

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2011

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**PARISSE Sophie**

**Née le 24/08/1981 à PARIS**

*Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2011*

**Identification des facteurs péjoratifs de désocialisation des  
sans domicile : une étude observationnelle dans les services  
d'accueil des urgences de deux hôpitaux du centre parisien.**

Président de thèse : Pr POURRIAT Jean-Louis, Hôpital Hôtel-Dieu, Université Paris V

Directeur de thèse : Dr VIGNEAU Jean-François, Hôpital Hôtel-Dieu

**DES de Médecine Générale**



## RESUME

**Introduction** : l'identification des sans domicile (SD) les plus désocialisés est indispensable, afin d'améliorer leur prise en charge sociale et ainsi, secondairement leur état de santé.

**Matériel et méthode** : nous avons réalisé une étude observationnelle, bicentrique dans 2 services d'accueil des urgences (SAU) parisiens de décembre 2008 à octobre 2009, avec un recueil prospectif des données concernant le mode de vie, le parcours, les liens sociaux, l'emploi, et les addictions. 114 SD ont été inclus dans cette étude et ont été classés en « socialisés » et « non socialisés » selon le nombre d'aides sociales (domiciliation, prestation sociale, couverture sociale) dont ils bénéficiaient au moment de leur réponse au questionnaire.

**Résultats** : 90 % sont des hommes, la moyenne d'âge est de 46 ans, 80 % vivent seuls, et 54% n'ont ni ami ni famille. 40% sont étrangers, 9% ont un emploi, 40% ont un suivi médical. 68% sont alcooliques, et pour 53% avant la perte de leur logement. 92% ont perdu leur logement depuis plus de 6 mois, 19% n'utilisent aucun des services sociaux. 54% sont domiciliés, 49% bénéficient de prestations sociales, et 72% ont une couverture santé. Les socialisés sont plus âgés ( $p=0,005$ ), plus souvent de nationalité française ( $p=0,002$ ) et ont plus fréquemment toujours vécu en France ( $p=0,001$ ), ont moins recours à la mendicité

( $p=0,014$ ), ont plus souvent un suivi médical ( $p=0,021$ ), sont plus souvent alcooliques ( $p=0,005$ ), ont moins souvent perdu leur logement depuis moins de 6 mois ( $p=0,038$ ) et l'ont plus souvent perdu depuis plus de 10 ans ( $p=0,006$ ) que les non socialisés.

**Conclusion** : les SD les plus vulnérables sont ceux qui ont peu ou pas de droits ouverts, sont étrangers, alcooliques ou ont perdu leur logement depuis longtemps. Il faut absolument leur proposer une prise en charge sociale lors de leur passage au SAU.

**Mots-clés** : sans domicile, précarité, désocialisation, réinsertion sociale, addiction

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	p. 5
<b>ETAT DE LA QUESTION</b>	p. 7
I. Quelques définitions	p. 7
A. Précarité	p. 7
B. Sans domicile	p. 8
C. Sans abri	p. 9
D. Grand exclu	p. 9
II. Quelques chiffres	p. 10
A. Population globale	p. 10
B. Populations particulières	p. 10
1. Les femmes et familles	p. 11
2. Les jeunes	p. 11
3. Les étrangers	p. 12
4. Les sans abri	p. 13
III. Mécanismes du sans abrisme	p. 13
IV. Exclusion : facteurs favorisants et de maintien	p. 14
A. Raisons structurelles	p. 15
1. Logement	p. 15
2. Emploi	p. 16
B. Raisons institutionnelles	p. 18
1. Hébergement	p. 18
a. Parcours résidentiel	p. 18
b. Dispositifs engorgés	p. 19
c. Sélection des publics	p. 20
2. Services sociaux	p. 22
C. Raisons personnelles	p. 22
1. Liens sociaux	p. 22
2. Santé	p. 24
a. Accès aux soins	p. 24
b. Morbidité	p. 26

1) Santé physique .....	p. 26
2) Santé neuropsychique .....	p. 27
c. Mortalité .....	p. 28
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	p. 30
I. Type d'étude .....	p. 30
II. Définitions des termes utilisés dans l'étude .....	p. 30
III. Critères d'inclusion .....	p. 30
IV. Critères d'exclusion .....	p. 31
V. Extraction des données. Critères étudiés .....	p. 31
A. « Intégrés » vs « Non intégrés » .....	p. 31
B. Autres facteurs de socialisation .....	p. 31
VI. Analyse statistique .....	p. 32
<b>RESULTATS</b> .....	p. 33
I. Perte de logement .....	p. 34
II. Lieux de vie .....	p. 35
III. Nationalité .....	p. 36
IV. Liens sociaux .....	p. 36
V. Emploi .....	p. 37
VI. Revenus .....	p. 38
VII. Aides et services sociaux .....	p. 38
VIII. Prise en charge médicale .....	p. 40
IX. Addictions .....	p. 40
<b>DISCUSSION</b> .....	p. 42
I. Comparaison avec les données de la littérature .....	p. 42
II. Difficultés d'étude .....	p. 44
III. Inadaptation du dispositif d'aide aux sans domicile .....	p. 45
IV. Evolutions du dispositif .....	p. 47
V. Rôle des services d'accueil des urgences .....	p. 50
<b>CONCLUSION</b> .....	p. 55
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p. 56
<b>RESUME</b> .....	p. 63

## INTRODUCTION

La population des sans domicile est un groupe hautement hétérogène. Leur point commun est la perte de socialisation, de profondeur variable.

Bien que difficile à recenser, cette population s'élève actuellement à environ 130 000 individus, dont 30 000 sans abri et 16 000 enfants (1). Si ces chiffres soulignent la gravité actuelle de la situation, cette population tend cependant à s'accroître (2,3), soulignant l'importance d'une prise en charge urgente des conditions responsables de cette désocialisation autant que des conséquences de cette situation dramatique.

La perte du domicile s'associe notamment à une perte d'emploi dont elle est généralement la conséquence (4), et va également conduire en cas d'évolution défavorable de la situation sociale à un isolement relationnel absolu (5,6), cette population particulière ayant une tendance marquée à une perte des liens sociaux résiduels, le groupe tendant à se « désintégrer ».

La perte de socialisation concomitante à celle du logement s'accompagne d'une altération majeure de leur état de santé liée directement à ce mode de vie qui les expose à une plus grande morbidité (7), mais aussi à une dégradation de leur accès aux soins (8,9) et de leur prise en charge médicale, pêchant par l'absence de prévention et de prise en charge au long cours de leurs pathologies (7,10,11). Cet état évolue alors inévitablement vers une mort prématurée (12). Néanmoins, cette altération de leur état de santé est réversible, directement liée à leur réinsertion sociale (13-16).

Les sans domicile consultent au service d'accueil des urgences dans le cadre d'une pathologie aiguë. C'est un lieu qui, en l'état actuel des moyens, ne se prête pas à une évaluation plus globale de leur état de santé, ni à une évaluation sociale systématique.

Dans ces conditions, il est alors nécessaire de pouvoir déterminer à quels sans domicile il est préférable d'apporter le soutien d'une assistante sociale lors de leurs passages

au service d'accueil des urgences. Il nous semble logique d'aider de façon prioritaire les plus vulnérables, ceux qui sont les plus désocialisés. Mais alors comment les identifier, et ce de façon rapide et adaptée à l'organisation d'un service d'accueil des urgences ?

Il existe probablement des facteurs associés à une plus grande perte de socialisation, notamment par une absence de connaissance de la prise en charge sociale dont les patients sans domicile peuvent bénéficier. De nombreux facteurs de socialisation sont évoqués dans la littérature, mais sont-ils effectivement prédictifs d'une meilleure intégration sociale ?

L'objectif de ce travail est d'évaluer ces facteurs de socialisation communément admis en les comparant à des critères qui nous paraissent objectifs, afin de déterminer s'ils peuvent nous permettre d'identifier rapidement les sans domicile les plus désocialisés, afin d'améliorer spécifiquement leur prise en charge sociale, et secondairement leur état de santé.

## **ETAT DE LA QUESTION**

### **I. Quelques définitions.**

Les sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, difficilement quantifiable. Ils ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population, il existe au contraire un continuum de situations entre les personnes avec et sans logement, caractérisé par la rapidité et la fréquence des passages pour une même personne entre les deux situations, dans un sens comme dans l'autre.

Depuis la fin des années 90 les études sur les personnes sans domicile se sont multipliées en Europe et notamment en France, mais la grande hétérogénéité des définitions des personnes et populations concernées rend difficile les comparaisons entre les études nationales et internationales, et impose la prudence quand il s'agit d'extrapoler des constats d'un pays à l'autre.

Les termes utilisés pour aborder le phénomène peuvent refléter sa perception et les problématiques qui y sont rattachées. Les enjeux tant méthodologiques que politiques sous tendus par ces définitions sont importants. Selon la définition retenue, le nombre de ces individus, leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs parcours diffèrent, ce qui influe sur l'ampleur et l'orientation des politiques sociales (17).

#### **A. Précarité**

La précarité est un état de fragilité et d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, et à l'exclusion quand elle devient persistante, puisqu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible (18). Elle peut concerner les liens sociaux, le domaine économique, socioculturel, et la protection sociale (19).

## B. Sans domicile

Selon l'Insee (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), une personne est dite sans domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation (structures collectives, chambres d'hôtel ou appartements ordinaires). Les lieux non prévus pour l'habitation sont : cave, parking, cabane, véhicule, parties communes d'un immeuble, tente, métro, rue (20)...

La FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) propose quant à elle un classement en fonction de la situation de vie, distinguant les personnes sans abri, sans logement, en logement précaire ou inadéquat (**Tableau 1a**).

L'étude de la Commission Européenne propose à son tour une classification, plus opérationnelle, reposant sur le lieu de vie (21) (**Tableau 1b**).

<b>Classification selon la situation de vie :</b>
- Etre sans abri (dormant à la rue ou en hébergement d'urgence)
- Etre sans logement (avec un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers)
- Etre en logement précaire (sous la menace d'une expulsion, avec des baux précaires)
- Etre en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère)

**Tableau 1a** : selon la FEANTSA

<b>Classification selon le lieu de vie :</b>
- Personnes dormant dehors
- Personnes en hébergement d'urgence
- Personnes occupant des hébergements pour sans domicile
- Personnes vivant en institutions (établissements de santé, institutions carcérales)
- Personnes occupant des logements non classiques à la suite d'un manque de logements (caravanes, structure temporaire)
- Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec de la famille et des amis (à la suite de l'absence de logement)

**Tableau 1b** : selon la Commission Européenne

## C. Sans abri

Parmi les sans domicile, la FEANTSA définit le sans abri comme une personne qui vit dans un espace public ou passe la nuit dans un abri d'urgence ou dans un centre d'hébergement d'urgence, et est obligée de passer plusieurs heures par jour dans des espaces publics.

## D. Grand exclu

Le Rapport conjoint sur l'inclusion sociale (22) affirme que le sans-abrisme est peut-être la forme la plus extrême d'exclusion sociale et de pauvreté en Europe. Dans l'imaginaire collectif, les grands exclus sont des personnes dans un état d'abandon très avancé, notamment corporel. En réalité, la grande exclusion ne réfère pas seulement à la pauvreté, mais aussi et surtout à la perte du lien social.

### Tableau des principales définitions

- **Addiction** : consommation régulière (plus de 2 fois par semaine) de substances psycho actives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage)
- **Aide sociale à l'enfance** : service du département dont la mission est de venir en aide aux enfants et à leur famille
- **Désocialisation** : processus psycho-social par lequel une personne sans domicile perd les repères lui permettant de participer à la vie sociale, de se conformer à ses règles et de jouir de ses avantages
- **Domiciliation** : dispositif permettant d'attribuer une adresse administrative (donc fictive) aux personnes sans domicile afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits et recevoir du courrier
- **Ethylisme** : addiction à l'alcool
- **Famille sans domicile** : au moins un enfant mineur accompagnant un parent sans domicile
- **Grand exclu** : personne sans domicile très désocialisée
- **Précarité** : état de fragilité et d'instabilité sociale, caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités
- **Resocialisation** : processus administratif de réinsertion par la mise en place d'aides sociales, dont le but est de retrouver une vie sociale
- **Sans abri** : personne sans domicile qui dort dans les espaces publics ou en centre d'hébergement d'urgence
- **Sans domicile** : personne privée de logement personnel
- **Toxicomanie** : addiction à une drogue ou un médicament détourné de son usage

## **II. Quelques chiffres**

La quantification n'est pas une fin en soi, mais il est nécessaire de donner des bases objectives, de définir des indicateurs d'objectifs et de résultats aux politiques de lutte contre l'exclusion, et de se doter d'outils afin de pouvoir évaluer leurs effets.

Les valeurs obtenues sont toutefois sujettes à caution du fait de la grande hétérogénéité des définitions utilisées lors des différentes estimations, et des difficultés d'étude de cette population qui ne permettent que des comparaisons approximatives. Elles mettent cependant en évidence un accroissement constant du nombre de sans domicile.

### **A. Population globale**

Les chiffres circulant avant la réalisation de l'enquête de l'Insee en 2001 variaient de 100 000 à 800 000 personnes sans domicile en France. En réalité, les résultats passent d'un extrême à l'autre selon la définition retenue.

En 2001, l'Insee estimait à 86 000 le nombre de sans domicile : 70 000 adultes, et 16 000 enfants. Cependant, ces chiffres sont à pondérer puisque la définition retenue lors de l'enquête excluait bon nombre de situations (2,3).

En 2010, la Fondation Abbé Pierre estimait qu'aux 100 000 personnes sans domicile (au sens de l'Insee) s'ajoutaient 170 000 personnes vivant dans des structures d'hébergement et d'insertion, 150 000 autres étant hébergées chez des tiers dans des conditions de logement difficiles faute d'autres solutions, et 100 000 personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home, 41 000 personnes vivant dans des habitats de fortune (cabane, construction provisoire...) et 50 000 personnes vivant en chambre d'hôtel. Au total, ce sont donc près de 600 000 personnes qui étaient privées de domicile personnel (23).

En 2011, l'Insee estime désormais la population des sans domicile à 133 000 (1).

### **B. Populations particulières**

On constate depuis quelques années une transformation de cette population. Parmi les sans domicile, on compte désormais des femmes, des enfants, des jeunes adolescents, des malades psychiatriques, des immigrants nouvellement arrivés, des réfugiés, des femmes victimes de violence conjugale, des personnes récemment sorties de prison, des travailleurs

précaires, etc. La figure du « clochard » ne représente plus que la partie la plus visible du phénomène. Cette évolution soulève la question de la fréquentation des services d'aide et de l'éventuelle inadaptation de ces-derniers aux besoins de ces nouveaux publics.

### **1. Les femmes et familles**

Jusqu'à la fin des années 1990 on dénombrait peu de femmes sans domicile. Elles sont mieux protégées à la fois par les dispositifs institutionnels (présence d'enfants, suivi de maternité) et par les réseaux sociaux (hébergement dans la famille ou chez des amis), et supporteraient plus longtemps des situations de crise familiale ou de mauvais traitements pour ne pas se retrouver à la rue avec leurs enfants (24).

Malgré cela, on constate que cette frange de la population des sans domicile a doublé en 6 ans : en 1995 elle ne représentait que 17% des sans domicile (25), alors qu'en 2001 elle en représentait un tiers, et ces femmes jeunes étaient accompagnées d'enfant dans la moitié des cas (26).

On retrouve donc de plus en plus de familles sans domicile (définie par la présence d'au moins un enfant mineur accompagnant un parent), qui sont en majorité des familles monoparentales, féminines, immigrées (pour la moitié originaire d'Afrique), avec des enfants en bas âge. Leur nombre a quadruplé en 10 ans, passant de 12% des usagers du 115 en 1999 à 48% en 2009. Ces familles se voient attribuer en 2009 73% des nuitées (en centre d'hébergement d'urgence ou en hôtel), c'est-à-dire 6 fois plus qu'en 1999. Pourtant, qu'elles soient demandeuses d'asile, déboutées ou en instance de régularisation, les personnes et familles immigrées pourraient prétendre à des dispositifs d'hébergement particuliers en fonction de ces situations. Mais ceux-ci sont souvent saturés, ne laissant d'autre recours que l'hébergement d'urgence (27).

### **2. Les jeunes**

Un tiers des sans domicile a moins de 30 ans. C'est une partie de la population qui est également en augmentation. La moyenne d'âge des sans domicile est passée de 39 à 33 ans en moins d'un an, et le nombre de jeunes appelant le 115 a augmenté de 30% en 2000. Ce rajeunissement est en partie lié à l'augmentation du nombre de familles touchées par la précarisation (28).

Près d'un tiers d'entre eux a vécu un évènement de vie péjoratif avant l'âge de 18 ans (25). Les jeunes sortants du dispositif de prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance sont plus à risque, puisqu'ils sont 10 fois plus nombreux parmi les sans domicile que dans la population générale, et représentent un tiers des 18-24 ans (25,28). Les immigrés sont eux aussi plus vulnérables, puisque 40% des jeunes sans domicile sont nés à l'étranger, soit 3 fois plus que dans la population générale.

