

Maya Allan

Épidémiologiste pour le Collectif les Morts de la Rue

« En interpellant, en honorant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants ! »

Paris

Mortalité des personnes sans domicile: enquêter, dénombrer et décrire en 2015

Le Collectif les Morts de la Rue (CMDR) a été créé en 2002 par des travailleurs sociaux et des personnes en situation de rue. Rapidement, plusieurs associations se joignent au CMDR. Les objectifs en sont les suivants :

- Faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée
- Dénoncer les causes de décès
- Veiller à la dignité des funérailles
- Accompagner les proches en deuil

Une étude rétrospective, posthume, basée sur les déclarations des tiers (amis, famille, proches, etc.), a été menée à l'aide d'un questionnaire standardisé concernant les décès de personnes « SDF » et anciennement « SDF » survenus en 2015 en France et signalés au CMDR. Au total, 585 décès survenus en 2015 ont été transmis au CMDR. Parmi eux, 497 personnes étaient « SDF » et 88 anciennement « SDF ». Parmi les personnes « SDF », 55,6% des personnes sont décédées en situation de rue.

Ces chiffres ne reflètent que partiellement la réalité : d'après une étude menée en collaboration avec l'Inserm-CepiDc en 2013, le nombre total des décès de personnes « SDF » en France en 2015 est estimé à 2 838 (entre 1 489 et 4 253)¹, soit environ 17%. Au vu de la faible exhaustivité et de la part importante des données manquantes, ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des décès de personnes « SDF » survenus en France et doivent être interprétés avec précaution.

Les sources de signalement des décès survenus en 2015 diffèrent : en Île-de-France, ce sont les associations, les partenaires institutionnels, les hôpitaux, dans les autres régions, les Collectifs régionaux (15 associations existantes en France) et les médias sont les sources principales. Une différence est notable pour la région Île-de-France, avec davantage de particuliers signalant des décès.

Démographie

Les personnes « SDF » étaient âgées de 52,5 ans en Île-de-France et de 47,9 ans dans les autres régions, soit 49,6 ans en moyenne.

L'âge au décès est inférieur de près de 30 ans à l'âge moyen au décès des hommes en France : 78,9 ans en 2015. Toutefois, il est plus élevé chez les personnes anciennement « SDF » : 60,1 ans.

6 enfants de 0 à 5 ans sont décédés, dont 2 nouveaux nés. Tous étaient d'origine étrangère : familles bulgares ou roumaines de la communauté Rom, une migrante erythréenne.

43 femmes sont décédées (dont 3 mineures), soit 8%. 58% d'entre elles étaient en situation de rue.

Elles étaient âgées en moyenne de 52 ans et avaient vécu en moyenne 8,5 ans à la rue.

48% des personnes décédées étaient nées en France, 15% des personnes étaient nées en Union Européenne, 20% des

personnes étaient originaires de pays hors Union Européenne. 17% des personnes étaient de nationalité inconnue.

Les personnes décédées avaient passé 10 ans à la rue en moyenne et 24% des personnes avaient passé plus de 10 ans à la rue.

Les personnes décédées étaient en lien avec leur entourage : plus de 10% des personnes ont contacté et rencontré leur famille au cours du dernier mois et de la dernière année. Pour 65% des personnes, des liens sociaux ont été décrits : amis, voisins, famille, maraude, accueil de jour...

Décès : période, causes, pathologies

Les décès ont eu lieu tout au long de l'année. En comparaison avec la population nationale (données INSEE), il apparaît que la population générale montre une hausse de 15 % des décès en hiver. La population « SDF » montre la même hausse, et ce depuis 2012. L'idée reçue de l'augmentation des décès de « SDF » en hiver n'est donc pas confirmée par les chiffres des décès signalés au CMDR.

