordre chronologique) _0 Aucune connue _99 Ne sait pas

N°	Croix	Qui ?	Période	N°	Croix	Qui ?	Période
	<input type="checkbox"/> _1	Placement			<input type="checkbox"/> _9	Rupture de contact avec un enfant	
	<input type="checkbox"/> _2	Deuil d'un parent			<input type="checkbox"/> _10	Divorce/séparation conjugale	
	<input type="checkbox"/> _3	Deuil d'un frère ou d'une sœur			<input type="checkbox"/> _11	Perte d'emploi	
	<input type="checkbox"/> _4	Deuil d'un fils/fille			<input type="checkbox"/> _12	Perte d'un logement	
	<input type="checkbox"/> _5	Deuil d'un(e) conjoint(e)			<input type="checkbox"/> _13	Maladie	
	<input type="checkbox"/> _6	Deuil autre : _____			<input type="checkbox"/> _14	Maltraitance dans l'enfance	
	<input type="checkbox"/> _7	Déménagement/immigration			<input type="checkbox"/> _15	Violence conjugale	
	<input type="checkbox"/> _8	Rupture de contact avec un parent			<input type="checkbox"/> _16	Autre : _____	

→ Q48bis. Précisions : _____

Q49. Quel évènement a conduit la personne dans la rue ?

_1 Eloignement géographique _2 Expulsion du logement _3 Expulsion de chez un tiers

_4 Séparation conjugale _5 Séparation familiale _6 Travail (chômage, accident du travail..)

_7 Décès d'un proche (famille, ami...) _8 Maladie _9 Autre : _____ _99 Ne sait pas

→ Complément d'information : _____

Lien social

Q50. Par qui la personne était-elle suivie avant le décès ? (plusieurs choix possible)

- ₀ Sans suivi social ₁ AS de secteur ₂ Permanences Sociales d'Accueil ₃ Associations
₄ Maraudeurs ₅ Autre _____ ₉ NSP

→ Q50bis. Si suivi social, précisez : _____

Q51. La personne avait-elle des liens sociaux avant le décès ? ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

→ Q52. Si oui, précisez : _____

Travail/ressources

Q53. Travail dans les 12 derniers mois ? (que le travail soit déclaré ou non)

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

→ Q54. Précisions : _____

Q55. Parcours professionnel : _____

Q56. Source(s) de revenu (plusieurs choix possible, entourez la source principale)

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

→ Q57. Précisions : _____

Q58. Démarches en cours ou abouties récemment (<1 an avant le décès): (plusieurs réponses possibles)

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

→ Q59. Précisions : _____

Q60. Autres informations sur le contexte social : _____

IV. INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT

Aucune information :

Temps...	Précis si connu (précisez l'unité de temps)	En classe						
Q61. En situation de rue (<i>rue ou ergement d'urgence</i>)		<input type="checkbox"/> ₀ Jamais	<input type="checkbox"/> ₁ <6 mois	<input type="checkbox"/> ₂ [6 mois – 1 an [<input type="checkbox"/> ₃ [1 – 5 ans[<input type="checkbox"/> ₄ [5 – 10 ans [<input type="checkbox"/> ₅ ≥10 ans	<input type="checkbox"/> ₉ NSP
Q62. Sans logement personnel s situation de rue		<input type="checkbox"/> ₀ Jamais	<input type="checkbox"/> ₁ <6 mois	<input type="checkbox"/> ₂ [6 mois – 1 an [<input type="checkbox"/> ₃ [1 – 5 ans[<input type="checkbox"/> ₄ [5 – 10 ans [<input type="checkbox"/> ₅ ≥10 ans	<input type="checkbox"/> ₉ NSP

Q63. Recours DALO : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

Q63bis. Réponse : ₁ Prioritaire ₂ Non prioritaire ₃ Décision en attente ₄ Sans objet, pas de demande ₉ NSP

Q64. Lieux d'habitation (voir la fiche pour les codes) :