Les jeunes sans domicile de moins de 25 ans sont 5 fois plus concernés par l'échec scolaire que dans la population générale, et ceux qui font des études sont 4 fois moins nombreux. Quatre sans domicile sur dix ne possèdent aucun diplôme (25). Environ un tiers d'entre eux occupe un emploi à temps complet ou partiel (24). Le phénomène des jeunes sans domicile soulève plus particulièrement la question du vide institutionnel pour ceux qui ne bénéficient plus de l'Aide sociale à l'enfance après 18 ans, et n'ont pas encore accès aux dispositifs pour adultes avant 25 ans (comme le RMI) (29).

Le passage à l'âge adulte est un moment où les jeunes sollicitent fortement le soutien de la famille. Cela s'avère impossible pour les plus démunis, cumulant échec scolaire et faiblesse ou absence de qualification professionnelle, de ressources financières et de réseau familial.

### **3. Les étrangers**

30 % des sans domicile francophones sont étrangers (la proportion d'étrangers est donc 4 fois plus importante parmi les sans domicile que dans l'ensemble de la population générale (26)), auxquels il faut ajouter 15 % de sans domicile étrangers non francophones (30). Au total, près de la moitié des sans domicile sont étrangers.

Ce sont très majoritairement des hommes, célibataires, entre 30 et 49 ans, qui sont arrivés en France récemment (80 % en 2001 et 2002) (30). Ceci étant, le profil des étrangers s'est récemment modifié avec l'augmentation du nombre de familles immigrées, bien qu'il soit difficile de préciser actuellement dans quelles proportions, aucune enquête nationale n'ayant été réalisée depuis 2002, et la prochaine n'étant prévue qu'en 2012.

Les sans domicile étrangers ont moins de contacts avec les institutions sociales que les sans domiciles français (31). Au cours des douze derniers mois, près de la moitié ont effectué une démarche auprès de la préfecture, de l'OFPRA (Office Français de Protection

des Réfugiés et Apatrides) ou du service d'aide aux migrants. La plupart n'a pas le droit de travailler. Plus récemment dans l'enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde de 2008, on observe que 16,5 % des personnes sans papier consultant Médecins du Monde sont sans domicile.

#### **4. Les sans abri**

Le nombre de sans abri a doublé en 5 ans, ceux-ci représentent désormais un quart des sans domicile (33 000 en 2011). 15 % d'entre eux dorment dans des centres d'hébergement fermés en journée, et 8 % dans un lieu non prévu pour l'habitation (1,32).

Les trois quarts des sans abri sont domiciliés par une association (31). 60 % perçoivent une allocation, 18 % les revenus d'un travail, mais 7 % déclarent une absence totale de ressources (30).

### **III. Mécanismes du sans abrisme**

La durée de vie à la rue semble être un critère décisif du processus de désocialisation, que Julien Damon (33) décrit en trois étapes :

- La fragilisation : l'individu est affaibli à la suite de son entrée dans l'espace public, mais il n'en a pas encore les stigmates ;
- La routinisation : la vie de l'individu s'organise autour des réseaux d'assistance, de solidarités familiales et amicales, et la dégradation physique et sociale se fait plus visible ;
- La sédentarisation ou clochardisation : l'individu ne cherche plus à sauver les apparences ;

Selon Alexandre Vexliard (34), pionnier de l'étude psychosociologique des «clochards», le processus de désocialisation se décompose en quatre phases :

- la phase agressive, où l'individu se rebelle et tente de maintenir son univers social antérieur. Il ne se reconnaît pas dans sa nouvelle situation et repousse ceux qui y sont déjà installés ;
- la phase régressive ou de repli, lorsqu'il éprouve dans la durée sa nouvelle situation, qu'il admet peu à peu, mais qu'il garde l'espoir de retrouver son ancien monde ;

– la phase de tentative de résolution du conflit et de rupture avec le passé. Il commence à mendier, à boire, à fréquenter les autres clochards, à adopter leur langage. Mais la situation n'est pas encore acceptée, et l'individu ne fait partie d'aucun des deux univers ;

– la phase de résignation. Il rejette et méprise son ancien monde et se satisfait du nouveau. La situation est acceptée, et même valorisée. On retrouve là les mécanismes d'une rationalisation autistique, minimisant autrui et l'univers « normal ». Désormais le principal obstacle à son intégration sociale est en lui-même. C'est à ce stade terminal qu'apparaît le renoncement social et la dégradation de ses besoins : dans tous les domaines il se contente de peu, sans choix ni discrimination, ce qui lui épargne l'effort adaptatif que constitue la vie sociale au quotidien. Il a dépassé toute sensibilité aux gratifications ou aux frustrations, aux succès ou aux échecs, qui sous-tendent la volonté personnelle et l'investissement social.

Selon Xavier Emmanuelli (35), la grande exclusion est un syndrome médico-psycho social qui ressemble au Post Traumatic Syndrom Disease, avec des micros traumatismes répétés tout au long de l'existence des grands exclus, qui les bloquent dans un éternel présent et dans lequel ils perdent les codes et notamment ceux du corps. « Quand personne ne vous regarde, petit à petit vous ne vous regardez plus. La disparition de l'identité corporelle annonce les prémices de la dégradation sanitaire. Cette perte de repères se fait bien plus rapidement dans le sous-sol qu'en surface, car les rythmes de la surface n'existent plus, il n'y a plus le soleil qui se lève ou la pluie qui tombe, la température, le bruit et la lumière sont toujours les mêmes ».

#### **IV. Exclusion : facteurs favorisants et de maintien**

Les explications du phénomène d'exclusion liée au logement reposent sur trois points :

- les raisons structurelles avec l'accès limité à un logement décent (coût élevé du marché, insuffisance de logements sociaux), la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des emplois et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers ;

- les raisons institutionnelles, liées à la capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et de réinsertion, à la spécialisation des réponses, à l'inadéquation des dispositifs, aux insuffisances des politiques nationales ;
- les raisons personnelles comprenant les ruptures biographiques (perte d'emploi, migration, ruptures familiales, problèmes de santé, violences domestiques, etc.), la faiblesse ou la rupture du réseau social, les problèmes d'addiction (4). L'analyse de ces déterminants permet de comprendre la proximité sociale des personnes sans domicile avec celles en situation précaire, et de définir des populations à risque, envers lesquelles il faut améliorer la prévention (5) ;

## **A. Raisons structurelles**

### **1. Logement**

Les diverses causes de la perte de logement stable sont aujourd'hui connues. Elles sont essentiellement liées au départ du domicile conjugal ou parental, à l'arrivée en France métropolitaine, à la privation de logement pour raisons économiques (expulsion, impossibilité de payer le loyer), et aux sorties d'institutions (foyer de travailleur, hôpital, prison) (28). Les facteurs à risques d'exclusion sociale sont le chômage, l'insuffisance des revenus, le surendettement, les maladies mentales, l'abus d'alcool ou de drogues, le handicap, la dépendance par rapport à des soins de longue durée, le statut de demandeur d'asile, de réfugié ou d'immigrant, le fait de vivre dans une zone défavorisée (36). Un aspect important réside dans le poids du contexte familial et des événements vécus pendant l'enfance et l'adolescence (le placement, les violences familiales, le décès précoce ou la maladie grave d'un des parents, les difficultés financières de la famille d'origine), qui sont plus fréquemment observés chez les jeunes sans-domiciles (37)

L'analyse de ces situations permet de mettre en évidence un certain nombre de failles dans le système, prédisposant à la rue. La forte proportion de jeunes sortant de l'Aide sociale à l'enfance parmi les sans domicile révèle un défaut d'accompagnement et de prise en charge. De même pour ceux qui sortent de prison sans que l'on ait pensé à leur resocialisation et à des possibilités de logement. Concernant les patients souffrant de troubles mentaux, la réforme de la psychiatrie et la fermeture des asiles il y a 20 ans ne s'est

pas accompagnée d'une mise en place de programme de santé communautaire, perpétuant alors l'exclusion sociale de l'asile dans la ville. Quant aux expulsions, outre la prévention qui devrait être réalisée envers les personnes précaires, on peut s'étonner de l'existence de lois concernant la mise à l'abri des meubles et papiers, mais non des personnes (35).

Les personnes sans domicile ont perdu leur logement depuis longtemps : la moitié depuis plus de 2 ans et demi, 10% depuis plus de 8 ans. Une personne sans domicile sur deux n'a pas réalisé de démarches pour trouver un logement depuis un an. Elle en effectuera rarement si sa situation d'hébergement est des plus précaires, si elle n'a pas de travail, ou peu de relations familiales. Les trois quarts des sans-domiciles cumulant ces trois facteurs de précarité ne font aucune démarche de recherche de logement (**Tableau 2**). L'insuffisance de revenus et le manque de documents administratifs (feuille de paye, carte d'identité) sont alors les principales raisons citées (38).

<b>Le cumul de situations de précarité freine la recherche de logement</b>			
En %	Démarches de recherche	Pas de démarche	Total
Aucun facteur de précarité identifié*	76	24	100
1 facteur de précarité	52	48	100
2 facteurs de précarité	33	67	100
3 facteurs de précarité	25	75	100
<b>Ensemble</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**Tableau 2** : Champ : personnes sans-domicile francophones de 18 ans ou plus, agglomération de Paris.

\*les facteurs de précarité sont : hébergement dans des centres avec départ le matin ou dans des lieux non prévus pour l'habitation (rue, abri de fortune), absence de travail et relations familiales distantes.

Source : Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier - février 2001

## **2. Emploi**

Les sans domicile ne sont pas coupés du monde du travail. 90 % ont travaillé au cours de leur vie, essentiellement comme employés ou ouvriers. En revanche, seulement 30% ont actuellement un emploi, là encore essentiellement comme ouvriers ou employés. Pour 60 %

d'entre eux, cela fait moins de six mois qu'ils travaillent (6 fois plus que dans la population générale), ce qui illustre la précarité de l'activité professionnelle pour ces personnes. Parmi les 70 % qui n'ont pas d'emploi, 40 % sont au chômage (6 fois plus que dans la population générale) et 30 % sont inactifs (majoritairement pour des raisons de santé, ou étant étrangers non autorisés à travailler). Une grande part des sans domicile reste donc à l'écart du marché du travail.

Ceux qui sont plus stables dans l'hébergement le sont aussi davantage dans l'emploi. Cette corrélation s'explique en partie par les procédures d'admission dans les structures de longue durée qui conduisent à sélectionner de préférence ceux qui ont les plus grandes chances d'occuper un emploi (39).

D'une manière générale, les sans domicile restent en majorité actifs dans leur recherche d'emploi. Les difficultés pour trouver ou conserver un travail sont nombreuses : contraintes financières (transports, téléphone, achat de vêtements), répugnance des employeurs à l'embauche, problèmes pour rester présentable ou pour respecter des horaires de travail peu compatibles avec ceux d'ouverture des centres d'hébergement. Au regard des situations observées, la formule souvent entendue « pas d'emploi, pas de logement ; pas de logement, pas d'emploi » (25) prend malheureusement tout son sens.

Les démarches de recherche d'emploi vont dépendre de la situation antérieure vis à vis du travail, selon trois principales trajectoires :

- Les ex-travailleurs, caractérisés par une longue expérience du travail et une forte identité professionnelle, sont ceux qui formulent le plus de projets ;
- Les « déçus du travail », plutôt jeunes et sans identité professionnelle définie, sont ceux qui ont alterné les « petits boulots ». Ils ont des difficultés à percevoir une perspective professionnelle et se projettent essentiellement comme « RMIstes » ;
- Les « exclus du travail » sont ceux qui n'ont jamais eu d'activité salariée et qui rejettent le travail (5) ;

## **B. Raisons institutionnelles**

### **1. Hébergement**

#### **a. Parcours résidentiel**

Afin de lutter contre l'exclusion des sans domicile, il existe différents dispositifs (40) qui enchaînent successivement l'accueil et l'hébergement d'urgence, l'orientation vers un hébergement associé à un accompagnement social, et enfin l'accès à un logement.

**La veille sociale** en constitue le premier échelon, et regroupe :

- les services d'accueil et d'orientation, qui réalisent une première évaluation de la situation, orientent vers les services compétents, offrent une aide immédiate (alimentation, vestiaire, transport) et une aide à l'accès aux droits ;
- le 115, qui centralise l'information sur les capacités d'hébergement disponibles ;
- les équipes mobiles de type SAMU social qui vont à la rencontre des plus désocialisés ;
- les Accueils de jour, parfois nommés « Espaces Solidarité Insertion », où les sans domicile peuvent rencontrer d'autres personnes, chercher des renseignements, s'informer sur leurs droits et rencontrer des assistants sociaux. Ils y trouvent aussi divers services (aide alimentaire, hygiène corporelle, blanchisserie, domiciliation, courrier), des formations et des soins de santé de base. L'objectif est d'orienter et de prévenir la marginalisation, en particulier des plus jeunes.

Le parcours résidentiel se décompose ensuite en quatre étapes :

**L'hébergement d'urgence** répond à la nécessité de mise à l'abri immédiate. C'est une réponse de courte durée avant l'orientation rapide vers une prise en charge adaptée, l'objectif étant d'inscrire la personne dans un réseau. Il comprend les hôtels tous publics ou pour demandeurs d'asile, et les centres d'hébergement d'urgence.

**L'hébergement d'insertion** met en œuvre un accompagnement social intensif afin de (re)mobiliser la personne et de l'inscrire dans un parcours. L'objectif est la stabilisation, l'orientation, et l'accès à la vie autonome. Il comprend les CHRS (Centres d'Hébergement et

de Réinsertion Sociale), les CADA (Centre d'Accueil de Demandeur d'Asile) et CPH (Centre Provisoire d'Hébergement), les hôtels sociaux et les centres maternels.

**Le logement d'insertion** met en œuvre un accompagnement social qui permet de consolider des acquis liés à l'usage de l'habitat, avant l'accès au logement autonome. La dynamique d'insertion est largement engagée. Ce dispositif comprend les résidences sociales, les maison-relais, les sous-locations, le bail glissant.

**Le logement ordinaire** met en œuvre une aide à l'appropriation. L'accompagnement social est encore possible.

#### **b. Dispositifs engorgés**

Malgré l'augmentation de leurs capacités, les structures d'hébergement d'urgence sont engorgées. La saturation résulte, en amont de la pression de la demande, et en aval de la difficulté d'accès à des dispositifs adaptés, notamment à l'hébergement d'insertion.

Selon l'Observatoire du 115, le nombre total d'appels annuels considérable (12,7 millions, dont la moitié sur Paris) est responsable du faible taux de décroché (seulement 54 %), en raison d'une double saturation. D'une part, la saturation des lignes et des écoutants, en nombre insuffisant, conduit les appelants à renouveler plusieurs fois leur appel avant d'obtenir une écoute. D'autre part, la saturation des capacités d'hébergement a pour conséquence l'absence de réponse aux demandes d'hébergement ou l'apport d'une réponse de très courte durée, conduisant la personne à renouveler sa demande quotidiennement.

Près de la moitié des demandes d'hébergement reste non satisfaite, faute de place en centres d'hébergement d'urgence, saturés à près de 80 % par des personnes qui n'en relèvent normalement plus. En effet, les travailleurs pauvres en situation régulière, qui relèvent du logement social mais ne peuvent y accéder faute de place, représentent près de 16 % de ces hébergés, et les grands exclus 30 à 50 % ; c'est « l'urgence installée » de ces derniers, qui y vivent depuis des mois ou des années, passant d'un centre d'hébergement à un autre, faute de pouvoir accéder à un hébergement d'insertion. Le rapport de la Chambre Régionale des Comptes sur le Samu social de Paris (41) dénonce ainsi une gestion qui organise la rotation quotidienne des personnes sans abri sur un nombre insuffisant de places

d'hébergement, et dénonce la mise en flux entretenue par les services d'aide aux sans abri, qui se renvoient les cas les plus difficiles, et qui finalement restent des structures essentiellement adaptatives, qui les aident à endurer la vie à la rue plutôt qu'à en réchapper.

Les CHRS quant à eux sont à plus de 30 % occupés par des personnes qui ont achevé leur parcours de réinsertion, ne nécessitent plus d'accompagnement social lourd mais ne peuvent accéder à un logement autonome, le déficit d'offre de logement social restant chronique (3).