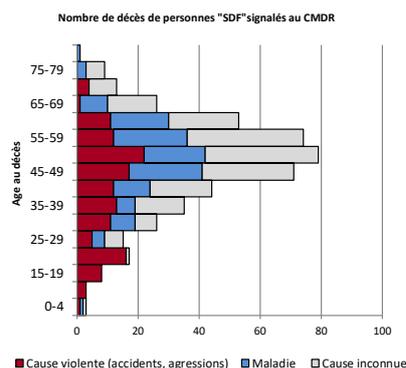
60% des décès ont été signalés hors Île-de-France, en majorité dans les régions abritant un collectif d'accompagnement des morts de la rue. 61% des décès ont eu lieu dans des communes de plus de 100 000 habitants.

Parmi les personnes « SDF », 44% sont mortes sur la voie publique ou en abri, 37% en lieu de soins. Parmi les anciennement « SDF », les chiffres changent, 58% sont décédés en logement/hébergement, 28% sont décédés en lieu de soins.

Pour rappel, 57% de la population générale décède à l'hôpital.

Les causes de décès sont connues pour seulement 55% des personnes. Pour les personnes « SDF », les causes violentes sont davantage rapportées (meurtres, accidents, suicides). Pour les personnes anciennement « SDF », la maladie, notamment les cancers, sont plus fréquents².

Cette tendance varie selon l'âge de la personne, les personnes plus jeunes sont davantage victimes de causes de décès violentes (agressions, accidents, suicides, etc.).



Causes de décès selon l'âge de décès

¹ Vuillermoz, C. et Aouba, A. (2014). Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. *BMC public*.

² ONPES. (2013). *La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010*, 1-9.

Addictions et troubles mentaux

Un tiers des personnes sont décrites comme consommatrices d'alcool. Ce chiffre est cohérent avec les résultats de l'enquête Samenta³ et l'article de François Beck⁴ sur la santé mentale des personnes sans domicile, où 20% des personnes étaient décrites comme consommatrices d'alcool. Les personnes anciennement « SDF » déclarent davantage un sevrage, qui a fort probablement contribué à la stabilisation en hébergement.

15% de personnes sont décrites comme consommatrices de drogue, et 15 décès sont dus à une polyintoxication de drogues, alcool et/ou médicaments. Toutefois, ce chiffre est probablement sous-estimé, les résultats toxicologiques des examens médico-légaux étant très rarement connus.

16% des personnes sont décrites avec des problématiques psychiatriques, contre 30% dans l'enquête Samenta. Ceci est dû au fait que les descriptions des personnes décédées sont rapportées par des tierces personnes non médicales, qui parfois n'ont pas connaissance du parcours médical de la

personne. 7% auraient bénéficié d'une consultation psychiatrique, soit moins de la moitié. 5% des personnes seraient sous traitement, soit moins du tiers. Ces données posent la question de l'accès au traitement et le suivi psychiatrique des personnes en situation de précarité.

Les résultats de 2015 confirment les éléments observés en 2014, 2013 et 2012 : les personnes « SDF » décédées sont majoritairement des hommes jeunes qui meurent après un long parcours de rue, principalement de causes externes (accidents, agressions, suicides), avec une nette surreprésentation des accidents et agressions par rapport à la population générale. Nous notons une relative stabilité de la moyenne d'âge au décès qui reste constante pour la quatrième année consécutive.

L'année 2016 verra la cinquième année de l'étude, et une analyse consolidée sur plus de 2 500 personnes.

³ Laporte, A. et Chauvin, P. (2004). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France.*

⁴ Beck, F., Legleye, S. et Spilka, S. (2006). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ. Stat.*, 391, 131-149.

¹ Okamura, T., Ito, K., Morikawa, S., et Awata, S. (2014). Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(4), 573-82 ; Desai, R.A., Liu-Mares, W., Dausey, D.J., et Rosenheck, R.A. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis.*, 191(6), 365-71.