	Lieu d'habitation	Type (pour hébergement type CHU, CHR...)*	Temps passé dans ce lieu
1	___ / _____		
2	___ / _____		
3	___ / _____		
4	___ / _____		
5	___ / _____		
6	___ / _____		
7	___ / _____		
8	___ / _____		
9	___ / _____		
10	___ / _____		
11	___ / _____		
12	___ / _____		
13	___ / _____		

* 0=Sans objet ; 1=Dortoir ou chambre partagée ; 2=Chambre indiv. dans hébergement collectif ; 3=Appartement dans hébergement collectif ; 4=Chambre indiv. dans appartement (diffus) ; 5=Appartement dans le diffus ; 6=Autre ; 9=NSP

Q65. Accueil de jour : Non Oui, ponctuellement Oui, régulièrement Oui, fréquence NSP NSP

Q66. Hébergement d'urgence :

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

Q67. Autres informations sur le logement : _____

V. INFORMATIONS MEDICALES

Aucune information :

Q68. Addictions : Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

- **Q69. alcool :** Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

- **Q70. drogue :** Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

- **Q71. médicament :** Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

- **Q72. Tabac :** Non Oui, anciennement Oui, actuellement NSP

→ **Q72. Précisions :** _____

Q73. Autres pathologies au moment du décès (listez-les et indiquez si vous les avez apprises de source médicale) :

888 Aucune connue 999 NSP

	Pathologies associées	Temps écoulé entre début pathologie et DC	Source médicale
1			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
2			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
3			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
4			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
5			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP

Q74. Antécédents de santé (listez les antécédents de santé et indiquez si vous les avez appris de source médicale) :

888 Aucun connu 999 NSP

	Antécédents de santé	Source médicale
1		<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
2		<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
3		<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
4		<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP
5		<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 9 NSP

Q75. Troubles mentaux : 1 Oui 2 Non 9 NSP → **Q75bis. Source médicale :** 1 Oui 2 Non 9 NSP

→ **Q76. Si oui, précisez :** _____

Q77. Hospitalisation au moment du décès : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

→ Q77bis. Précisez : _____

Q78. (Autre) Hospitalisation dans les 12 mois précédent le décès : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

→ Q78bis. Précisez : _____

Q79. Nombre d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois : _____ ₉₉₉ NSP

Q80. Durée de la dernière hospitalisation : _____ ₉₉₉ NSP

Q81. Suivi par une association d'accompagnement médical : ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP

→ Q82. Si oui, précisez : _____

Q83. Autres informations médicales : _____

VI. CONTACTS CONCERNANT LA PERSONNE

Aucune information :

	Q84. Nom	Q85. Qui est-ce ?	Q86. Date du 1 ^{er} contact	Q87. Décès appris le	Q88. Téléphone / Contact
1			__/__/____	__/__/____	
2			__/__/____	__/__/____	
3			__/__/____	__/__/____	
4			__/__/____	__/__/____	
5			__/__/____	__/__/____	
6			__/__/____	__/__/____	
7			__/__/____	__/__/____	
8			__/__/____	__/__/____	
9			__/__/____	__/__/____	
10			__/__/____	__/__/____	
11			__/__/____	__/__/____	
12			__/__/____	__/__/____	
13			__/__/____	__/__/____	
14			__/__/____	__/__/____	

VII. INFORMATIONS LIBRES

VIII. INFORMATIONS INHUMATION

Aucune information :

Q89. Date de l'inhumation : __/__/____ Q90. Lieu des funérailles : _____

Q91. Type de funérailles : ₁ Inhumation ₂ Crémation ₃ Rapatriement ₉ NSP

Q92. Type de convoi : ₁ Convoi individuel ₂ Convoi collectif ₉ NSP

Q93. Passage par une unité / un institut de médecine légale : ₀ Non ₁ Oui ₂ Probablement ₉ NSP

Q94. Prise en charge par la ville ? ₁ Oui ₂ Non ₉ NSP Q94bis. Quelle ville ? _____

Q95. Qui a organisé les funérailles ? _____

Q96. Qui était présent ? _____

Q97. Autres informations inhumation : _____