En somme, un accès plus fluide des personnes hébergées aux logements « très sociaux » nécessiterait que le taux de rotation des personnes occupant des logements de ce type soit accéléré, cette accélération passant elle-même par un accès plus aisé au logement social, nécessitant à son tour que les sorties du parc HLM vers le locatif privé soient plus nombreuses : c'est en définitive toute une chaîne dont il conviendrait de modifier le fonctionnement. Il s'avère par ailleurs qu'une partie majeure de l'offre de logement social est financièrement inaccessible à ces personnes, qui ne peuvent souvent prétendre qu'à un niveau de loyer très social, alors même qu'elles représentent environ 80 % des demandeurs de logement social : les logements sociaux sont donc trop chers pour les pauvres (42). De même, plus de la moitié des logements sociaux sont occupés par des gens qui n'y ont pas leur place. En effet, sur les 4,2 millions de logements sociaux en France, 2,25 millions sont occupés par des ménages qui ne devraient pas avoir besoin d'aide publique pour se loger. Mais les prix élevés du marché immobilier en France, résultant d'une offre très insuffisante, incite ces personnes à solliciter ce type de logement et à y rester (43,40).

### **c. Sélection des publics**

L'actuelle segmentation du réseau des services d'aides et d'hébergement contribue à classer les sans domicile entre le secteur fermé de l'insertion et le secteur ouvert de l'urgence sociale. Le premier secteur, fortement sélectif et à vocation éducative forte, est constitué de travailleurs sociaux qualifiés afin de permettre une prise en charge sur la durée. Le second secteur, faiblement sélectif, est doté de moyens moins importants : les centres « d'hébergement d'urgence » offrent essentiellement un abri pour la nuit, les surveillants sont peu qualifiés et sont souvent d'anciens sans abri. La sélection pratiquée à l'entrée des structures est nécessaire si elle permet d'adapter le travail d'insertion à la diversité des

publics. Mais elle est injustifiée lorsqu'elle prend en compte les plus ou moins bonnes perspectives de relogement, conduisant à fermer les portes des structures de longue durée à une catégorie de personnes en difficulté. Les CHRS accueillent de plus en plus de personnes proches du retour à l'emploi et refusent d'accueillir les plus vulnérables, afin d'obtenir des pourcentages de réinsertion en adéquation avec les objectifs (28).

La sélection des personnes accueillies se fait en fonction de leur proximité avec les critères usuels de l'insertion : capacité à entrer dans une démarche de formation professionnelle ou d'emploi, à vivre dans un logement ordinaire, à acquérir l'autonomie administrative, etc. Mais une partie de la sélection repose aussi sur les caractéristiques sociodémographiques : être une femme, être jeune ou avoir plus de 60 ans, avoir un emploi, avoir des diplômes, être français ou étranger en situation régulière, percevoir des allocations, avoir des enfants, sont autant d'éléments qui favorisent l'entrée dans le secteur fermé de l'insertion (44).

Le fait de vivre seul limite l'accès à un logement du parc social. De plus, la faiblesse des revenus et le manque de documents administratifs (titre de séjour, bulletin de salaire) rendent difficile l'accès à toutes les formes d'habitation réglementées (foyers de travailleurs, logement locatif privé ou social). Quant aux personnes privées de soutien familial, elles n'ont pas d'autre issue que d'être sans domicile quand toutes les alternatives institutionnelles font défaut et que le coût d'accès à un logement du secteur libre est trop onéreux. Dès lors, le profil des sans domicile résulte moins de leur histoire familiale, que des contraintes qui régulent l'accès aux diverses formes de logement (40).

La dualisation de la prise en charge des sans domicile induit une division paradoxale du travail social : la densité de l'encadrement social proposé est inversement proportionnelle aux difficultés rencontrées par les populations. En effet, les moyens les plus importants sont consacrés aux personnes qui sont les plus proches de l'insertion, tandis que celles dont les besoins sont les plus lourds doivent se contenter du service minimum : hébergement de courte durée sans perspective, locaux de qualité parfois très insuffisante et précaire, ratios de personnel et surtout de personnel social très faibles. De même, l'investissement des travailleurs sociaux tend, comme dans le système scolaire, à être le plus rationnel possible, c'est-à-dire qu'il s'orientera préférentiellement du côté des agents pour

lesquels les chances de réussite sont les moins négligeables, à l'instar de ce qui est observé pour les CHRS.

## **2. Services sociaux**

Les trois quart des sans domicile ont des contacts avec les institutions sociales, surtout avec les médecins et les travailleurs sociaux. Ce sont ceux qui se trouvent dans les situations d'hébergement les plus précaires qui ont le moins de contacts avec ces derniers et effectuent le moins de démarches.

Un quart des sans domicile reçoit le RMI. Les trois quarts qui n'ont pas entrepris de démarches pour l'obtenir n'ont pas le droit d'en bénéficier. La faible proportion d'allocataires du RMI s'explique par le fait que le droit au RMI n'est ouvert qu'à partir de 25 ans (sauf si le demandeur a la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître), et pour les étrangers qu'après trois ans de séjour régulier en France (sauf pour les réfugiés) (31).

La faible proportion de personnes âgées peut s'expliquer par la dureté de la vie à la rue qui condamne souvent à une mort précoce, mais aussi par l'existence d'autres solutions institutionnelles (maisons de retraite) (26). A 60 ans, les prestations changent (passant du RMI au minimum vieillesse ou à la retraite) ce qui pourrait permettre à certains d'entre eux d'évoluer vers un statut différent. En effet certains craignant de mourir dans la rue sont attirés par le statut de retraité, ce qui les encourage à entreprendre des démarches sociales.

60% bénéficient de la Couverture Maladie Universelle.

Les  $\frac{3}{4}$  ont la possibilité de recevoir du courrier. L'absence de domiciliation leur permettant de recevoir du courrier reste le principal obstacle à l'accès aux droits, viennent ensuite la méconnaissance des droits et des structures, la barrière linguistique, et la complexité des démarches administratives (10).

## **C. Raisons personnelles**

### **1. Liens sociaux**

On constate partout en Europe la désintégration des liens sociaux. Le tissu des relations avec la famille, les amis et les connaissances se désagrège au contact de la société moderne. Les sans domicile déclarent que la solitude est l'un de leurs problèmes les plus

graves. L'absence de liens sociaux et l'isolement sont des accélérateurs de marginalisation induisant des dépendances à l'alcool et à la drogue qui aggravent la vulnérabilité à l'exclusion extrême du logement. La présence croissante d'immigrés en provenance de Chine (où traditionnellement les liens sociaux sont pourtant étroits et solides) parmi les usagers des refuges d'urgence en est un exemple flagrant (4).

Les sans domicile ont conservé moins de contacts avec leur famille d'origine que les autres ; constat logique puisque pour un quart ils en étaient déjà séparés à 16 ans (25). Néanmoins, l'analyse des liens entretenus par les sans domicile invite à nuancer l'idée de rupture familiale communément admise. La moitié des sans domicile ont encore un de leurs parents en vie, et parmi ceux-ci 75% ont eu avec lui un contact dans l'année écoulée. Deux tiers des sans domicile ont une fratrie, et parmi ceux-ci 20 % l'ont vue au cours du mois précédent (25,6).

Les liens avec la famille et les amis diminuent avec l'âge et avec le fait de vivre en couple. Les personnes vivant dans un lieu non prévu pour l'habitation n'ont, le plus souvent, plus de famille. Le fait d'être né à l'étranger diminue la probabilité d'entretenir des relations fréquentes avec son entourage, parce que le réseau de relation d'origine est géographiquement plus éloigné, et que les liens amicaux sont plus difficiles à tisser pour des personnes arrivées en France récemment. Plus de deux tiers des sans domicile ont des amis et c'est avec eux qu'ils ont les relations les plus fréquentes.

Cependant, si les trois quarts d'entre eux ont des contacts relativement fréquents avec leur entourage (un ou deux la semaine précédente), 12 % sont en situation d'isolement relationnel absolu (soit parce qu'ils n'ont pas du tout de contact avec leur entourage ou qu'ils n'en ont pas eu au cours des trois derniers mois, soit parce qu'ils n'ont ni famille, ni amis) (5,6).

Deux tiers des sans domicile vivent seuls (sans conjoint, sans enfant, sans ami) (28). Avoir de faibles revenus, ne pas posséder de diplôme, habiter en cité, être originaire d'un pays étranger, ou déclarer « avoir du mal à s'en sortir » sont liés à une plus forte probabilité d'être isolé. A l'inverse, le fait d'appartenir à une association diminue cette probabilité (45).

## **2. Santé**

Les inégalités au regard de l'état de santé et de l'espérance de vie persistent entre les différents groupes socio-économiques.

Le lien entre pauvreté et état de santé est une spirale péjorative : une mauvaise santé peut précipiter la perte du travail ou du logement, empêcher de retrouver un emploi ; à l'inverse, la vie dans la rue constitue non seulement une exposition plus importante à des risques de santé, mais aggrave particulièrement les maladies chroniques qui deviennent alors plus complexes à prendre en charge. L'état de santé se dégrade alors proportionnellement à la durée globale passée dans la rue, et cela quelle que soit la maladie (7). Les personnes s'estimant en mauvaise santé sont 5 fois plus nombreuses parmi les sans domicile que dans la population générale (3).

Les données montrant qu'il existe une corrélation manifeste entre la maladie et la pauvreté (46-48), plusieurs rapports présentent des politiques transsectorielles couvrant à la fois la promotion de la santé et la prévention des maladies, et visant à développer les soins primaires et la prise en charge des pathologies chroniques, à supprimer les entraves à l'accès aux soins, et à améliorer la situation des personnes défavorisées (49).

### **a. Accès aux soins**

Les résultats des nombreuses enquêtes réalisées dans différents pays développés mettent en évidence des expériences communes de difficultés quant à l'accès et à la continuité des soins, avec une incapacité de l'offre de soins de droit commun à répondre aux besoins des personnes sans domicile. Les principaux obstacles rencontrés par ces dernières pour accéder aux soins sont le manque de couverture maladie et de pourvoyeur de soins primaires (8,9). Ceux qui ont une couverture médicale ont une meilleure utilisation des soins ambulatoires et des hospitalisations, un meilleur accès aux soins et une meilleure compliance au traitement, ainsi qu'une moindre morbidité et mortalité (50-52).

Les nombreux obstacles à l'accès aux droits ont pour conséquence un retard de recours voire un renoncement aux soins, avec éloignement des structures de santé et du recours à la prévention (11,10,7). Le retard à consulter peut également s'expliquer du fait des attitudes péjoratives des soignants eux-mêmes, et de l'accueil discriminant qui est réservé aux sans domicile avec un examen sommaire et la mention « problème social » (53).

5% des consultations aux urgences concernent des sans domicile (54). Les urgences sont un des lieux les plus fréquents du premier contact des personnes sans domicile avec le système de soins : elles consultent quand leur pathologie est à un stade plus grave, elles n'ont pas de médecin traitant, elles sont souvent amenées inconscientes par les pompiers. Paradoxalement, les personnels médicaux des urgences ne connaissent pas ou peu les services spécifiques de prise en charge pour les sans domicile : équipe mobile, LHSS (Lits Halte Soins Santé), 115...

Les consultations spécialisées à l'hôpital constituent un exemple de dysfonctionnement de leur prise en charge, avec des délais de rendez-vous beaucoup trop longs pour elles, quand elles ne sont pas tout simplement renvoyées vers les urgences. Concernant la psychiatrie, les délais d'attente en Centre médico-psychologique (CMP) sont également un obstacle, tout comme la sectorisation : certains CMP refusent de recevoir des personnes «non sectorisées », au premier rang desquelles figurent les sans domicile.

Au sein des hôpitaux, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituent le seul dispositif de santé permettant l'accès intégral aux soins et aux droits pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. Cependant, souvent saturées, les PASS ne peuvent prendre en charge tous les patients en grande précarité, bien que ce dispositif ait fait la preuve de son importance pour l'accès aux soins des populations les plus précaires (10).

Les hospitalisations (à état de santé comparable) sont plus rares, par crainte d'un allongement de la durée d'hospitalisation du fait du manque de prise en charge en aval. La question des lits d'aval reste complexe car les soins de suite, maisons de repos ou de rééducation ont la même méfiance. L'accès à ces établissements est souvent cautionné à l'assurance d'une solution en sortie vers des structures d'hébergement.

Les sans domicile sont fréquemment confrontés au refus de soins. Dès 2006, la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité) a confirmé le caractère discriminatoire des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, mais en 2009 le problème ne semble toujours pas résolu (55).

La protection sociale des sans domicile paraît médiocre puisqu'ils sont 8% à ne pas en avoir, essentiellement des étrangers et ceux qui sont dans les dispositifs à bas seuil (taux 3

fois plus important dans les centres d'hébergement d'urgence que dans les foyers de longue durée). La situation semble s'améliorer puisque ce taux a été divisé par deux en 6 ans (25,7).

## **b. Morbidité**

### **1) Santé physique**

Les sans domicile ont une plus grande morbidité, comme le montrent le taux élevé (15 %) d'exonérés du ticket modérateur ainsi que leur fort taux d'hospitalisation, 4 fois supérieur à celui de la population générale (25,56,7).

Mais le parcours cyclique des sans domicile entre la rue, les urgences et les services d'hospitalisation est inefficace et coûteux ; on ne prend en charge lors de l'hospitalisation que leur pathologie aiguë, puis ils retournent à la rue où ils ne reçoivent alors plus aucun traitement ni prévention, ce qui les conduit irrémédiablement de nouveau aux urgences. Ces patients ont en moyenne des hospitalisations plus longues et plus coûteuses d'environ 30 % que les patients non précaires, ainsi qu'un taux plus élevé de comorbidités ou de complications associées (57-60).

Les principaux motifs d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois sont les troubles psychiques (17 %) et les traumatismes (16 %), les maladies génito-urinaires comprenant les maladies sexuellement transmissibles (12 %), les pathologies respiratoires et ORL (11 %), et les problèmes locomoteurs (9 %).

La comparaison des motifs de consultation avec la population de référence montre une plus grande fréquence des maladies respiratoires (1,3 fois plus, surtout chez ceux qui vivent dans les conditions d'hébergement les plus difficiles), dermatologiques (1,4 fois plus) et des troubles psychiques (1,5 fois plus) (61). La tuberculose est 20 fois plus fréquente que dans la population générale (62).

Il faut noter également la fréquence élevée (5 %) des consultations ayant nécessité un transfert immédiat vers des urgences hospitalières en raison de la gravité de leur état (63). Cette surmorbidité est en effet responsable de consultations aux urgences plus fréquentes (64).

La moitié des enquêtés ne déclarent aucun problème de santé. Mais cette proportion diminue avec l'âge (25).

## 2) Santé neuropsychique

Concernant la santé mentale et les addictions, les sans domicile demeurent toujours particulièrement touchés, surtout ceux qui sont dans les dispositifs à bas seuil, qui accueillent un public plus défavorisé (25). En effet, 1/3 des sans domicile souffre de troubles psychiatriques sévères, notamment de troubles psychotiques qui sont dix fois plus fréquents que dans la population générale, ce qui est bien sur associé à un risque élevé de rupture sociale, mais aussi à une exposition à la violence et aux agressions dix fois plus importante. Les troubles dépressifs sont aussi quatre fois plus importants que dans la population générale. Le maintien des contacts fréquents des sans domicile avec leurs proches semble jouer le rôle de facteur protecteur contre le risque de dépression lorsqu'ils souffrent d'une maladie chronique ou grave (65).

De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psycho actives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concerne près de trois sans domicile sur dix, avec 20 % d'alcooliques, et touche particulièrement les jeunes de moins de 25 ans et les sans abri. Le pourcentage de consommateurs d'alcool parmi les sans abri augmente progressivement avec la durée passée à la rue (23 % pour une durée inférieure à 2 ans, 73 % pour une durée supérieure à 5 ans). L'épilepsie, qui est 10 fois plus fréquente que dans la population générale, est dans près de la moitié des cas liée au sevrage alcoolique (66,63). Cette forte prévalence explique en partie l'importance des pathologies traumatiques, secondaires à l'intoxication aiguë mais aussi aux conséquences du sevrage alcoolique.

La co-morbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante que parmi la population générale, et si l'observance du traitement n'est pas moins bonne, le suivi et le maintien dans le soin s'avère problématique (67,68).

L'alcool est principalement utilisé à des fins festives et occupationnelles, ou pour améliorer le quotidien. Mais une autre utilisation relève de l'automédication, pour les personnes ayant des troubles psychiatriques (phobie, dépression, schizophrénie), du fait de ses vertus anxiolytiques et hypnotiques. Il anesthésie aussi la douleur, et modifie la perception du temps qui passe.

### **c. Mortalité**

Dans la population générale, l'espérance de vie pour un homme est de 77,7 ans et pour une femme de 84,4 ans (69). L'espérance de vie des sans domicile est estimée à 44 ans pour les femmes (proche de la moyenne des pays pauvres), et à 56 ans pour les hommes (proche de celle des pays en voie de développement). Quant aux sans domicile ayant des problèmes d'addiction ou des troubles psychiatriques, leur espérance de vie est évaluée à 37 ans (12).

Les taux de mortalité des sans domicile sont bien plus élevés que dans la population générale, variant de 3 à 4,5 selon les villes étudiées (70-73). Selon les classes d'âge, les taux de mortalité et les causes de décès diffèrent. Les sans domicile âgés de 18 à 24 ans ont un taux de mortalité 8 à 12 fois supérieur, et décèdent principalement par accident, empoisonnement (dont overdose) et suicide. Ce taux baisse à 3,7 pour ceux âgés de 25 à 44 ans, dont la première cause de décès est l'infection par le VIH, puis le taux baisse encore pour atteindre 2,3 pour ceux âgés de 45 à 64 ans, dont les causes de décès sont cette fois liées à un cancer, un problème cardiaque ou un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) (74,75,71). La très forte vulnérabilité des jeunes sans domicile de moins de 25 ans incite à une meilleure prise en charge des addictions et troubles psychiatriques (76). Les taux de mortalité à Toronto sont inférieurs à ceux des villes des Etats-Unis, ce qui semble s'expliquer par un meilleur accès aux soins et l'existence d'une assurance santé universelle au Canada (74).

La condition même de sans domicile apparaît comme un facteur de risque de mortalité à part entière, indépendamment des conditions socio-économiques et de la morbidité, mettant en évidence l'importance d'orienter les interventions publiques non seulement vers l'amélioration de l'état de santé des sans domicile, mais aussi et surtout vers l'amélioration de leur condition sociale (70,73).

382 sans domicile sont morts en France en 2010 (77).

La perte de socialisation des sans domicile est donc responsable, entre autre, d'une altération de leur état de santé qui les conduit souvent à fréquenter les services d'accueil des urgences. Les moyens actuellement disponibles ne permettent pas d'apporter à chaque sans domicile consultant aux urgences une prise en charge sociale. Il est donc nécessaire de pouvoir identifier les plus désocialisés afin de leur fournir préférentiellement l'aide dont ils ont besoin.

Le but de ce travail est d'évaluer les facteurs de socialisation évoqués dans la littérature afin de déterminer ceux qui peuvent nous permettre d'identifier rapidement les sans domicile les plus désocialisés, afin d'améliorer spécifiquement leur prise en charge sociale, et secondairement leur état de santé.

# MATERIEL ET METHODE

## I. Type d'étude

Nous voulons par cette étude objectiver, à la faveur d'une consultation au service d'accueil des urgences, les facteurs associés à la plus grande désocialisation des patients sans domicile et donc à une information moindre concernant les aides sociales. C'est une étude observationnelle et bicentrique, menée dans deux services d'accueil des urgences de l'hôpital Cochin à Paris et de l'Hôtel-Dieu à Paris, avec un recueil prospectif des données de 114 questionnaires remplis lors des consultations de patients sans domicile entre décembre 2008 et octobre 2009.

## II. Définitions des termes utilisés dans l'étude

- **Critères d'intégration** : aides sociales dont les sans domicile doivent bénéficier afin de pouvoir se resocialiser : domiciliation, revenu issu de prestations sociales, couverture sociale
- « **Intégrés** » : sans domicile qui ont 2 ou 3 des critères d'intégration
- « **Non intégrés** » : sans domicile qui ont 0 ou 1 des critères d'intégration
- **Revenu issu de prestations sociales** : Revenu Minimum d'Insertion (RMI), allocation, retraite
- **Services sociaux** : services destinés aux sans domicile afin de leur apporter une aide au quotidien et de faciliter leur réinsertion. Ils comprennent le 115, les bains publics, les vestiaires et l'entourage par une association

## III. Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion est le fait d'être sans domicile. Nous avons défini le statut de sans domicile comme étant toute personne privée de logement personnel, c'est-à-dire les personnes sans domicile au sens de l'Insee (qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation) et les personnes privées de logement personnel (qui vivent à l'hôtel ou chez des amis, faute de moyen financier permettant d'avoir un logement personnel).

Parmi ceux qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation, nous avons distingué les sans abri (ceux qui dorment dehors, dans la rue, le métro ou une gare) et ceux qui dorment dans des squats. Concernant les personnes qui dorment à l'hôtel, cela inclut l'hébergement à leur frais ainsi que celui pris en charge au titre de l'hébergement social. L'hébergement chez les amis regroupe toute situation de logement sans lien de parenté direct avec la personne (en excluant les étudiants) (1,38).

#### **IV. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion sont le fait de ne pas vouloir participer à l'étude ou de ne pas pouvoir répondre aux questions, notamment pour raison linguistique ou d'état incompatible avec la conduite d'un entretien (état d'ivresse).

#### **V. Extractions des données. Critères étudiés**

##### **A. « Intégrés » vs « Non intégrés »**

Nous avons recueilli les données concernant trois critères d'intégration sociale que nous considérons comme objectifs, puisque ce sont ces éléments que les travailleurs sociaux s'efforcent de mettre en place quand ils s'occupent d'une personne sans domicile : une domiciliation, un revenu issu de prestation sociale (RMI, allocation, retraite), une couverture sociale. Nous avons ensuite déterminé pour chaque patient sans domicile le nombre de critères d'intégration (0, 1, 2 ou 3), et établi un score définissant comme « intégrés » ceux qui avaient 2 ou 3 de ces critères objectifs et « non intégrés » ceux qui en avaient 0 ou 1.

##### **B. Autres facteurs de socialisation**

Les facteurs de socialisation évoqués dans la littérature sont le fait de ne pas être sans abri, de vivre en groupe, d'avoir un soutien familial ou amical, d'être français ou d'avoir toujours vécu en France, d'avoir une formation professionnelle et qui soit qualifiée, d'avoir actuellement un emploi, de ne pas avoir de problème de santé, de ne pas boire d'alcool, d'avoir perdu son logement récemment, et d'utiliser les services sociaux. Nous avons donc choisi d'évaluer ces paramètres dans notre population, afin de déterminer s'ils sont effectivement corrélés à une meilleure intégration sociale. Pour cela, nous avons recueilli les

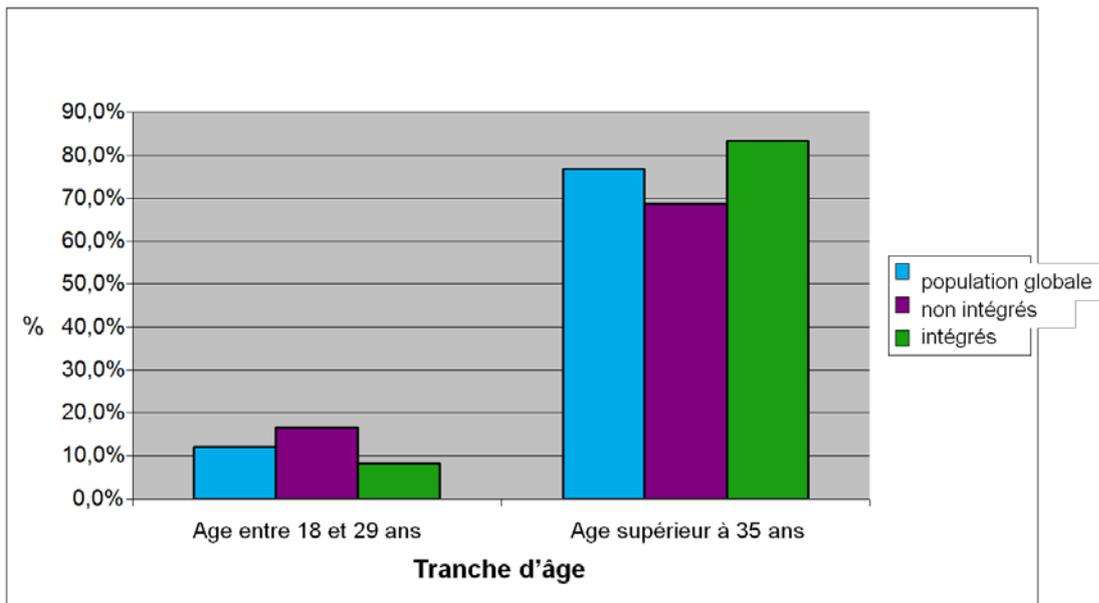
données suivantes : sexe, âge, lieu de vie, vie seul ou en groupe, situation familiale notamment matrimoniale et existence d'enfant, soutien familial et amical, nationalité, date d'arrivée en France, qualification professionnelle, type et date du dernier emploi connu, type de revenu, suivi médical, traitement, addiction (alcool ou toxicomanie) et si elle a précédé la perte de logement, durée et cause de la perte de logement, utilisation des services sociaux (115, vestiaires, bain publics, entourage associatif).

## **VI. Analyse statistique**

Nous avons, pour chaque groupe « intégrés » et « non intégrés », évalué les différents paramètres sus-cités, puis nous avons comparé les résultats entre les deux groupes, afin d'identifier les paramètres associés à une meilleure intégration. Les résultats d'analyse descriptive sont exprimés en moyenne  $\pm$  écart type pour les variables quantitatives et en pourcentages pour les variables catégorielles. La comparaison entre les groupes « intégrés » et « non intégrés » a été réalisée pour les variables qualitatives en utilisant le test du Chi<sup>2</sup> ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application, et les tests de Student ou de Mann et Whitney pour les variables quantitatives, selon les conditions d'application. Un seuil de signification de 5% a été retenu pour l'ensemble des tests effectués. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Stata, version 10.0 (StataCorp, College Station, TX, USA).

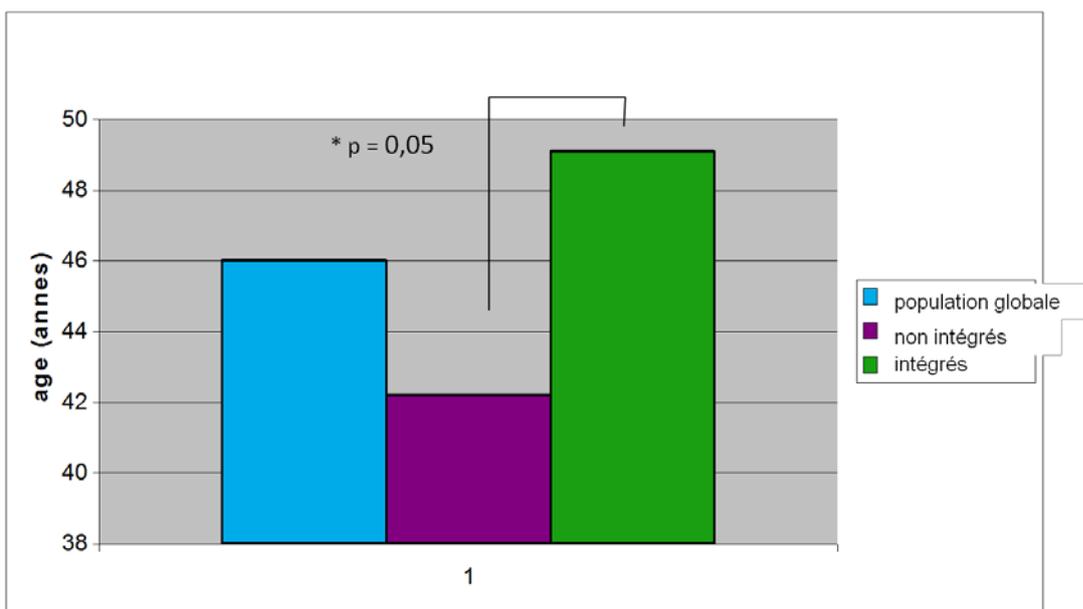
## RESULTATS

La population des sans domicile étudiée ici comprend 89,5 % d'hommes et 10,5 % de femmes (**Tableau 3**), les jeunes de moins de 30 ans représentent 12 % de la population (**Figure 1a**).



**Figure 1a** : Tranches d'âge en fonction de l'intégration

La moyenne d'âge est de 46 ans. Parmi les intégrés, la moyenne d'âge est de 49 ans, alors que parmi les non intégrés, elle est de 42 ans ( $p=0,005$ ). Les intégrés sont significativement plus âgés (**Figure 1b**).

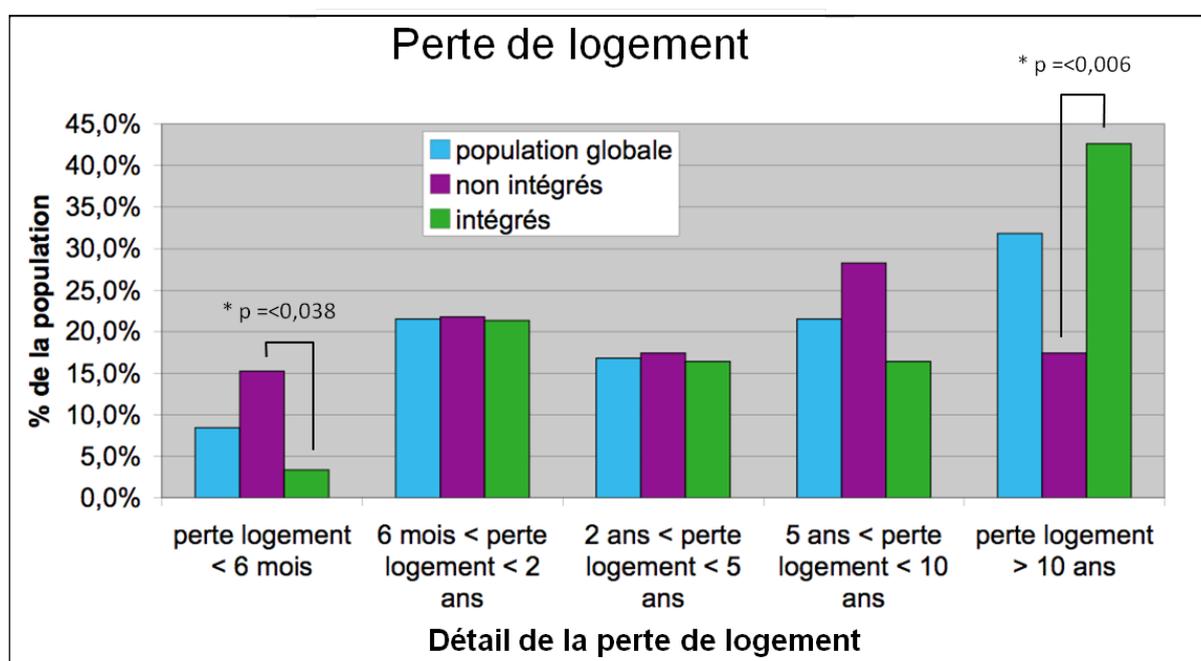


**Figure 1b** : Age moyen en fonction de l'intégration

## I. Perte de logement

Ils sont sans domicile depuis longtemps, puisque la durée de la perte de logement est inférieure à 6 mois pour seulement 8,4% des sans domicile ; entre 6 mois et 2 ans pour 21,5% ; entre 2 et 5 ans pour 16,8% ; entre 5 et 10 ans pour 21,5% ; et supérieure à 10 ans pour 31,8%.

Parmi les intégrés, 3,3% ont perdu leur logement depuis moins de 6 mois, contre 15,2% parmi les non intégrés ( $p=0,038$ ). Parmi les intégrés, 42,6% ont perdu leur logement depuis plus de 10 ans, contre 17,4% parmi les non intégrés ( $p=0,006$ ). Les intégrés ont, de façon significative, perdu leur logement depuis plus longtemps que les non intégrés (**Figure 2**).



**Figure 2** : Durée de la perte de logement

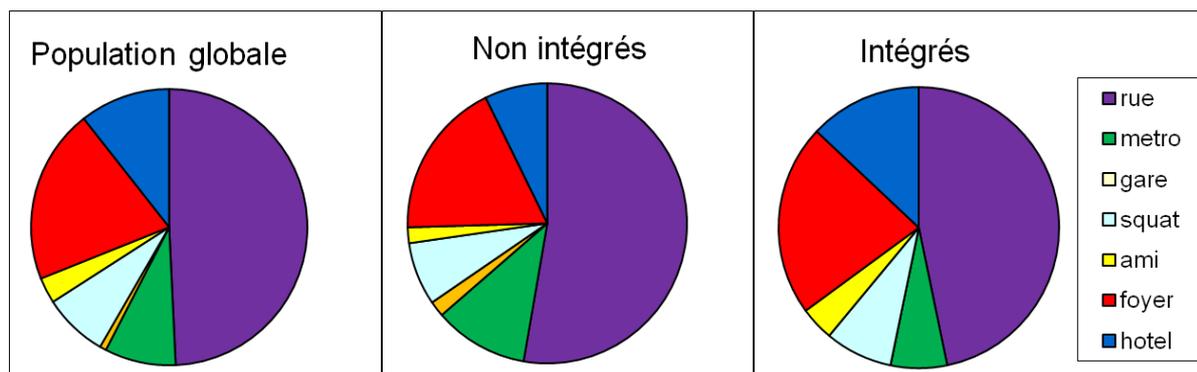
Les raisons citées expliquant la perte de logement sont liées à une rupture familiale (35%), à la perte d'emploi (15%), au décès d'un proche ou à la survenue d'un problème de santé handicapant (12%), à l'immigration et l'absence de papier (12%), à un problème d'argent (8%), à un problème psychiatrique (5%), à un conflit avec le propriétaire (5%), à la sortie de prison ou à la crainte de la police (5%), à la sortie de l'aide sociale à l'enfance (2%).

Si une addiction est mentionnée dans 8% des cas, elle n'est jamais identifiée comme étant seule responsable de la perte de logement, et toujours associée à l'une des causes sus-citées.

Les troubles psychiatriques n'ont pas fait l'objet d'une question particulière, ce type d'information étant trop difficile à obtenir de façon fiable dans le cadre de l'enquête que nous avons menée (entretien unique et en temps limité, sans accès à un dossier médical antérieur, avec une partie des sans domicile sous l'emprise d'alcool). Cependant nous avons pu identifier dans un certain nombre de cas des éléments orientant vers une pathologie psychiatrique, tels que les traitements pris lorsqu'ils étaient cités (antidépresseur, antipsychotique...) ou les raisons de perte de logement (éléments délirants du discours). Quelques uns d'entre eux reconnaissaient aussi être à la rue à cause d'un « problème dans leur tête » ou d'une dépression. Ces éléments ne permettent bien sûr qu'un aperçu de la situation et sous estiment grandement la prévalence de ces troubles.

## II. Lieux de vie

Ils passent la nuit dans la rue dans 57% des cas, dans un centre d'hébergement dans 23,7% des cas. 12,3% vont dormir à l'hôtel, 9,6% dans le métro, 8,8% dans un squat, 3,5% chez des amis, 0,9% dans une gare (**Figure 3**).



**Figure 3** : Lieux de vie des sans domicile

Les personnes interrogées pouvaient donner plusieurs réponses, la question étant très ouverte : « où passez-vous la nuit habituellement ? ». Il s'est avéré que ce lieu variait selon le climat et les revenus (ceux qui dormaient le plus souvent dans la rue allaient quand

même dans le métro ou les centres d'hébergement en cas de grand froid, et ceux qui avaient un revenu leur permettant d'aller à l'hôtel se rabattaient sur les centres d'hébergement ou la rue lorsqu'ils n'avaient plus assez d'argent). Il en va de même pour ceux qui pouvaient compter sur des amis, qui alternaient l'hébergement temporaire chez ces derniers avec celui en hôtel ou foyer, la cohabitation à long terme pouvant s'avérer difficile.

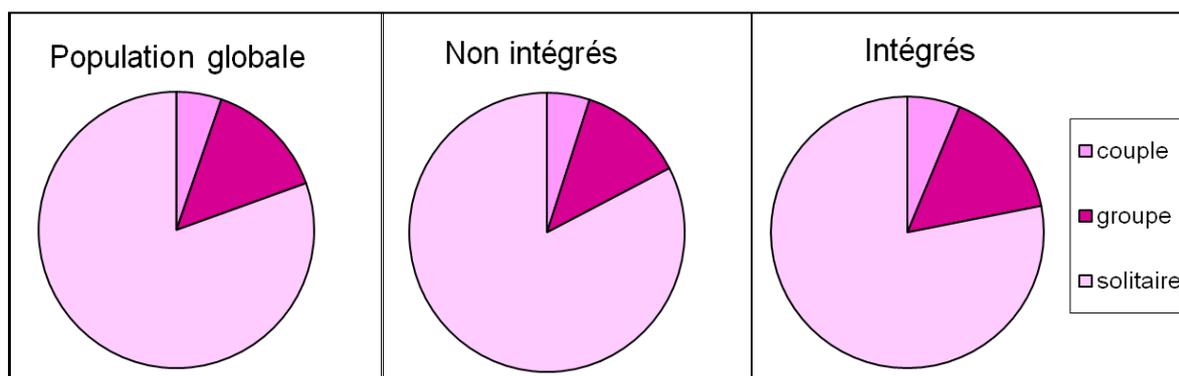
### III. Nationalité

Il y a une forte proportion d'étrangers, puisqu'ils représentent 39,5% des patients, et ils vivent en France depuis longtemps, en moyenne depuis 18 ans.

Parmi les intégrés, 73,4% sont Français, alors que parmi les non intégrés ils ne sont que 44% ( $p=0,002$ ). De même, parmi les intégrés 71,9% ont toujours vécu en France contre 40,8% parmi les non intégrés ( $p=0,001$ ). Les intégrés sont, significativement, plus fréquemment de nationalité française et ont donc plus fréquemment toujours vécu en France.

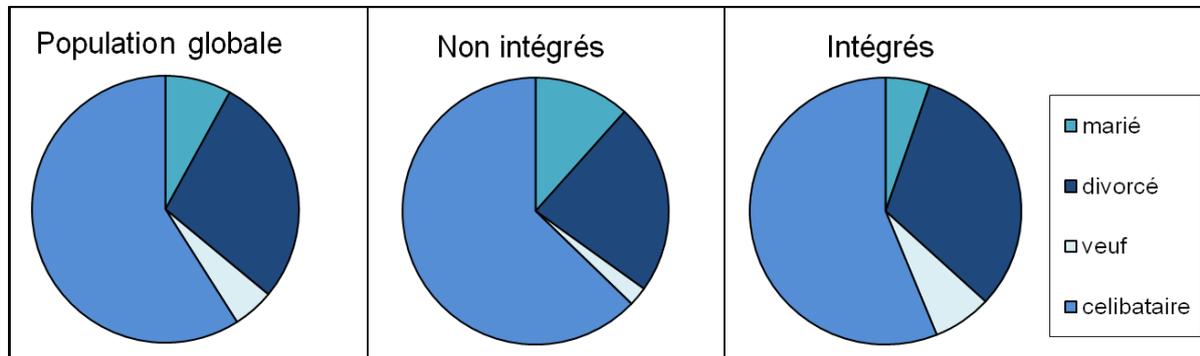
### IV. Liens sociaux

Leur environnement social est variable, mais globalement extrêmement faible puisque 80,5 % d'entre eux vivent seuls, alors que seulement 14,2% vivent en groupe et 5,3% en couple (**Figure 4a**).



**Figure 4a** : Mode de vie des sans domicile

Il est donc cohérent de constater que 59% d'entre eux sont célibataires, 8% sont mariés (mais ne vivent pas forcément ensemble), 28% sont divorcés et 5% sont veufs (**Figure 4b**).



**Figure 4b** : Statut marital des sans domicile

De même, 82% n'ont pas de soutien familial, 60% n'ont pas de soutien amical, et 54% sont complètement isolés puisqu'ils n'ont ni ami ni famille. Un tiers de ces patients a des enfants.

## V. Emploi

Ils ne sont pas coupés du monde du travail, puisque 74,3% ont une qualification professionnelle, dont 97,1% en tant qu'ouvrier ou employé, et seulement 12% n'ont jamais travaillé.

En revanche ils sont à l'écart du marché du travail, puisque seulement 8,8% exercent un emploi lors de l'étude, dont 60% ne sont pas déclarés. Parmi ceux qui dorment dans la rue, 6% exercent actuellement un emploi, qui est déclaré dans la moitié des cas. Ceux qui n'ont pas d'emploi actuellement sont dans cette situation depuis longtemps, 9 ans en moyenne. Le fort taux d'emplois non déclarés a bien sûr une incidence sur le défaut de couverture sociale.

## VI. Revenus

15,8% n'ont aucune source de revenu. Pour les autres, leurs revenus proviennent pour 29,8% de la mendicité, pour 28,9% du RMI, pour 15,8% d'une allocation autre, pour 13,2% d'un travail non déclaré, pour 6,1% de la retraite, pour 3,5% d'un travail déclaré de longue durée, pour 3,5% d'un travail déclaré de courte durée (saisonnier, intérimaire...).

Là encore, les sans domicile pouvaient donner plusieurs réponses, leur situation variant dans le temps. Il n'est donc pas étonnant qu'un revenu du travail soit cité dans 20,2% des cas alors que seuls 8,8% déclarent avoir un emploi au moment de l'étude.

Parmi les intégrés, 20,3% pratiquent la mendicité contre 42% parmi les non intégrés ( $p=0,014$ ). Les intégrés ont significativement moins recours à la mendicité (**Figure 5**).

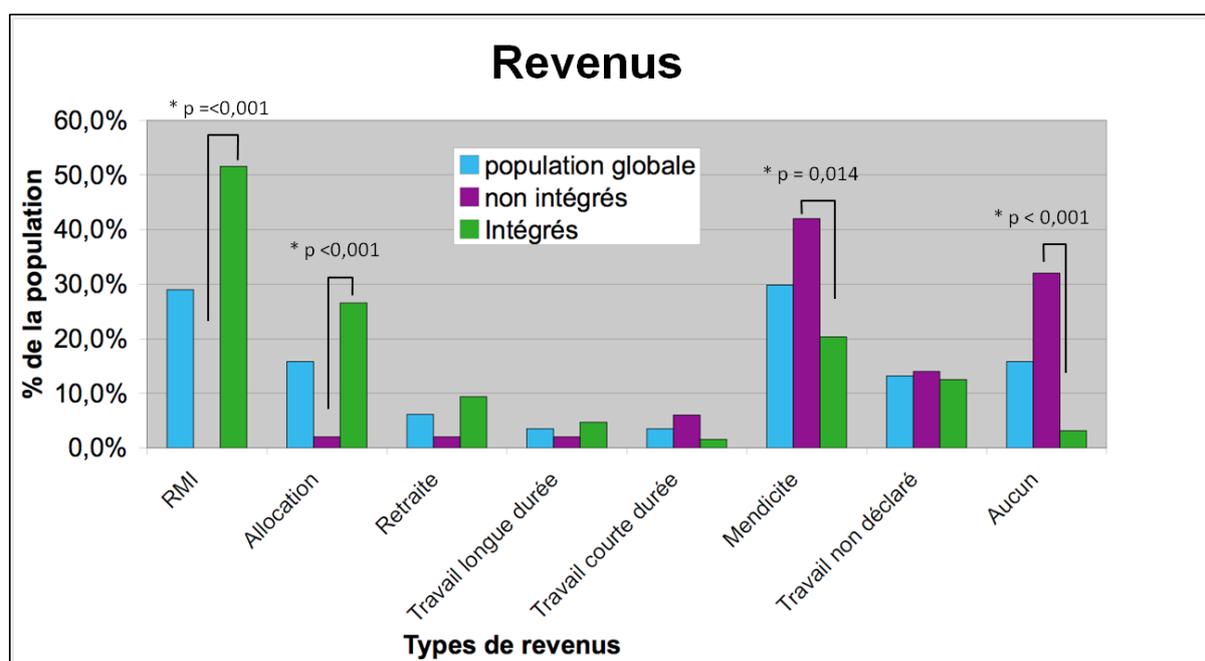
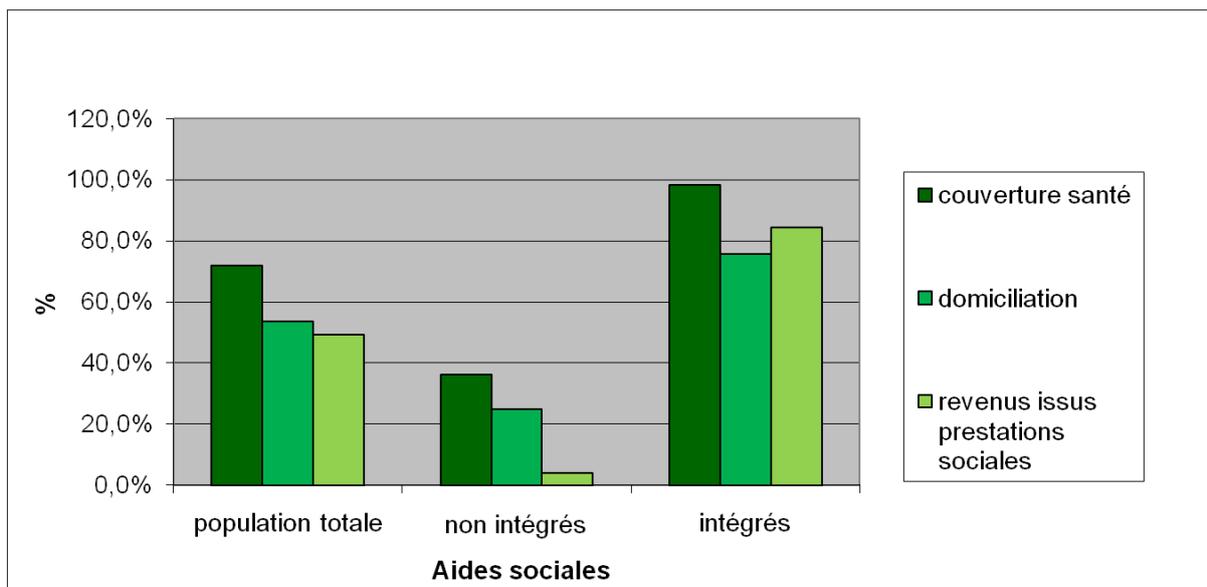


Figure 5 : Revenus des sans domicile

## VII. Aides et services sociaux

Les sans domicile bénéficient peu des aides sociales qui leur sont destinées, puisque seulement 53,6% sont domiciliés, 49,1% bénéficient de revenus issus de prestations sociales, et 71,8% ont une couverture santé (**Figure 6a**).

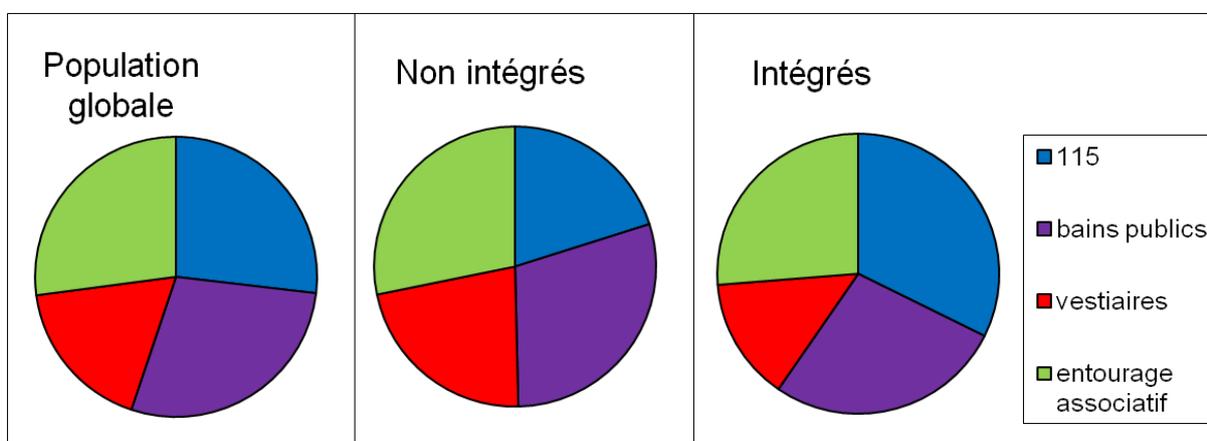
56,1% des sans domicile consultant au service d'accueil des urgences sont intégrés, selon les critères établis dans cette étude.



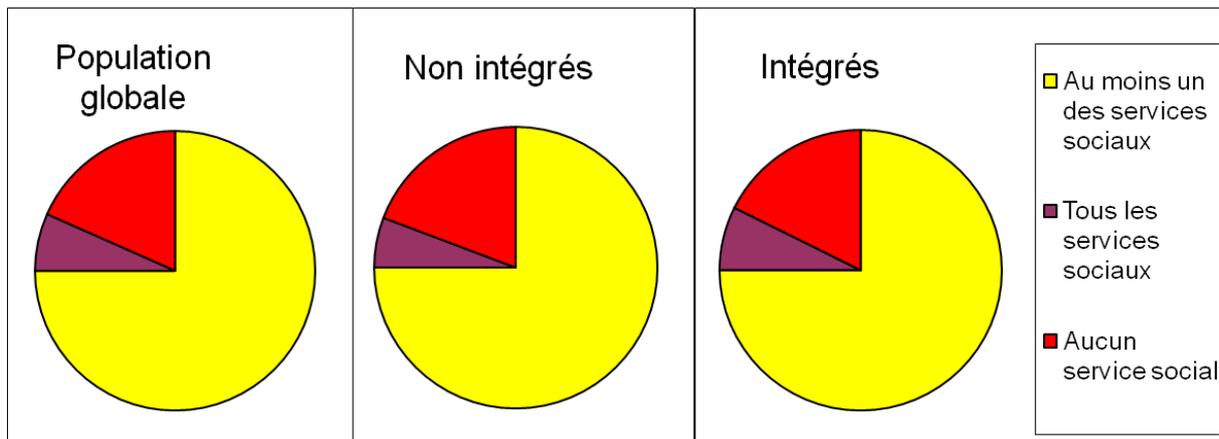
**Figure 6a** : Recours aux aides sociales par les sans domicile, définissant l'intégration

C'est la même constatation concernant l'utilisation des services sociaux, avec seulement 42,9% d'entre eux qui appellent le 115, 45,1% qui fréquentent les bains publics, 28,3% qui utilisent les vestiaires et 43,2% qui fréquentent les associations (**Figure 6b**). Bien que 78,9% aient recours à au moins un des ces services, seulement 7% ont recours aux quatre, et 19,3% n'en utilisent aucun (**Figure 6c**).

Les raisons de non recours au 115 sont l'insalubrité (21%), l'insécurité (21%), l'absence de place (19%), la difficulté à joindre le service (16%), le souhait de ne pas se mêler aux autres sans domicile ou de ne pas être séparé de son compagnon (12%), la non connaissance (7%), la crainte de la police (2%) et la nécessité de partir tôt (2%).



**Figure 6b** : Utilisation des différents services sociaux par les sans domicile



**Figure 6c** : Utilisation globale des services sociaux par les sans domicile

## VIII. Prise en charge médicale

Ils sont seulement 40,4% à bénéficier d'un suivi médical et la même proportion à suivre un traitement, ce qui illustre la médiocrité de leur prise en charge.

Parmi les intégrés, 50% ont un suivi médical contre 28% parmi les non intégrés ( $p=0,021$ ). Les intégrés ont significativement plus fréquemment un suivi médical, et ont tendance à suivre plus souvent un traitement.

## IX. Addictions

La prévalence des addictions est élevée puisque 68,1% sont alcooliques, et 14,2% sont toxicomanes. Pour 53,3%, ils en souffraient avant de perdre leur logement.

Parmi les intégrés, 79,4% boivent de l'alcool contre 54% parmi les non intégrés ( $p=0,005$ ). Les intégrés sont significativement plus souvent alcooliques, et ont tendance à l'avoir été plus souvent avant la perte de leur logement.

Les résultats montrent une tendance pour les intégrés à une plus grande fréquence de suivi d'un traitement, une plus grande fréquence de l'existence d'une addiction antérieure à la perte de logement, et une plus grande fréquence du recours au 115, mais la taille de l'effectif ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs.

	Total		non intégrés (0-1 critère ; n=50)		intégrés (2-3 critères ; n=64)		p
	n	Pourcentage	n	%	n	%	
homme	114	89,5%	114	88,0%	90,6%	0,762	
âge entre 18 et 29 ans	108	12,0%	108	16,7%	8,3%	0,238	
âge supérieur à 35 ans	108	76,9%	108	68,8%	83,3%	0,107	
moyenne d'âge	108	46,01 (ET 12,9)	108	42,19	49,08	<b>0,005</b>	
sans abris (rue + métro + gare)	114	67,5%	114	72,0%	64,1%	0,127	
rue	114	57,0%	114	58,0%	56,3%	1,000	
métro	114	9,6%	114	12,0%	7,8%	0,531	
gare	114	0,9%	114	2,0%	0,0%	0,439	
squat	114	8,8%	114	8,0%	9,4%	1,000	
ami	114	3,5%	114	2,0%	4,7%	0,630	
foyer	114	23,7%	114	20,0%	26,6%	0,507	
hôtel	114	12,3%	114	8,0%	15,6%	0,261	
couple	113	5,3%	113	5,0%	6,3%	0,694	p global
groupe	113	14,2%	113	12,4%	15,6%	0,787	0,75
solitaire	113	80,5%	113	82,6%	78,1%	0,646	
marié	100	8,0%	100	10,0%	4,7%	0,296	p global
divorcé	100	28,0%	100	20,0%	28,1%	0,383	0,375
veuf	100	5,0%	100	2,0%	6,3%	0,383	
célibataire	100	59,0%	100	54,0%	50,0%	0,709	
enfants	114	33,3%	114	32,0%	34,4%	0,843	
soutien familial	113	17,7%	113	18,0%	17,5%	1,000	
soutien amical	114	39,5%	114	38,0%	40,6%	0,848	
français	114	60,5%	114	44,0%	73,4%	<b>0,002</b>	
a toujours vécu en France	113	58,4%	113	40,8%	71,9%	<b>0,001</b>	
qualification professionnelle	113	74,3%	113	68,0%	79,4%	0,197	
ouvrier	105	97,1%	105	97,7%	96,7%	1,000	
emploi actuel	114	8,8%	114	10,0%	7,8%	0,746	
<b>RMI</b>	114	28,9%	114	0,0%	51,6%	<b>0,000</b>	
<b>allocation</b>	114	15,8%	114	2,0%	26,6%	<b>0,000</b>	
<b>retraite</b>	114	6,1%	114	2,0%	9,4%	0,133	
Travail longue durée	114	3,5%	114	2,0%	4,7%	0,630	
Travail courte durée	114	3,5%	114	6,0%	1,6%	0,318	
mendicité	114	29,8%	114	42,0%	20,3%	<b>0,014</b>	
travail non déclaré	114	13,2%	114	14,0%	12,5%	1,000	
aucun	114	15,8%	114	32,0%	3,1%	<b>0,000</b>	
<b>couverture santé</b>	110	71,8%	110	36,2%	98,4%	<b>0,000</b>	
suivi médical	114	40,4%	114	28,0%	50,0%	<b>0,021</b>	
suivi d'un traitement	112	40,2%	112	30,0%	48,4%	0,055	
éthylisme	113	68,1%	113	54,0%	79,4%	<b>0,005</b>	
toxicomanie	113	14,2%	113	14,0%	14,3%	1,000	
addiction antérieure à perte logement	107	53,3%	107	42,6%	61,7%	0,054	
perte logement < 6 mois	107	8,4%	107	15,2%	3,3%	<b>0,038</b>	p global
6 mois < perte logement < 2 ans	107	21,5%	107	21,7%	21,3%	1,000	0,022
2 ans < perte logement < 5 ans	107	16,8%	107	17,4%	16,4%	1,000	
5 ans < perte logement < 10 ans	107	21,5%	107	28,3%	16,4%	0,159	
perte logement > 10 ans	107	31,8%	107	17,4%	42,6%	<b>0,006</b>	
Au moins 1 parmi services sociaux	114	78,9%	114	78,0%	79,7%	0,822	
Tous les services sociaux	114	7,0%	114	6,0%	7,8%	1,000	
Aucun service social	114	19,3%	114	20,0%	18,8%	1,000	
Aucun service social*	114	21,1%	114	22,0%	20,3%	0,820	
115	112	42,9%	112	32,7%	50,8%	0,058	
bains publics	113	45,1%	113	48,0%	42,9%	0,704	
vestiaires	113	28,3%	113	36,0%	22,2%	0,141	
entourage associatif	111	43,2%	111	45,8%	41,3%	0,700	
<b>domiciliation</b>	110	53,6%	110	25,0%	75,8%	<b>0,000</b>	
revenus issus prestations sociales	114	49,1%	114	4,0%	84,4%	<b>0,000</b>	
intégrés	114	56,1%					

\* si les données manquantes sont considérées comme 0 ; ex : 115=NR --> pas de 115

**Tableau 3** : Comparaison des facteurs de socialisation avec l'intégration

## DISCUSSION

La population des sans domicile de cette étude est essentiellement masculine, et relativement âgée. L'isolement social y est prépondérant. Il y a une forte proportion d'étrangers. La grande majorité a une qualification professionnelle, essentiellement comme ouvrier ou employé, mais la proportion de ceux qui ont un emploi actuellement est très faible. La très grande majorité a une source de revenu, essentiellement issu de prestations sociale (RMI, allocation ou retraite) et de la mendicité. Leur accès et recours aux soins est médiocre, et l'alcoolisme est prédominant. Ils ont perdu leur logement depuis longtemps. Une part non négligeable d'entre eux n'utilise aucun des services sociaux (115, bains publics, vestiaires, entourage associatif). Contrairement à une idée préconçue, la moitié des sans domicile consultant au service d'accueil des urgences est intégrée.

Les intégrés sont plus âgés, plus souvent de nationalité française, ont moins recours à la mendicité, ont plus souvent un suivi et un traitement médical, sont plus souvent alcooliques et ce avant la perte de leur logement, qu'ils ont perdu depuis plus longtemps que les non intégrés.

### I. Comparaison avec les données de la littérature

Le profil de la population des sans domicile de cette étude diffère quelque peu de celle des sans domicile de l'agglomération parisienne.

Dans l'agglomération parisienne (qui regroupe 396 communes et 90% de la population francilienne), les sans abris sont deux fois plus nombreux que dans le reste de la France (12% contre 6%, en 2001), les étrangers 3 fois plus nombreux (42% contre 14%), l'Île-de-France étant la première région d'accueil des immigrants. Par ailleurs, 35% ont un emploi contre 25% dans le reste de la France. 11% y vivent en couple contre 15% dans le reste de la France (78).

Dans notre étude, les sans domicile dorment beaucoup plus souvent dehors (« sans abri »), puisque c'est le lieu de vie cité dans 67,5% des cas. Pourtant, un quart des centres d'hébergement et la moitié des places d'hébergement en urgence de l'agglomération parisienne sont dans la ville de Paris. Mais ces structures sont malgré tout saturées, et sont

beaucoup plus grandes dans Paris, avec les désagréments que cela comporte, ce qui peut être à l'origine d'une proportion plus importante de non recours (78). En effet, les données de la littérature soulignent l'importance du phénomène de « non recours » lié à l'inadaptation des structures d'hébergement, puisque la moitié de ceux qui dorment dans la rue ne veut pas se rendre dans un centre (30). Les principales raisons évoquées sont :

- la particularité de certaines situations, comme le fait de ne pas vouloir être séparé de son conjoint, de son animal de compagnie, de ses enfants, ou la crainte des institutions (notamment pour les sans-papier, les personnes ayant des problèmes avec la justice ou ayant été placées dans l'enfance) ;

- les préférences individuelles, comme le rejet de la vie en collectivité, le refus d'être assimilé à d'autres sans abri ;

- l'inadaptation de la prise en charge : l'insalubrité et l'insécurité des centres, la privation de liberté (horaires rigides, interdiction de recevoir des invités, de choisir son lit et ses voisins), le sevrage imposé pour les alcooliques sans traitement préventif du *delirium tremens*. Les prestations élémentaires, telles que le sommeil (facteur de décompensation de pathologie psychiatrique), n'y sont pas garanties. Il faut noter que même dans ces centres dits « ouverts », l'entrée est soumise à sélection et dépend du bon vouloir du gardien, qui bloque le passage notamment en cas d'ivresse (ce qui peut se comprendre si l'objectif est le repos et la sécurité des autres, mais ne doit pas s'envisager en l'absence de structures dédiées aux personnes ivres ou ayant des troubles du comportement) (44).

Dans notre étude, une part importante d'entre eux (44%) cite en plus la non connaissance du dispositif et son indisponibilité (absence de place, non joignable).

La proportion d'étrangers est identique, la proportion de sans domicile de longue durée également, puisque 70% d'entre eux ont perdu leur logement depuis plus de 2 ans. La proportion de sans domicile étant ouvrier ou employé est identique, cependant ils sont 4 fois moins nombreux à avoir un emploi au moment de l'étude. La proportion de femme y est trois fois moins importante, de même que la proportion de jeunes de moins de 30 ans (ce qui est cohérent puisque la plupart des femmes sans domicile ont moins de 25 ans). Le nombre de sans domicile vivant en couple est aussi deux fois plus faible. Ces différences peuvent s'expliquer par la possible évolution de cette population durant le laps de temps écoulé (8 ans) entre les deux recueils de données. Une autre explication est la position

géographique très particulière de l'Hôtel-Dieu (où a eu lieu la majorité des inclusions), dans Paris *intra muros* et en plein centre touristique, qui constitue donc un lieu de vie moins favorable pour les familles et les femmes jeunes, les liens sociaux et le réseau d'entraide étant plus rares du fait de l'anonymat lié aux grandes villes. Les offres d'emploi sont aussi beaucoup moins fréquentes dans le centre de Paris qu'en périphérie, où il est plus facile par exemple de trouver un travail temporaire sur un chantier, souvent non déclaré, et où là encore le réseau d'entraide peut faciliter les choses.

Les résultats de cette étude sont toutefois à pondérer du fait de l'existence d'un certain nombre de biais. L'exclusion de l'étude des non francophones sous-estime grandement la proportion de sans domicile étrangers. Malgré cela, ils sont nombreux dans cette étude, ce qui souligne leur importance. Quant à ceux qui sont arrivés dans un état d'ivresse tel qu'ils étaient incapables de répondre au questionnaire, on peut se demander dans quelle proportion leur exclusion a modifié le profil des intégrés.

## **II. Difficultés d'étude**

La réalisation de ce type d'étude dans un service d'accueil des urgences est soumise à de nombreuses difficultés. Il s'agit d'un endroit impersonnel, où le temps est compté. Malgré tout, il faut prendre le temps de s'adapter à celui du sans domicile, le laisser parler à son rythme sans le brusquer, ce qui peut être délicat dans un lieu dédié à « l'urgence ». Il faut imaginer la difficulté pour un sans domicile, habitué à ce que les gens ne lui adressent pas la parole ni ne l'écoutent, à ne pas être regardé ni même vu, de se retrouver soudain dans une salle d'examen avec un inconnu qui le regarde en face et lui pose des questions très intimes, et l'écoute. Au fur et à mesure de l'entretien, certains prennent confiance et même un certain plaisir à raconter leur vie, à parler et être enfin écoutés avec attention, et c'est alors délicat de mettre un terme à l'entretien parce que l'on a obtenu toutes les réponses à nos questions, et que la salle d'attente est pleine d'autres patients. Pour d'autres, cette introspection forcée est source de souffrances et d'autant plus mal vécue que l'enchaînement de questions les met petit à petit face au bilan de leur vie, qui se résume à une accumulation d'échecs.

### III. Inadaptation du dispositif d'aide aux sans domicile

L'analyse du profil des intégrés soulève de nombreuses questions. Le fait qu'ils soient plus âgés est cohérent avec leur plus longue durée de sans abris. Plus leur durée de vie en tant que sans domicile augmente, plus nombreux sont leurs contacts avec les services sociaux et d'aide aux sans domicile, et par conséquent ils finissent tant bien que mal par acquiescer les aides sociales permettant leur intégration.

En effet, les démarches pour y parvenir sont fastidieuses et rébarbatives. Pour les sans domicile, obtenir leurs droits élémentaires et les maintenir ouverts nécessite de plus en plus de rendez-vous, de démarches bureaucratiques complexes et de justificatifs, souvent irréalisables seuls du fait de leur mode de vie (l'itinérance voir l'errance, l'état de santé, la carence de ressources financières, les vols à répétitions). Les files d'attente se succèdent pour rencontrer un travailleur social, manger, dormir dans un foyer, voir un médecin. Le manque de sommeil et l'inversion du cycle nyctéméral met les personnes dans des temporalités en inadéquation avec les horaires des administrations auprès desquelles elles doivent faire leurs démarches, et des associations qui pourraient leur offrir des services(28).

De plus, se réinsérer signifie abandonner les stratégies de survie de la rue pour celles du milieu de l'assistance, qui semblent de premier abord moins attractives : les démarches administratives sont longues et n'apportent pas de bénéfice immédiat. Or les personnes qui ont vécu longtemps à la rue vivent au jour le jour, et ne sont pas en mesure de se projeter dans l'avenir et de faire preuve de l'endurance nécessaire. C'est aussi une démarche risquée puisque cela implique de quitter ses compagnons de rue, au risque, si la démarche échoue, de souffrir d'un nouvel isolement.

Au regard de tous ces obstacles, il n'est pas étonnant que les non intégrés soient aussi plus souvent étrangers, pour qui la plus grande méconnaissance des services d'aide et les difficultés à obtenir des papiers (première étape indispensable à l'ouverture de droits) se greffent à ce parcours du combattant. Ils ont aussi plus souvent recours à la mendicité, faute de revenu issu de prestation sociale.

Ainsi donc, les sans domicile intégrés ont toutes les aides permettant (en théorie et selon l'état actuel du système d'aide aux sans domicile) leur réinsertion et leur retour à un logement, et pourtant, force est de constater qu'ils sont toujours sans domicile. Les 3

critères que nous avons choisi ne suffisent donc pas à refléter l'intégration sociale des sans domicile.

L'une des explications est que cette étude ne prend en compte, par définition, que les sans domicile ; on perd alors ceux qui ont franchi l'étape suivante de la réintégration, les ex-sans domicile intégrés ayant par la suite retrouvé un logement, qui disparaissent alors des effectifs.

L'autre explication réside dans l'inadaptation du système d'aide à une partie des sans domicile. En effet, il est surprenant que les intégrés soient plus alcooliques que les non intégrés (même si les chiffres sont élevés dans les deux groupes), l'éthylisme ne facilitant pas la réalisation des démarches de réinsertion. Ceci étant, les intégrés, qui sont plus alcooliques, sont aussi mieux suivis d'un point de vue médical (ne serait-ce que par leur plus grande fréquentation des services d'urgences, mais aussi dans le cadre de consultations), et de ce fait probablement mieux encadrés pour acquérir les aides sociales. D'autre part, ils étaient alcooliques avant de perdre leur logement, et bien que peu d'entre eux identifient l'alcool comme responsable de leur situation, le lien de causalité est évident, et malheureusement cette addiction et le déni de ses conséquences restent un obstacle majeur à leur réinsertion. On ne peut espérer réinsérer un alcoolique qui continue à boire, alors même que c'est la raison de sa désinsertion. Inversement, il semble illusoire d'espérer sevrer un alcoolique dans l'environnement délétère et dépressif que constitue la rue, alors que ce sevrage s'est avéré impossible avant, lorsqu'il était dans de meilleures conditions (présence d'un entourage familial et amical, d'un emploi, d'un logement). La situation semble alors inextricable, et reflète l'inadaptation du système : malgré l'obtention de toutes les aides sociales définissant l'intégration, cette sous population particulièrement vulnérable des sans domicile ne peut accéder à un logement selon le parcours habituel de réinsertion, et se trouve alors reléguée à la rue de façon chronique.

Cette constatation est à l'origine de la création d'un nouveau dispositif, basé sur la réinsertion par le logement. En 1997, pour sortir les grands exclus de la rue et de l'hébergement, sont créées sur le modèle New Yorkais du Housing first, les maisons-relais. C'est une forme d'habitat durable, offrant à la fois l'indépendance d'un logement autonome et la sécurité ainsi que la convivialité d'une vie collective, permettant aux sans domicile de se

réinsérer à leur rythme, et ne nécessitant pas d'investissement de leur part (79,80). Ce logement, qui s'intègre dans un programme d'accompagnement sur un modèle de santé communautaire et avec une équipe pluridisciplinaire, a fait ses preuves (81,82).

Fournir un logement stable à long terme aux membres les plus vulnérables de la société (les sans domicile chroniques les plus malades, ceux qui ont de graves troubles psychiatriques, un alcoolisme important ou une addiction sévère) permet une amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie (83) (obtention d'un emploi, majoration du revenu, diminution ou arrêt de leur consommation d'alcool ou de drogue) (13,14).

Cela entraîne aussi une importante diminution (de 30 à 75%) des coûts qu'ils engendrent en frais de justice et de santé (incarcérations, centres d'hébergement et de réinsertion, hospitalisations et durées de séjour, centres de désintoxication, services d'urgences) (15,16). Cet élément est non négligeable puisqu'il influe sur la mise en œuvre de politiques de santé, les pouvoirs publics étant sensibles aux arguments économiques (81).

En revanche tous ces bénéfices diminuent voire disparaissent si les membres sont peu vulnérables ou s'ils quittent ce logement (84). Cela montre bien l'intérêt d'évaluer les sans domicile afin d'identifier les plus vulnérables, ceux qui bénéficieront donc le plus du Housing first (85-89).

#### **IV. Evolutions du dispositif**

La mise en évidence des nombreuses failles de l'actuel dispositif d'aide aux personnes sans domicile a été à l'origine de la mise en place d'un certain nombre de nouvelles mesures pour y remédier.

91% des sans domicile de cette étude n'ont pas d'emploi et ce depuis 9 ans en moyenne, et 15% ont perdu leur logement suite à la perte de leur emploi. Dans le cadre de l'emploi, deux dispositifs ont donc été créés afin de permettre aux personnes éloignées de l'emploi bénéficiant de la solidarité nationale de reprendre une activité professionnelle et de sortir des logiques d'assistanat. Le RSA (Revenu de Solidarité Active, créé en 2009 et qui remplace désormais le RMI) et les contrats aidés (créés dans le cadre du Plan de cohésion sociale) ont fait preuve de leur efficacité, avec notamment pour le RSA une progression

significative du taux de retour à l'emploi de 30% dans la population générale (le RSA garanti un revenu minimum équivalent au RMI aux personnes qui ne travaillent pas, et un complément de revenu plus intéressant et de plus longue durée qu'avec le RMI aux personnes qui retrouvent un emploi).

Les sans domicile passent la nuit dans un centre d'hébergement dans seulement 23,7% des cas. Dans le secteur de l'hébergement et du logement social, le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile a connu une progression quantitative et qualitative très importante sous l'impulsion de trois plans successifs : le plan triennal en 2006, le plan d'action renforcé en faveur des personnes sans abri (PARSA) en 2007 (associé à la loi DALO qui instaure le Droit Au Logement Opposable), et le plan « Pinte » en 2008.

Cela s'est manifesté par une forte progression de la construction de logement sociaux et le développement des services de la veille sociale, avec pérennisation des mesures du plan hivernal. Malgré tout, le dispositif d'accueil présente encore des besoins d'ajustements géographiques (les recours à l'hébergement en hôtel représentent encore 12,3% des cas).

L'amélioration qualitative concerne notamment l'application du principe de continuité de la prise en charge dans les centres d'hébergement d'urgence qui fonctionnent pour la plupart désormais nuit et jour sans interruption, avec suppression de toute notion de durée maximale de séjour, la création de l'hébergement de stabilisation, le renforcement de l'accompagnement social dans l'hébergement d'urgence (au moins un poste de travailleur social pour 20 places).

Dans le cadre de la mise en place du Grand chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri et mal logées, des objectifs ambitieux seront poursuivis pour réformer le dispositif d'hébergement :

- 12% des sans domicile ont perdu leur logement suite à un problème de santé handicapant, 8% suite à un problème d'argent et 5% suite à un conflit avec le propriétaire, 5% suite à la sortie de prison, 2% suite à la sortie de l'aide sociale à l'enfance. Il ne faut plus les condamner à la rue : il s'agit de mettre en place des politiques actives de prévention des expulsions locatives, de proposer à toute personne sortant de l'hôpital, de prison ou d'une

structure relevant de la protection de l'enfance, une solution d'hébergement ou de logement adaptée. 68,1% des sans domicile ont une addiction à l'alcool, 14,2% sont toxicomanes et 5% ont perdu leur logement suite à un problème psychiatrique. Il est donc prévu d'élargir les compétences et de renforcer les moyens des PASS et des équipes mobiles psychiatriques. Mais cela semble insuffisant, il est absolument indispensable d'améliorer, dans la population générale et avant l'apparition de toute désocialisation, la prise en charge des troubles psychiatriques et des addictions, qui sont très fréquemment pourvoyeurs de rupture sociale, et précipitent ces patients extrêmement vulnérables dans la rue. Dès lors, leur état s'aggrave de façon dramatique du fait de ce mode de vie et de l'absence de suivi psychiatrique ou de sevrage réalisables, les condamnant à rester dans la rue et à y mourir, violemment et très prématurément.

- 57% des sans domicile ne veulent pas recourir au 115 et à l'hébergement. Il faut leur permettre de sortir de la rue en offrant des solutions dignes, grâce à l'amélioration des conditions de financement et de fonctionnement des centres d'hébergement : accompagnement social, humanisation (extension des horaires et suppression des dortoirs), rénovation, sécurité.

- 56% des sans domicile bénéficient des aides sociales permettant de retrouver un logement, mais restent paradoxalement sans domicile, et pour 42,6% d'entre eux depuis plus de 10 ans. 79,4% d'entre eux souffrent d'une addiction à l'alcool. A côté du logement social classique, seront donc développées d'autres formes de logement adaptées aux besoins spécifiques des différents publics : résidences sociales, maisons relais et résidences d'accueil pour d'anciens sans domicile ou des personnes ayant un handicap psychique (dont une addiction) (90).

39,5% des sans domicile sont étrangers, et ils sont plus souvent non intégrés que les Français. Ce point, plus litigieux, ne fait pas l'objet de politique de prévention. Les pouvoirs publics luttent activement contre l'immigration, notamment en complexifiant les démarches d'obtention de papiers, arguant qu'il est coûteux de fournir des aides sociales aux étrangers, les reléguant alors à la rue, sans possibilité d'insertion. Pourtant, en dehors de toute considération sur l'aspect anti social de cette attitude, il serait souhaitable de la remettre en question, les études montrant bien le surcoût associé à la précarité et au sans abris.

70,1% des sans domicile ont perdu leur logement depuis plus de 2 ans. Concernant la sortie du sans abris, nous l'avons vu, de nouvelles mesures sont mises en place afin de corriger les insuffisances de l'actuel dispositif, avec notamment l'amélioration des conditions d'hébergement et de l'accompagnement social dans les centres d'hébergement d'urgence et l'augmentation de leurs places, et la construction en nombre de logements sociaux. Si la dualisation de la prise en charge des différents publics persiste, elle semble néanmoins désormais adaptée : les sans domicile qui sont peu désocialisés et aptes à se réinsérer via le parcours habituel se verront toujours proposer cette solution (obtention des aides sociales, puis aide à l'obtention d'un emploi puis d'un logement). *A contrario*, les sans domicile très désocialisés (qui ne représentent que 15% des sans domicile), qui étaient jusqu'alors exclus de ce parcours et relégués à la rue et aux centres d'hébergement d'urgence sans perspective d'évolution, seront dirigés directement vers les nouvelles structures de logement stable, où ils pourront se réinsérer à leur rythme, ce qui aura un impact positif sur leur état de santé (91). En effet, même si les pouvoirs publics tentent d'améliorer l'accès aux soins des sans domicile, il est illusoire d'espérer ainsi, par cette seule mesure, réduire leur morbidité. L'amélioration de l'état de santé des sans domicile passe obligatoirement par l'amélioration de leur condition sociale, le logement étant un déterminant essentiel de santé.

## **V. Rôle des services d'accueil des urgences**

Les sans domicile mettent du temps à obtenir les différentes aides sociales, faute de contact avec les services dédiés. Leur passage aux urgences doit donc être mis à profit pour améliorer leur prise en charge sociale, notamment pour les plus désocialisés, afin d'éviter leur relégation chronique à la rue.

Pour ce faire les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) doivent être formées au repérage des personnes sans domicile et doivent pouvoir déclencher la procédure d'appel d'une équipe de liaison médico-sociale, qui pourra faire une évaluation de la situation et proposer des stratégies d'accompagnement. Cette fonction devra se coordonner avec l'équipe de la PASS, et peut même constituer une de leur attribution supplémentaire. Ce repérage passe par l'adoption d'une caractérisation univoque et synthétique des conditions

de logement de toutes les personnes reçues à l'hôpital, et son recueil systématique. Le Rapport sur la santé des personnes sans chez soi, préconise également d'établir des conventions entre les hôpitaux et les CPAM pour permettre une ouverture de droit en urgence pour toutes personnes ayant des droits potentiels, et la création de « Maisons d'accompagnement, de liaison et de suivi sociosanitaire » (MALISS) qui auront pour fonction l'accompagnement, le lien, le suivi et la coordination des soins pour les personnes sans domicile, et assureront une fonction d'accueil téléphonique et physique.

A titre d'exemple, le réseau toulousain qui a développé depuis 2006 une collaboration entre les urgences du CHU et le dispositif médico-social d'aval a pu proposer à 22% des personnes intégrées dans le réseau une solution de logement stable à 2 ans, et parmi elles 7% ont trouvé une solution définitive adaptée à leur situation (28).

Ceci étant, en attendant la mise en place de ces nouveaux dispositifs et notamment des équipes de liaison, au vu des résultats de cette étude, on peut suggérer un repérage plus fin dès l'entretien avec l'IAO, ciblant les sans domicile les plus à risque, pour lesquels il faut absolument appeler l'assistante sociale (AS). Outre les informations relatives au logement, il serait souhaitable de préciser leur situation vis-à-vis des aides sociales : ont-ils des papiers, une domiciliation, des prestations de type RSA ou allocation, une couverture sociale ? Sont-ils étrangers, éthyliques ? L'avantage des critères relatifs aux aides sociales réside dans le fait qu'ils sont impersonnels, ce sont des données administratives, plus faciles à recueillir que le statut d'alcoolique ou d'étranger qui a une connotation péjorative.

On peut schématiser le circuit suivant : pour toute personne se présentant au service d'accueil des urgences, l'IAO doit absolument recueillir, de façon systématique, sa situation vis-à-vis du logement selon une classification déterminée (**organigramme**).

Pour les personnes identifiées comme étant sans domicile, elle doit alors préciser la situation vis-à-vis des aides sociales (papiers ; domiciliation, RSA ou allocation, couverture sociale).

Si la personne n'a pas ou peu d'aide sociale (c'est-à-dire pas de papier, ou 0 ou 1 élément parmi : domiciliation, RSA ou allocation, couverture sociale), elle doit appeler l'AS immédiatement, afin de mettre en place les aides sociales de base.

Si la personne a des aides sociales, elle doit alors rechercher une addiction à l'alcool, qui si elle est présente, doit là encore motiver l'appel de l'AS, afin cette fois de proposer plutôt une réinsertion par le logement dans une structure de type maison-relais.

Si la personne n'a pas d'addiction, elle doit alors préciser sa nationalité.

Si la personne est étrangère, il faut là encore appeler l'AS, mais surtout afin de faire le point sur la situation : pourquoi cette personne qui bénéficie des aides sociales et n'est pas éthylique, reste-t-elle sans domicile ? Un problème médical mal pris en charge empêche-t-il sa réinsertion (trouble psychiatrique ou physique empêchant de retrouver un emploi et un logement) ? Ou s'agit-il d'un problème lié directement à son statut d'étranger (tel que la discrimination ou la non-connaissance de la langue française) ? La prise en charge doit dans ce cas être beaucoup plus fine.

Si la personne n'est pas étrangère, elle peut alors quitter le service d'accueil des urgences sans avoir vu l'AS. En effet, n'ayant aucun facteur péjoratif de désocialisation, elle devrait pouvoir se réinsérer *via* le parcours habituel.

Le repérage des sans domicile les plus vulnérables doit donc motiver immédiatement, dès l'IAO, un appel à l'AS, et ces patients ne doivent pas repartir du service d'accueil des urgences sans l'avoir vue. Ces informations sont rapides à obtenir, quelques minutes suffisent. Concernant les patients sans domicile non francophones ou en état d'ébriété important, le recueil de toutes ces données s'avère souvent impossible à l'IAO, mais n'est finalement pas nécessaire à ce moment-là, puisque le simple fait d'être sans domicile et étranger ou éthylique suffit à déclencher l'appel de l'AS. Bien entendu, l'entretien n'aura lieu qu'une fois que la personne aura dégrisé et si possible en présence d'un interprète (qui doit être recherché dès l'IAO), mais il est nécessaire que l'assistante sociale soit prévenue dès l'arrivée à l'IAO même si la personne n'est pas en état d'être interrogée sur le moment (elle sera alors recontactée quand les conditions d'entretien seront correctes).

Cette prise en charge s'apparente à celle des patients psychiatriques qui arrivent en état d'ébriété, que l'on hospitalise en attente de dégrisement et qui s'entretiennent après avec le psychiatre.

Il serait souhaitable d'inclure dans le système informatique une alarme, de sorte qu'on ne puisse ni conclure le dossier ni valider la sortie en l'absence d'une validation de l'AS

(afin d'éviter de laisser repartir le sans domicile, après dégrisement notamment, en ayant oublié de prévenir l'assistante sociale).

Se pose évidemment le problème de leur passage dans le service d'accueil des urgences la nuit, en dehors des horaires de présence de l'assistante sociale. On peut alors leur proposer un hébergement pour la nuit et un repas dans le service (comme cela se fait souvent l'hiver), afin de les inciter à rester jusqu'à l'arrivée de l'assistante sociale, et ne pas les reléguer une fois de plus à la rue.

Désormais, les services d'accueil des urgences ne doivent plus se limiter aux soins médicaux, ils ont un rôle majeur d'observatoire de la santé publique, de dépistage, d'information et de prévention mais également d'intervention notamment d'urgence, que ce soit sur le plan médical mais également social, et par conséquent une de leurs missions doit être l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des plus démunis.

# Logement

## Sans domicile

- Personnes dormant dehors
- Personnes en hébergement d'urgence
- Personnes occupant des hébergements pour sans domicile
- Personnes vivant en institutions (établissements de santé, institutions carcérales)
- Personnes occupant des logements non classiques à la suite d'un manque de logements (caravanes, structure temporaire)
- Personnes sans domicile vivant à titre temporaire dans un logement classique avec de la famille et des amis (à la suite de l'absence de logement)

## Domicile personnel

**Aides sociales ?**

Oui

Papiers

Non

- Domiciliation
- RSA ou allocation
- Couverture sociale

0 ou 1 parmi les 3

**AS**

Mise en place des aides sociales de base

**Ethylisme ?**

Oui

**AS**

Proposer une réinsertion par le logement

Non

**Etranger ?**

Oui

**AS**

Etude approfondie de la situation

Non

Sortie du SAU

## CONCLUSION

Les facteurs de socialisation effectivement prédictifs d'une meilleure intégration sociale, et donc d'une meilleure connaissance des aides sociales par une plus grande fréquence des contacts avec les services sociaux, sont le fait d'être plus âgé et d'avoir perdu son logement depuis plus de 10 ans, d'être de nationalité française, de ne pas avoir recours à la mendicité, d'avoir un suivi médical, d'être alcoolique.

Ceci étant, le fait d'être intégré c'est-à-dire de bénéficier des différentes aides sociales destinées aux sans domicile afin de faciliter leur réinsertion, ne permet pas pour autant de retrouver un logement, loin s'en faut, ce qui met en évidence les failles de l'actuel dispositif de prise en charge des sans domicile, notamment des plus vulnérables (ceux qui présentent des troubles psychiatriques ou une addiction), pour lesquels il faut absolument améliorer la prévention, et pour lesquels le parcours usuel de réinsertion *via* les aides sociales puis l'emploi étant inadapté, il faut proposer une réinsertion par le logement.

Un autre élément est l'importance de la durée de vie passée sans domicile avant d'acquérir enfin les aides sociales, témoin d'une insuffisance de contacts entre ces populations et les services qui leur sont dédiés. Le passage des sans domicile au service d'accueil des urgences devrait donc être mis à profit pour leur proposer, systématiquement, une prise en charge sociale. A défaut de moyens suffisants pour l'instant, cette prise en charge doit absolument être proposée de façon préférentielle à ceux qui n'ont pas ou peu de droits ouverts, et aux membres les plus vulnérables, ceux qui sont étrangers, ou qui ont une addiction. L'amélioration de leur état de santé n'est envisageable que par l'amélioration de leur condition sociale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Pierrette Briant, Nathalie Donzeau. Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. Insee Première. 2011 Jan;(1330).
2. Cécile Brousse, Bernadette de la Rochère, Emmanuel Massé. Hébergement et distribution de repas chauds. Le cas des sans-domicile. Insee Première. 2002 Jan;(823).
3. Marie-Thérèse Join-Lambert. Une enquête d'exception. Économie et Statistique. 2006;(391-392):3-14.
4. L'urgence sociale : une problématique qui s'aggrave et exige une attention urgente. Rapport thématique 2005 de la FEANTSA. FEANTSA; 2005.
5. Nicole Maestracci, Christine Boutin, Martin Hirsch, Agathe Schvartz, Marc-David Seligman. Fiche bibliographique n°12 : Synthèse des études sur les dimensions sociologique et anthropologique du phénomène : facteurs explicatifs, modes de vie et trajectoires de sortie. 2007.
6. Murielle Monrose. Les contacts familiaux et amicaux des personnes sans domicile. Études et Résultats, DREES. 2004 Mai;(311).
7. Bernadette de la Rochère. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. Insee Première. 2003 Avr;(893).
8. Wood D, Valdez RB. Barriers to medical care for homeless families compared with housed poor families. Am. J. Dis. Child. 1991 Oct;145(10):1109-1115.
9. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults : a national study. Am J Public Health. 2010 Juil;100(7):1326-1333.
10. Accès aux soins des plus démunis en 2010. Médecins du Monde; 2010.
11. Georges Fahet, Françoise Cayla. Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne. Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées; 2007.
12. Equipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans abri à Marseille. Premières données et premières analyses. 2009 Jan;
13. Iain De Jong. What "housing first" means to people housed under Toronto's Streets to Homes program. Preliminary Findings of 2007 post-occupancy research. Shelter, Support and Housing Administration Division; 2007.
14. Carrie Baptist. Housing First : The best bet to end homelessness [Internet]. Rabble. 2010 Avr 5; Available from: <http://www.rabble.ca/news/2010/04/housing-first-best-bet-end-homelessness>
15. Mitka M. Chronic homeless in intervention spotlight. JAMA. 2006 Mai 24;295(20):2344-

2345.

16. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA*. 2009 Mai 6;301(17):1771-1778.
17. Laurent Chambaud. La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri - Rapport définitif. Inspection générale des affaires sociales; 2007.
18. Joseph Wresinski. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. Conseil Économique et Social; 1987. Available from: [http://www.atd-quartmonde.fr/IMG/pdf/WRES\\_JO87-2.pdf](http://www.atd-quartmonde.fr/IMG/pdf/WRES_JO87-2.pdf)
19. Sass. Le score EPICES : un outil pour mieux identifier les personnes en situation de précarité. 2006.
20. Cécile Brousse. L'enquête sans domicile 2001. 1ère partie : définition de la population sans domicile et choix de la méthode d'enquête. *Insee-Méthodes*. 2006;(116):15-27.
21. Nicole Maestracci, Christine Boutin, Martin Hirsch, Agathe Schwartz, Marc-David Seligman. Fiche bibliographique n°1 : Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? 2007.
22. Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2001. Direction générale de l'emploi et des affaires sociales; 2002.
23. L'état du mal logement en France. Rapport annuel 2010 [Internet]. Fondation Abbé Pierre; Available from: <http://www.fondation-abbe-pierre.fr>
24. Maryse Marpsat. Les personnes sans domicile à Paris : Les résultats du programme de recherche de l'INED. 2002 Mar;
25. Jean-Marie Firdion, Thérèse Lecomte, Maryse Marpsat, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi. Vie et santé des personnes sans domicile à Paris. INED; 1995.
26. Cécile Brousse, Bernadette de la Rochère, Emmanuel Massé. Hébergement et distribution de repas chauds. Qui sont les sans-domicile usagers de ces services. *Insee Première*. 2002 Jan;(824).
27. Emmanuelle Guyavarch<sup>1</sup>, Erwan Le Méner<sup>2</sup>. A Paris, de plus en plus de familles sans domicile. *Le magazine de la FEANTSA*. 2010 automne;;19-21.
28. Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin. La santé des personnes sans chez soi. 2009.
29. Nicole Maestracci, Christine Boutin, Martin Hirsch, Agathe Schwartz, Marc-David S. Fiche bibliographique n°5 : Les jeunes sans domicile. 2007.

30. Pascal Arduin, Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat, Martine Quaglia, Nicolas Razafindratsima. L'enquête sans-domicile 2001. 6ème partie : Les enquêtes complémentaires. Insee-Méthodes. 2006;(116):193-211.
31. Marie Avenel, Julien Damon. Les contacts avec les intervenants sociaux des sans-domicile usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds. Études et Résultats, DREES. 2003 Déc;(277).
32. Lucile Richet-Mastain. Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record. Insee Première. 2007 Jan;(1118).
33. J. Damon. La question SDF.
34. Laurent Mucchielli. Clochards et sans-abri : actualité de l'oeuvre d'Alexandre Vexliard. Revue française de sociologie. 1998;:105-138.
35. Nicole Guedj, Xavier Emmanuelli. Les Actes des états généraux des SDF. 2009.
36. Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2004. Direction générale de l'emploi et des affaires sociales; 2004.
37. Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness : evidence from a population-based study. Psychiatr Serv. 2009 Avr;60(4):465-472.
38. Hélène Chamboredon, Carlos Portas. Franciliens sans domicile : un sur trois est sans logement depuis plus d'un an. Insee Ile-de-France. 2005 Déc;(259).
39. Bernadette de la Rochère. Les sans-domicile ne sont pas coupés de l'emploi. Insee Première. 2003 Oct;(925).
40. Nicole Maestracci, Christine Boutin, Martin Hirsch, Agathe Schwartz, Marc-David Seligman. Fiche bibliographique n°7 : Les dispositifs existant concernant la chaîne allant de la rue au logement. 2007.
41. Christian Descheemaeker. Rapport d'observations définitives GIP SAMU Social de PARIS. Chambre régionale des comptes; 2006.
42. Rapport annuel 2009 : L'hébergement et l'accès au logement. La modernisation des organismes de sécurité sociale. Inspection générale des affaires sociales;
43. Aymeric Pontier. Les chiffres de la crise du logement en France. 2011 Fév;
44. Nicole Maestracci, Christine Boutin, Martin Hirsch, Agathe Schwartz, Marc-David Seligman. Fiche bibliographique n°9 : Les relations entre les sans-abri et les services d'aide qui leur sont destinés. 2007.
45. Jean-Louis Pan Ké Shon. Isolement relationnel et mal-être. Insee Première. 2003 Nov;(931).

46. Claude Jaffiol, Denise Vanneraud. Liens entre précarité et santé. Conférence de l'Académie de médecine Montpellier;
47. Moulin, Labbe, Sass. Précarité et facteurs de risque : le score EPICES. Revue francophone de psycho-oncologie. 2006;5(2):115-121.
48. Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi. Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. CREDES; 1996.
49. Rapport conjoint 2009 sur la protection sociale et l'inclusion sociale. Direction générale de l'emploi et des affaires sociales; 2009.
50. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. JAMA. 2001 Jan 10;285(2):200-206.
51. Lidor AO, Gearhart SL, Wu AW, Chang DC. Effect of race and insurance status on presentation, treatment, and mortality in patients undergoing surgery for diverticulitis. Arch Surg. 2008 Déc;143(12):1160-1165; discussion 1165.
52. Bindman AB, Chattopadhyay A, Auerback GM. Interruptions in Medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions. Ann. Intern. Med. 2008 Déc 16;149(12):854-860.
53. Wen CK, Hudak PL, Hwang SW. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. J Gen Intern Med. 2007 Juil;22(7):1011-1017.
54. Millot. Précarité et alcool : motifs de consultation aux urgences de l'hôpital St Antoine. 2006;
55. Despres C, Guillaume S. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La Documentation française. 2009 Juil;
56. Raven MC, Billings JC, Goldfrank LR, Manheimer ED, Gourevitch MN. Medicaid patients at high risk for frequent hospital admission : real-time identification and remediable risks. J Urban Health. 2009 Mar;86(2):230-241.
57. L. Meynaud-Kraemer, P. Perrin, M.J. Fourriere. Le coût de la précarité lors des hospitalisations de court séjour des patients adultes.
58. Caryn Mathy, Max Bensadon. L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1999.
59. Emmanuelle Communier. Etude Précarité 2001 [Internet]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation; 2001. Available from: <http://www.atih.sante.fr>
60. Holstein, Farge, Taright. Lien précarité - durée et complexité des séjours hospitaliers en

- secteur de court séjour. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2009 Juin;57(3):205-211.
61. Médecin du monde. Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. 2008.
  62. Antoine D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. :2008.
  63. Samu social de Paris, Rapport d'activité 2008.
  64. D'Amore J, Hung O, Chiang W, Goldfrank L. The epidemiology of the homeless population and its impact on an urban emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001 Nov;8(11):1051-1055.
  65. Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité. État de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. *Économie et statistique*. 2006;(391-392):123.
  66. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries : systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008 Déc 2;5(12):e225.
  67. Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Nov;34(11):580-587.
  68. Laporte, Chauvin, Le MénerA. La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Île-de-France. *Observatoire du SAMU social de Paris et INSERM*. 2010 Jan;
  69. Espérance de vie de la population Française. Insee; 2009.
  70. Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL. Mortality among homeless shelter residents in New York City. *Am J Public Health*. 1999 Avr;89(4):529-534.
  71. Hibbs JR, Benner L, Klugman L, Spencer R, Macchia I, Mellinger A, et al. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N. Engl. J. Med*. 1994 Aoû 4;331(5):304-309.
  72. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*. 2003 Juil 12;327(7406):81.
  73. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality : results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009 Juin;38(3):877-883.
  74. Hwang SW. Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 2000 Avr 26;283(16):2152-2157.
  75. Hwang SW, Orav EJ, O'Connell JJ, Lebow JM, Brennan TA. Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann. Intern. Med*. 1997 Avr 15;126(8):625-628.

76. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau J, Boivin J. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 2004 Aoû 4;292(5):569-574.
77. Les Morts de la rue. Rapport 2010.
78. Brigitte Debras, Olivier Dorothée. Les sans-domicile usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne. 2002 Oct;(214).
79. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion. Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer. Circulaire DGAS/SDA no 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais. 2002 Déc;
80. Maisons relais, pension de famille. Union des professionnels de l'hébergement social;
81. Programme expérimental « Un chez-soi d'abord ». 2010 Jan;
82. Evaluation du dispositif Maisons relais. Direction Générale de l'action Sociale; 2007.
83. Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S. Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing : a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001 Aoû;36(8):391-398.
84. Eric Hirsch, Irene Glasser, Kate D'Addabbo, Jessica Cigna. Rhode Island's Housing First Program Evaluation. United Way of Rhode Island; 2008.
85. Kertesz SG, Weiner SJ. Housing the chronically homeless : high hopes, complex realities. *JAMA*. 2009 Mai 6;301(17):1822-1824.
86. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 2009 Avr 1;301(13):1349-1357.
87. Dennis P. Culhane, Stephen Metraux, Trevor Hadley. Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing. *Housing Policy Debates*. 2002;13:107-163.
88. Jennifer Perlman, John Parvensky. Denver housing first. Collaborative cost benefit analysis and program outcomes report. Colorado Coalition for the Homeless; 2006.
89. Home & Healthy for Good. A Statewide Pilot Housing First Program. Massachusetts Housing and Shelter Alliance; 2007.
90. Rapport sur les stratégies nationales pour la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010. Comité interministériel de lutte contre les exclusions, Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Conseil national de l'insertion par l'activité économique; 2008.

91. Caton CLM, Dominguez B, Schanzer B, Hasin DS, Shrout PE, Felix A, et al. Risk factors for long-term homelessness : findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *Am J Public Health*. 2005 Oct;95(10):1753-1759.

## **Identification des facteurs péjoratifs de désocialisation des sans domicile : une étude observationnelle dans les services d'accueil des urgences de deux hôpitaux du centre parisien**

**Introduction :** l'identification des sans domicile (SD) les plus désocialisés est indispensable, afin d'améliorer leur prise en charge sociale et ainsi, secondairement leur état de santé.

**Matériel et méthode :** nous avons réalisé une étude observationnelle, bicentrique dans 2 services d'accueil des urgences (SAU) parisiens de décembre 2008 à octobre 2009, avec un recueil prospectif des données concernant le mode de vie, le parcours, les liens sociaux, l'emploi, et les addictions. 114 SD ont été inclus dans cette étude et ont été classés en « intégrés » et « non intégrés » selon le nombre d'aides sociales (domiciliation, prestation sociale, couverture sociale) dont ils bénéficiaient lors de leur réponse au questionnaire.

**Résultats :** 90 % sont des hommes, la moyenne d'âge est de 46 ans, 80 % vivent seuls, et 54% n'ont ni ami ni famille. 40% sont étrangers, 9% ont un emploi, 40% ont un suivi médical. 68% sont alcooliques, et pour 53% avant la perte de leur logement. 92% ont perdu leur logement depuis plus de 6 mois, 19% n'utilisent aucun des services sociaux. 54% sont domiciliés, 49% bénéficient de prestations sociales, et 72% ont une couverture santé. Les intégrés sont plus âgés ( $p=0,005$ ), plus souvent de nationalité française ( $p=0,002$ ) et ont plus fréquemment toujours vécu en France ( $p=0,001$ ), ont moins recours à la mendicité ( $p=0,014$ ), ont plus souvent un suivi médical ( $p=0,021$ ), sont plus souvent alcooliques ( $p=0,005$ ), ont moins souvent perdu leur logement depuis moins de 6 mois ( $p=0,038$ ) et l'ont plus souvent perdu depuis plus de 10 ans ( $p=0,006$ ) que les non intégrés.

**Conclusion :** les SD les plus vulnérables sont ceux qui ont peu ou pas de droits ouverts, sont étrangers ou alcooliques. Il faut absolument leur proposer une prise en charge sociale lors de leur passage au SAU.

**Mots-clés :** sans domicile, précarité, désocialisation, réinsertion sociale, addiction

## **Identification of worst factors of homeless désocialization: an observational study on emergency departments of two hospitals in the center of Paris**

**Introduction:** identification of most désocialized homeless is essential to improve their social support and thereafter their health.

**Methods:** we conducted an observational prospective and bicentric study in two emergency departments in Paris from December 2008 to October 2009, collecting data concerning lifestyle, background, social relationships, employment, and addictions. 114 homeless were included and separated in two groups, "socialized" and "unsocialized" depending on the number of social cares (registered address, social benefit, insurance) they received at the moment of the interview.

**Results:** 90% of homeless are men, their average age is 46 years, 80% are living alone, and 54% have neither friends nor family. 40% are foreigners, 9% are employed, and 40% have medical follow-up. 68% are alcoholics, before losing their housing in 53% of cases. 92% lost their housing for more than 6 months, 19% do not use social services. 54% are domiciled, 49% receive social benefits, and 72% have insurance. The socialized patients are older ( $p = 0.005$ ), more often French ( $p = 0.002$ ) and more frequently always lived in France ( $p = 0.001$ ), less beg ( $p = 0.014$ ), have more often medical follow-up ( $p = 0.021$ ), are more often alcoholics ( $p = 0.005$ ), less often lost their housing for less than 6 months ( $p = 0.038$ ) and more often lost it for over 10 years ( $p = 0.006$ ) than unsocialized.

**Conclusion:** Most vulnerable homeless are those with little or no rights available or are foreigners or alcoholics. It is imperative to offer them social support during their emergency department visit.

**Keywords:** homeless, precarity, désocialization, social rehabilitation, addiction.