² Beck, F., et Guignard, R., et Du Roscoät, E., et Saïas T. (2010). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Résultats du Baromètre santé.*

³ Observatoire National du Suicide. (2014). *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche.*

⁴ Feodor Nilsson, S., Hjorthøj, C.R., Erlangsen, A., et Nordentoft, M. (2014). Suicide and unintentional injury mortality among homeless people : a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*, 24(1), 50-6.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.*

⁶ Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., et Geddes J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 2, 5(12).

⁷ Collins, S.E., Taylor, E.M., King, V.L., Hatsukami, A.S., Jones, M.B. et al. (2016). Suicidality Among Chronically Homeless People with Alcohol Problems Attenuates Following Exposure to Housing First. *Suicide Life Threat Behav*, 46(6), 655-663 ; Noël, F., Moniruzzaman, A., Somers, J., Frankish, J., Strehlau, V., Schütz, C., et Krausz, M. (2016). A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(1), 107-14.

► Le suicide des personnes sans-abris : une silencieuse tragédie de santé publique?

Edouard Leaune

Psychiatre
Centre Hospitalier le Vinatier
Bron

Halima Zeroug-Vial

Psychiatre
Directrice de l'Orspere-Samdarra
Centre Hospitalier le Vinatier
Bron

Les chiffres établis par le Collectif des Morts de la Rue concernant le rôle du suicide dans la mortalité des sans-abris font ressortir un risque de décès faible dans cette population (1% des décès contre 9% de la population générale). Cependant, ces résultats apparaissent étonnants au regard de ceux retrouvés dans d'autres pays. En effet, une revue de la littérature internationale met en avant le poids majeur du suicide et des conduites suicidaires dans la population des personnes sans-abris. Entre 12% et 66% des personnes sans-abris déclarent ainsi avoir présenté des idées suicidaires au cours de leur vie¹, contre seulement 10 à 15% de la population générale². De même, 18 à 51% des SDF déclarent avoir réalisé une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 5,5% de la population générale³. Cette forte prévalence des conduites suicidaires amène à un taux de suicide de près de 175 pour 100 000 dans la population sans-abris⁴, plus de dix fois supérieur à celui de la population générale (11,4 pour 100 000)⁵.

La première cause évoquée concerne l'évidente adversité psychosociale à laquelle sont confrontées les personnes sans-abris. Les conditions d'isolement social, d'exclusion, de difficultés économiques, de précarité sociale et affective constituent en effet des facteurs de fragilisation psychologique pouvant précipiter des passages à l'acte suicidaires. En parallèle de cette première explication, la forte prévalence des troubles mentaux dans la population sans-abris représente un autre facteur important de décès par suicide⁶. Dans leur étude menée au Danemark, Feodor Nilsson et collaborateurs trouvent ainsi un fort lien entre schizophrénie, troubles de l'humeur, addictions et suicide

chez les sans-abris.

Cette différence entre les résultats français et internationaux pourrait sans doute s'expliquer par un défaut de recueil des suicides dans la population sans domicile. Il est ainsi marquant de noter que dans l'étude du Collectif en 2016, 45% des décès étaient considérés comme étant de « cause mal définie ou inconnue » dans la population sans-abris contre seulement 9% dans la population générale. Ceci pourrait sans doute recouvrir une part non négligeable de suicides non reconnus comme tel du fait de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte ou du défaut de communication de la part des instituts médico-légaux de la cause du décès.

Du point de vue de la prévention, seuls les dispositifs de Housing First ont pour l'heure démontré leur intérêt, en permettant une diminution des idées suicidaires et de leur intensité de manière significative⁷. L'accompagnement social et sanitaire, associé à la possibilité d'un accès pérenne au logement, proposés par ces dispositifs apparaissent ainsi comme des moyens de prévention solides du risque suicidaire en agissant précisément sur les principales causes de suicide que sont l'adversité sociale et les troubles mentaux. Une meilleure identification des décès par suicide des personnes sans-abris apparaît donc comme un enjeu majeur au niveau national pour permettre de situer cette trop silencieuse tragédie de santé publique au premier plan de l'agenda des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé.